

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPIXUNA DO PARÁ

CNPJ: 83.268.011/0001-84

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ 12.846.471/0001-02

e-mail: saude@ipixunadopara.pa.gov.br

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DOS ANOS 2018 A 2021



IPIXUNA DO PARÁ / PARÁ

MARÇO / 2018

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Município: Ipixuna do Pará, **Código IBGE:** 150345

Lidiane Feitosa da Silva
Secretária Municipal de Saúde

Katiane Feitosa da Cunha
Prefeita Municipal

EQUIPE TÉCNICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

| | |
|---------------------------------|--|
| RECURSOS HUMANOS | Edilson Silva de Sousa |
| ADMINISTRATIVO | Wilson Rafael do Remedio da Rocha |
| FINANCEIRO | Cleber Martins Bezerra |
| EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE | Iury Carvalho Wanderley Borges ; Cybelly Tays Pinheiro da Silva |
| ATENÇÃO BÁSICA | |
| ACADEMIA EM SAÚDE | |
| SAÚDE BUCAL | Lygia Sales Leal |
| VIGILÂNCIA NUTRICIONAL | Emmelly Mayra Palheta de Lima |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE | Adriana Sousa Tapajós |
| VIGILÂNCIA SANITÁRIA / ZONOSSES | Paulo Luiz Farias de Almeida |
| CONTROLE DE ENDEMIAS | Edimilson Silva Braga |
| TFD | Elizabeth da Rocha Bezerra |
| AUDITORIA EM SAÚDE | Eliane Ferreira Silva |
| OUVIDORIA | Francisca de Souza Silva |
| ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | Mayra Cristina Luciano do Amaral |
| HOSPITAL MUNICIPAL | Maria Silva Lemos |
| SAMU | Regina Kalho da Silva |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL | Sidney Humberto Trindade |
| CENTRAL DE MARCAÇÃO | Leidiane Feitosa Silva |

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Stélio Carvalho Castelo Branco Junior
PRESIDENTE

Jeremias Aguiar Lameira
VICE-PRESIDENTE

MEMBROS POR SEGMENTO

| GESTÃO/PRESTADOR | TRABALHADORES | USUÁRIOS |
|--|---|-----------------------------------|
| Titulares | | |
| Edinho da Silva Mota | Iury Carvalho Wanderley Borges | Daniele Brito de Oliveira |
| Lidiane Feitosa da Silva | José Rafael dos Santos Pismel | Jeremias Aguiar Lameira |
| Stelio Carvalho Castelo Branco Junior | Lilian Crisse Melo da Cunha Castelo Branco | José Irandir Rodrigues de Lima |
| | | Luciano Oliveira Pinto |
| | | Vanilda Garcia Nascimento |
| | | Zeni Oliveira da Cunha |

| Equipe técnica responsável pelo Plano Municipal de Saúde. | |
|--|--|
| Nome | Função |
| Cybelly Tays Pinheiro | Coordenação de Atenção Básica |
| Iury Carvalho Wanderley Borges | |
| Adriana Sousa Tapajós | Coordenação de Vigilância em Saúde |
| Mayra Cristina Luciano do Amaral | Coordenação de Assistência Farmacêutica |
| Paulo Luiz Farias de Almeida | Coordenação de Vigilância Sanitária/Zoonoses |
| Sidney Humberto Trindade | Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental |

| Colaboradores eventuais do Plano Municipal de Saúde | |
|--|--|
| Cleide Regiane Azevedo dos Reis | Chefe da Divisão Técnica do 5º CRS/SESPA |
| Salomão Lira da Silva | Chefe da Vigilância em Saúde do 5º CRS/SESPA |
| Nelielza David Cordeiro Damasceno | Coordenadora de Regulação de Nova Esperança do Piriá |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5º CRS – 5º Centro Regional de Saúde
AB – Atenção Básica
ACE – Agente de Combate às Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AF – Assistência Farmacêutica
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC – Autorização de Procedimentos de Alto Custo
APS – Atenção Primária em Saúde
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
BPI – Boletim de produção individualizado
CADSUS – Sistema de Cadastramento de usuários do SUS
CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CBO – Código Brasileiro de Ocupações
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissão Intergestora Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CMS – Conselho Municipal de Saúde
DCNT – Doença Crônica Não Transmissível
EACS – Equipe de Agente Comunitário de Saúde
ECC – Ecocardiograma
ECG – Eletrocardiograma
ESB – Equipe de Saúde da Bucal
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAPESPA – Fundação Amazônia de Amparo à Estudos e Pesquisas
GM/MS – Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde
RH – Recursos Humanos
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
LACEN/PA – Laboratório Central do Estado do Pará
LPD – Laboratório de Prótese Dentária
LV – Leishmaniose Visceral
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PPI – Programação Pactuada Integrada
PSE – Programa Saúde na Escola

PSE – Programa Saúde na Escola
RAS – Rede de Atenção à Saúde
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
SAAE – Serviço Autônomo de Água e Esgoto
SARGSUS – Sistema de Apoio à Elaboração de Relatório de Gestão do SUS
SCNES – Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SEPLAN – Secretaria de Estado de Planejamento
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SIH – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM – Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informações de Notificação de Agravos
SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivo
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIPNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização
SISAGUA – Sistema de Informações de Monitoramento de Água para Consumo Humano
SISLOGLAB – Sistema de Informações de Logística de Laboratórios
SISREG – Sistema de Informações de Regulação de Serviços de Saúde
SISSOLO – Sistema de Informações de Monitoramento do Solo e de Áreas de Risco.
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFD – Tratamento Fora do Domicílio
UBS – Unidade Básica de Saúde
UDM – Unidade Dispensadora de Medicamentos
UOM – Unidade Odontológica Móvel
USB – Unidade de Suporte Básico
USF – Unidade de Saúde da Família
USG - Ultrassonografia
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
VISA – Vigilância Sanitária
VISAMB – Vigilância em Saúde Ambiental

SUMÁRIO

| | |
|--|------|
| 1. APRESENTAÇÃO..... | p.21 |
| 2. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO..... | p.22 |
| 2.1. Dados do Município..... | p.24 |
| 2.2. Dados da Secretaria..... | p.25 |
| 2.3. Histórico..... | p.25 |
| 2.4. Aspectos físico-territoriais..... | p.26 |
| 3. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE..... | p.27 |
| 3.1. Condições Socio sanitárias..... | p.28 |
| 3.1.1. Perfil Demográfico..... | p.28 |
| 3.1.2. Perfil Socioeconômico..... | p.31 |
| 3.1.2.1. Educação..... | p.31 |
| 3.1.2.2. Economia..... | p.32 |
| 3.1.2.3. Renda..... | p.32 |
| 3.1.2.4. IDH-M..... | p.32 |
| 3.1.2.5. Habitação..... | |
| 3.1.2.6. Estrutura Sanitária..... | |
| 3.1.3. Perfil Epidemiológico..... | |
| 3.1.3.1. Natalidade..... | |
| 3.1.3.2. Mortalidade..... | |
| 3.1.3.2.1. Mortalidade Geral..... | |
| 3.1.3.2.2. Mortalidade Materna e MIF..... | |
| 3.1.3.2.3. Mortalidade Fetal e Infantil..... | |
| 3.1.3.3. Morbidade..... | |
| 3.1.3.3.1. Morbidade Hospitalar..... | |
| 3.1.3.3.2. Morbidade Ambulatorial..... | |
| 3.1.3.4. Imunização..... | |
| 3.1.4. Estrutura do Sistema de Saúde..... | |
| 3.1.4.1. Gestão Administrativa..... | |
| 3.1.4.1.1. Recursos Humanos..... | |
| 3.1.4.1.2. Estabelecimentos de Saúde..... | |
| 3.1.4.1.3. Equipamentos..... | |
| 3.1.4.2. Atenção Básica..... | |
| 3.1.4.3. Vigilância em Saúde..... | |
| 3.1.4.3.1. Vigilância Epidemiológica..... | |
| 3.1.4.3.2. Vigilância Sanitária..... | |

| | |
|--|----|
| 3.1.4.3.3. Vigilância em Saúde Ambiental.....Pg. | 00 |
| 3.1.4.3.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador.....Pg. | 00 |
| 3.1.4.4. Atenção Especializada.....Pg. | 00 |
| 3.1.4.5. Atenção Hospitalar e de Urgência/Emergência.....Pg. | 00 |
| 3.1.4.5.1. Hospital Geral.....Pg. | 00 |
| 3.1.4.5.2. Serviço de Atenção Domiciliar.....Pg. | 00 |
| 3.1.4.5.3. SAMU 192.....Pg. | 00 |
| 3.1.4.6. Assistência Farmacêutica.....Pg. | 00 |
| 3.1.5. Redes de Atenção à Saúde.....Pg. | 00 |
| 3.1.5.1. Rede de Atenção Materno-Infantil.....Pg. | 00 |
| 3.1.5.2. Rede de Atenção às Pessoas com DCNT.....Pg. | 00 |
| 3.1.5.3. Rede de Atenção à Eventos da Vig. em Saúde.....Pg. | 00 |
| 3.1.5.4. Rede de Atenção à Saúde Bucal.....Pg. | 00 |
| 3.1.5.5. Rede de Atenção Especializada.....Pg. | 00 |
| 3.1.5.6. Rede de Atenção Hospitalar.....Pg. | 00 |
| 3.1.5.7. Rede de Atenção Psicossocial.....Pg. | 00 |
| 3.1.5.8. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.....Pg. | 00 |
| 3.1.6. Fluxos de Acessos.....Pg. | 00 |
| 3.1.6.1. Regulação do Acesso.....Pg. | 00 |
| 3.1.6.2. Tratamento Fora de Domicílio.....Pg. | 00 |
| 3.1.7. Recursos Financeiros.....Pg. | 00 |
| 3.1.7.1. Demonstrativo Financeiro.....Pg. | 00 |
| 3.1.7.2. Projeção Orçamentária.....Pg. | 00 |
| 3.1.8. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.....Pg. | 00 |
| 3.1.9. Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde.....Pg. | 00 |
| 3.1.10. Controle Social.....Pg. | 00 |
| 4. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....Pg. | 00 |
| 5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....Pg. | 00 |
| 6. ANEXOS.....Pg. | 00 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....Pg. | 00 |

LISTAS DE FIGURAS

- Figura 01 – Localização espacial do município de Ipixuna do Pará no contexto do Pará e do Brasil.....Pg. 19**
- Figura 02 – Localização geográfica do município de Ipixuna do Pará no contexto da Região Nordeste do estado do Pará.....Pg. 21**
- Figura 03- Gráfico populacional de residente por zona urbana e rural.....Pg.24**
- Figura 04 – Comparativo do perfil populacional através do método de pirâmide etária.....Pg. 24**
- Figura 05 – Faixa de análise de IDH-M.....Pg. 27**
- Figura 06 – Demonstrativo de consulta no pré-natal município de Ipixuna do Pará, no período de 2015Pg. 32**
- Figura 07 – Demonstrativo por internação por ocorrência no município de Ipixuna do Pará, por ano e local de ocorrência do procedimento.....Pg. 37**

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|--------|
| Tabela 01 – Série histórica populacional do município de Ipixuna do Pará.....Pg. 23 | Pg. 23 |
| Tabela 02 – Distribuição populacional por faixa etária do município de Ipixuna do ParáPg. 23 | Pg. 23 |
| Tabela 03 Indicadores socio-sanitário do Brasil, Pará e de Ipixuna do ParáPg. 24 | Pg. 24 |
| Tabela 04 – Demonstrativo de amostras de água para consumo humano coletadas pela VISAMB de Ipixuna do Pará no ano de 2017.....Pg. 28 | Pg. 28 |
| Tabela 05 – Nascidos vivos do Brasil, Pará e de Ipixuna do Pará no período de 2015.....Pg.31 | Pg.31 |
| Tabela-06_ Nascido vivo por residência de 2014 e 2015 e tipo de parto.....Pg 31 | Pg 31 |
| Tabela 07 – Demonstrativo de mortalidade no Brasil, Pará e Município de Ipixuna do ParáPg. 33 | Pg. 33 |
| Tabela 08 – Demonstrativo de óbitos em residentes do município de Ipixuna do Pará, por capítulo do do CID 10.....Pg. 33 | Pg. 33 |
| Tabela 09 – Comparativo de óbitos por Município de residência e com natalidade de 2015.....Pg. 34 | Pg. 34 |
| Tabela 10 – Demonstrativo de óbitos fetais de mães residentes do município de Ipixuna do Pará, por definição de causa e ano de ocorrênciaPg. 35 | Pg. 35 |
| Tabela 11 – Demonstrativo de óbitos infantis em residentes do município de Ipixuna do Pará, por definição de causa e ano de ocorrência.....Pg. 36 | Pg. 36 |
| Tabela 12 – Demonstrativo de internações em residentes do município de Ipixuna do Pará.....Pg. 37 | Pg. 37 |
| Tabela 13 – Demonstrativo do total internações em residentes do município de Ipixuna do Pará.....Pg. 38 | Pg. 38 |
| Tabela 14 – Demonstrativo de totais de notificações de agravos realizadas em unidades de saúde do município de Ipixuna do Pará, por tipo de agravo e ano de notificação.....Pg. 39 | Pg. 39 |
| Tabela 15 – Demonstrativo de número de DDA.....Pg. 39 | Pg. 39 |

| | |
|---|--------|
| Tabela 16 – Demonstrativo de coberturas vacinais totais no município de Ipixuna do Pará, por imunobiológico e ano..... | Pg. 41 |
| Tabela 17 – Demonstrativo de equipamentos necessários e existentes para suporte a rede de atenção à saúde do município de Ipixuna do Pará. | Pg. 47 |
| Tabela 18 – Demonstrativo da estrutura de Atenção Básica à Saúde do município de Ipixuna do Pará..... | Pg. 50 |
| Tabela 19 – Demonstrativo da estrutura de Vigilância em Saúde do município de Ipixuna do Pará..... | Pg. 52 |
| Tabela 20 – Demonstrativo de ações executadas pela Vigilância Sanitária do município de Ipixuna do Pará, por tipo de ação e ano..... | Pg. 55 |
| Tabela 21 – Demonstrativo de amostras de água coletadas pela VISAMB do município de Ipixuna do Pará, por ano e tipo de amostras..... | Pg. 56 |
| Tabela 22 – Demonstrativo da estrutura de Atenção Especializada do município de Ipixuna do Pará..... | Pg. 58 |
| Tabela 23 – Demonstrativo de especialidades médicas ofertadas no município de Ipixuna do Pará..... | Pg. 58 |
| Tabela 24 – Demonstrativo de especialidades diagnósticas, ambulatoriais e cirúrgicas ofertadas no município de Ipixuna do Pará. | Pg. 58 |
| Tabela 25 – Demonstrativo de rede física de atenção especializada do município de Ipixuna do Pará..... | Pg. 60 |
| Tabela 26 – Demonstrativo de quantitativo e tipo de leitos existentes no Hospital Municipal de Ipixuna do Pará..... | Pg. 61 |
| Tabela 27 - Quantitativo e percentual de atendimentos do SAMU 192 (suporte básico) do município de Ipixuna do Pará, segundo tipo de procedimento e ano..... | Pg. 63 |
| Tabela 28 – Demonstrativo de rede física de assistência farmacêutica do município de Ipixuna do Pará..... | Pg. 64 |
| Tabela 29 – Parâmetros Populacionais da Rede de Atenção Materno-Infantil do município de Ipixuna do Pará. | Pg. 66 |

- Tabela 30 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para todas as gestantes.....Pg. 67**
- Tabela 31 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para as gestantes de alto risco.....Pg. 68**
- Tabela 32 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para crianças de 0 a 12 meses.Pg.69**
- Tabela 33 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para crianças de 12 a 24 meses.Pg. 70**
- Tabela 34 - Parâmetros de infraestrutura para assistência da Rede de Atenção Materno-Infantil para todas as gestantes.....Pg. 71**
- Tabela 35 - Parâmetros para diagnóstico e acompanhamento do Diabetes Mellitus – Estimativa de necessidades anuais por diabético.....Pg. 73**
- Tabela 36 - Parâmetros para ações de diagnóstico de Hipertensão Arterial e fatores de risco para DCV-Doenças Cardiovasculares.Pg. 78**
- Tabela 37 - Parâmetros para exames laboratoriais, oftalmológicos e de diagnóstico em cardiologia para pacientes com Hipertensão Arterial.Pg. 80**
- Tabela 38 - Parâmetros para diagnóstico e estadiamento da Insuficiência Cardíaca-IC / Necessidade de procedimentos.....Pg. 81**
- Tabela 39 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca - IC de origem não isquêmica ou valvar ou de causa indefinida / Necessidade de procedimentos.Pg. 82**
- Tabela 40 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca - IC de origem isquêmica ou valvar ou de causa indefinida / Necessidade de procedimentos.....Pg. 82**

Tabela 41 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Aneurisma de Aorta Abdominal / Necessidade de procedimentos.....Pg. 83

Tabela 42 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Ataque Isquêmico Transitório / Necessidade de procedimentos.....Pg. 83

Tabela 43 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Acidente Vascular Encefálico / Necessidade de procedimentos.....Pg.84

Tabela 44 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Arterial Coronariana DAC (ICO), primeiro atendimento, diagnóstico e estadiamento, na Atenção Primária / Necessidade de procedimentos.....Pg. 84

Tabela 45 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Arterial Coronariana DAC (ICO), acompanhamento do paciente com doença coronariana estável – Atenção Primária, Atenção Especializada, NASF / Necessidade de procedimentos.....Pg. 85

Tabela 46 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Arterial Obstrutiva Periférica / Necessidade de procedimentos.....Pg. 86

Tabela 47 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Renal Crônica, segundo os estágios / Necessidade de procedimentos.....Pg. 88

Tabela 48 - Parâmetros propostos para diagnóstico, estadiamento e acompanhamento de pacientes com Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas – DPOC definidos por estratos de estágios / Necessidade de procedimentos.....Pg. 88

Tabela 49 - Parâmetros propostos para diagnóstico, estadiamento e acompanhamento de população de 15 anos a 49 anos com diagnóstico de infecção pelo HIV / Necessidade de procedimentos.....Pg. 90

Tabela 50 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população feminina de 15 a 49 anos: 0,38% (Mulheres Vivendo com HIV/AIDS) / Necessidade de procedimentos.....Pg. 93

- Tabela 51 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de Gestantes residentes / Necessidade anual de procedimentosPg. 95**
- Tabela 52 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de Gestantes residentes com Sífilis / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 95**
- Tabela 53 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de Gestantes residentes com HIV / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 96**
- Tabela 54 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de Crianças menores de um ano de idade com sífilis congênita / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 97**
- Tabela 55 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de Crianças de até 18 meses expostas ao HIV / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 97**
- Tabela 56 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de de 75% da população geral / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 98**
- Tabela 57 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de 100% da população indígena local / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 100**
- Tabela 58 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população geral em vulnerabilidade social / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 100**
- Tabela 59 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de gestantes residentes / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 100**
- Tabela 60 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de Recém-nascidos residentes / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 101**
- Tabela 61 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de População de 12 meses até 24 meses / Necessidade anual de**

procedimentos.....Pg.

101

Tabela 62 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de Indivíduo portador de teste HBsAg reagente / Necessidade anual de procedimentos.....Pg.

101

Tabela 63 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de aos pacientes portadores de Hepatite B Crônica sem Cirrose até 35 anos de idade. / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 103

Tabela 64- Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de aos pacientes portadores de Hepatite B Crônica com Cirrose até 35 anos de idade. / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 104

Tabela 65 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de aos pacientes portadores de Hepatite C. / Necessidade anual de procedimentos.....Pg.

105

Tabela 66 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de aos pacientes portadores de Hepatite C Crônica sem Cirrose / Necessidade anual de procedimentos.....Pg.

106

Tabela 67 - Parâmetros propostos de ações preventivas para 92% da população de 15 a 64 anos (sexualmente ativa) / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 108

Tabela 68 - Parâmetros propostos de ações preventivas para populações chave para a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis / Necessidade anual de procedimentos.....Pg.

108

Tabela 69 - Parâmetros propostos de ações preventivas para População feminina acima de 50 anos de idade / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 109

Tabela 70 - Parâmetros propostos de ações preventivas para população do sexo feminino de 9 a 14 anos / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 109

Tabela 71 - Parâmetros propostos de ações preventivas com cobertura de 75% da população geral do município com casos de hanseníase / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 110

Tabela 72 - Parâmetros propostos de ações preventivas com cobertura de 75% da população geral de municípios que não notificaram casos de hanseníase/ano / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 112

Tabela 73 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento da população geral do município para dengue (proporção de 100/100.000 habitantes) / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 114

Tabela 74 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de população de municípios com transmissão de dengue dentro do esperado / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 115

Tabela 75 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de população de Municípios com Risco 1 para transmissão de dengue / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 116

Tabela 76 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de população de Municípios com Risco 2 para transmissão de dengue / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 117

Tabela 77 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de população de Municípios com Risco 3 para transmissão de dengue / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. 119

deTabela 78 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de sintomáticos respiratórios ou casos suspeitos de tuberculose / Necessidade anual de

| | |
|--|-----|
| procedimentos.....Pg. | 119 |
| Tabela 79 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de pessoas com tuberculose / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 120 |
| Tabela 80 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de contatos de pessoas com tuberculose (4/caso TB) / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 122 |
| Tabela 81 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento para portadores de sintomas clínicos compatíveis com a doença / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 124 |
| Tabela 82 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento para prevenção/cobertura de 75% da População Geral./ Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 124 |
| Tabela 83 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento para pacientes portadores de meningites / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 125 |
| Tabela 84 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento para 10 contatos por casos suspeitos de meningite por Haemophilus influenzae e de doença meningocócica / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 125 |
| Tabela 85 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento para Menores de 1 ano de idade / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 125 |
| Tabela 86 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de 75% da População Geral / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 127 |
| Tabela 87 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de casos diagnosticados na prevenção com cobertura de 75% da População Geral / Necessidade anual de | |

| | |
|--|-----|
| procedimentos.....Pg.12 | 8 |
| Tabela 88 - Parâmetros propostos de procedimentos de Saúde Bucal para População Geral do município de Ipixuna do Pará / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 129 |
| Tabela 89- Parâmetros propostos de procedimentos de Saúde Bucal para População de 0 a 14 anos do município de Ipixuna do Pará / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 130 |
| Tabela 90 - Parâmetros propostos de procedimentos de Saúde Bucal para População de 15 a 29 anos do município de Ipixuna do Pará / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 130 |
| Tabela 91 - Parâmetros propostos de procedimentos de Saúde Bucal para População de 30 a 59 anos do município de Ipixuna do Pará / Necessidade anual de procedimentos.....Pg. | 131 |
| Tabela 93_ Demosntrativo de necessidade de oferta de especialidade.....Pg | 132 |
| Tabela 94- Parâmetros relativo ao quantitativo de médicos.....Pg | 134 |
| Tabela 95- Demosntrativo de necessidade de oferta de leitoPg | 139 |
| Tabela 96- Demosntrativo de necessidade de oferta de leito de UTI.....Pg | 140 |
| Tabela 97- Demosntrativo de necessidade de oferta de vaga de UTI.....Pg | 141 |
| Tabela 98- Internação por residência por tipo de leito.....Pg141 | |
| Tabela 99- Demosntrativo do total de internação por tempo d permanência.....Pg142 | |
| Tabela 100-Usuário cadastrado no TFD 2017.....Pg148 | |

| | |
|---|-----|
| Tabela 101- demonstrativo de fluxo de TFD.....Pg | 151 |
| Tabela 102- Demosntrativo de gasto do TFD.....Pg | 151 |
| Tabela 103- Demosntrativo financeiro por bloco de financiamento.....Pg | 154 |
| Tabela 102- Demosntrativo percentual da participação dos entes federais.....Pg | 155 |
| Tabela 102- Demosntrativo de necessidade e oferta de ações educativas por temática...Pg | 162 |
| Tabela 102- Demosntrativo de necessidade e oferta de quantidade de ações educativas por temática.....Pg | 163 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|--------|
| Quadro 01 – Organograma básico da Secretaria Municipal de Saúde do município de Ipixuna do Pará.....Pg. | 42 |
| Quadro 02 –Quantitativo de profissionais cadastrados no CNES | Pg. 44 |
| Quadro 03 – Relação de estabelecimentos de saúde do município de Ipixuna do Pará, por identificação e unidade mantenedora.....Pg. | 46 |
| Quadro 04 – Demonstrativo da estrutura físicas e serviços existentes no Hospital Municipal de Ipixuna do Pará.....Pg. | 61 |

1. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde constitui no instrumento central de planejamento representado por um conjunto de responsabilidades expressas nas diretrizes, objetivos, metas e resultados que nortearão as ações de saúde no quadriênio 2018 a 2021, tendo como objetivo principal a qualificação permanente da assistência integral a saúde e a garantia do acesso ao Sistema Único de Saúde de forma equânime e universalizada.

O PMS foi elaborado respeitando a lógica da participação do controle social, sociedade local e de gestão da saúde através da Conferências Municipal, Oficina de problematização e avaliação para a construção do plano, reuniões técnicas com profissionais da equipe gestora de saúde para contribuição qualitativa na elaboração de estratégias de superação com relação às necessidades em saúde, e pequenas reuniões para consolidação dos dados.

Este Plano funcionará como norteador do processo de construção das políticas municipais de saúde para a Gestão Municipal e sua equipe gestora ao longo dos próximos quatro anos, direcionando e organizando a implantação de novos serviços, programas e ações na qualificação tanto da estrutura física, quanto para melhoria do acesso e aperfeiçoamento da rede de atenção à saúde promovendo melhor qualidade de saúde e o bem-estar de sua população.

A proposta do PMS é desenvolver ações combinadas e articuladas em redes de atenção a partir da noção ampliada de saúde, da interdisciplinaridade nos processos de trabalho, e humanização das práticas profissionais e da atenção integral ao cuidado, sempre buscando a satisfação do usuário com base no fundamento da longitudinalidade do cuidado, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida.

Lidiane Feitosa da Silva
Secretária Municipal de Saúde

2. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

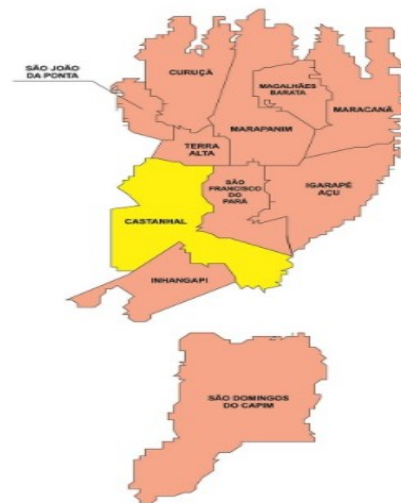
O município de Ipixuna do Pará faz parte do agrupamento de onze municípios que formam a Região de Saúde Metropolitana III que abrange os municípios do 3º e 5º Centro Regional de Saúde/SESPA, com um total de 22 Municípios, integrantes da região Nordeste do Pará. A Metropolitana III apresenta uma composição .

IMAGEM 01

Municípios que compõem o 3º Centro Regional de Saúde

Castanhal
 Curuçá
 Igarapé-Açu
 Inhangapi
 Magalhães Barata
 Maracanã
 Marapanim
 São Francisco do Pará
 São Domingos do Capim
 São João da Ponta
 Terra Alta

3º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE Castanhal



Municípios que compõem o 5º Centro Regional de Saúde

São Miguel do Guamá
 Aurora do Pará
 Capitão Poço
 Dom Eliseu
 Garrafão do Norte
 Ipixuna do Pará
 Irituia
 Mãe do Rio
 Nova Esperança do Piriá
 Paragominas
 Santa Maria

5º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE São Miguel do Guamá



A nível regional verifica-se um cenário de saúde com avanços no nível da atenção primária, todavia, a realidade da cobertura assistencial de saúde no nível de média e alta complexidade loco regional ainda apresenta condições desfavoráveis e desafiadoras para os 09 municípios da Metropolitana II, onde se constata um preocupante vazio assistencial que impedem e/ou dificultam os usuários do SUS quanto ao acesso ao conjunto de ações de serviços de saúde em sua plenitude na região.

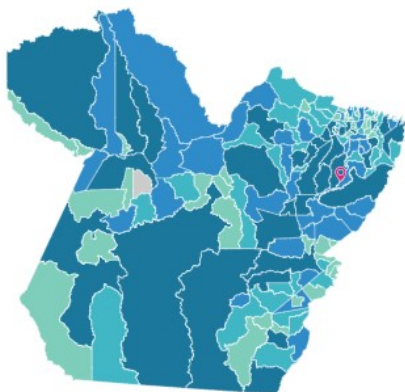
Ressalta-se a posição geográfica do município como um dado relevante no panorama de saúde municipal que favorece as possibilidades do desenvolvimento da saúde na região. A localização estratégica do município o remete para patamar de polo regional com capacidade objetiva de articulações e arranjos de fluxos e envolvimento de outros municípios para o fortalecimento e desenvolvimento da Metropolitana II buscando melhorias e alternativas nas tratativas de Programação Pactuada (PPI) e outros mecanismos necessários para efetividade do SUS regional e municipal.

A Secretaria Municipal de Saúde como coordenadora desta política tem como responsabilidade o cumprimento dos dispositivos legais quanto ao direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, diminuindo as desigualdades e promovendo serviços de qualidade, observando os princípios da integralidade e Intersetorialidade nas ações e nos serviços de saúde, ênfase em programas de ação preventiva, humanização do atendimento como em consonância com as diretrizes definidas pelo Sistema Único de Saúde, promovendo a saúde e qualidade de vida da população, implementando políticas que, direta ou indiretamente, estão relacionadas à saúde, através de ações integrais e Inter setoriais, de forma resolutiva, humanizada, com equidade e participação popular.

Este instrumento de gestão vem contemplar todas as áreas de atenção à saúde evidenciando com transparência os serviços de saúde implementados e/ou implantados, as necessidades de saúde e ações estratégicas de resolução das problemáticas, propostas de qualificação e desenvolvimento da assistência à saúde com ações estratégicas de monitoramento e avaliação de forma permanente.

2.1. Dados do Município

MAPA 1 – MUNICÍPIOS DO PARÁ



MAPA 2 – IPIXUNA DO PARÁ



Fonte: IBGE

Identificação

Dados do Município

UF: Pará

Município: Ipixuna do Pará - CEP: 68637-000

Código IBGE: 1503457

População: 62.237 habitantes (estimativa 2017)

População do Último Censo 2010: 51.309 Habitantes

Área da unidade territorial (km²): 5.215,555 km²

Densidade demográfica (hab./ km²): 9,84 hab/km²

Esgotamento Sanitário Adequado (Censo 2010): 25%

Arborização nas vias públicas (Censo 2010): 22,2%

Urbanização nas Vias Públicas (Censo 2010): 4,6%

IDHM: 0,489 (censo 2010)

Gentílico: Ipixunense

Prefeito: Katiane Feitosa Cunha

Vice-prefeito: Maria Rita da Silva

2.2. Dados da Secretaria

Razão social: Fundo Municipal de Saúde de Ipixuna do Pará

CNPJ: 12.846.471/0001-02

Endereço: Avenida Magalhães Barata, SN

CEP: 68637-000

Nome: Lidiane Feitosa da Silva

Data da posse: 03/01/2018

2.3. Histórico

Em 1958 chegou à região o pioneiro *Sr. Leonardo Manoel do Carmo*, que, juntamente com sua família, composta de treze pessoas, se constituíram nos primeiros habitantes do que hoje é a Sede do Município. O primeiro passo foi construir uma morada e, em seguida o roçado. No seu rastro vieram Idelfonso Ribeiro, Irineu Farias, Antonio Cipriano e Manoel Henrique.

Na esteira do pioneirismo surgiu a primeira casa de comércio, em 1960, de Vicente Fortunato. Em seguida, Raimundo Maracanã abriu outro comércio às margens do Rio Ipixuna, sendo da mesma época a instalação de um posto de gasolina, no antigo trecho da Belém-Brasília.

Preocupada com a orientação espiritual, a comunidade reuniu os fiéis e juntos construíram uma igreja, na qual foi entronizada a imagem de Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. A torre do templo religioso fazia frente para a antiga rodovia e tinha o formato de um dedo, que segundo reza a lenda, era o dedo de Deus conclamando os fiéis para a reza.

A localidade era conhecida por km 108. Mais tarde, em função do rio que corta o município, passou a denominar-se de Ipixuna, nome de origem indígena – TUPI-GUARANI, que significa “Rio de Águas Escuras”.

Com os incentivos de vários programas governamentais visando à ocupação da Amazônia, - provocando intenso processo migratório à região, principalmente de nordestinos, construiu-se a **Vila de Ipixuna**. Depois do impacto inicial, fomentado por incentivos fiscais da antiga SUDAM, que fizeram surgir grandes empreendimentos rurais, Ipixuna passou por um período de estagnação, gerado principalmente pelo descaso e a indiferença dos administradores do então Município de São Domingos do Capim. Esses fatos fizeram surgir no seio da sociedade o ideal da emancipação política, o que veio a ocorrer em 13 de dezembro de 1991, através da Lei Estadual nº 5.690. Em 1º de janeiro de 1993, instalou-se o Município, com o nome de **IPIXUNA DO PARÁ**, nesse evento deu-se a posse do primeiro Prefeito, Antonio Araújo de Lima e Vereadores eleitos no pleito de 1992.

2.4. Aspectos físico-territoriais

Ipixuna do Pará localiza-se na Mesorregião Nordeste paraense, Microregião do Guamá, limitando-se com os Municípios de Paragominas, Goianésia, Breu Branco, Tailândia, Tomé-Açu, Aurora do Pará, Capitão Poço e Nova Esperança do Piriá. A sede do Município está à 250 km da Capital do Estado-Belém, ligada por via rodoviária, rodovia BR-010 e por via fluvial através do Rio Capim. Possui as seguintes coordenadas geográficas: 02° 33' 03" de latitude sul e 47° 30' 06" de longitude oeste de Greenwich, estando a uma altitude de 50 metros.

O Município possui uma área de 5.215,555 km² com uma população estimada (2017) de 62.237 habitantes, conforme projeção do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o que lhe confere uma densidade demográfica de 11,93 habitantes por Km². A área urbana conta com 12.227 mil pessoas residentes, segundo Censo Demográfico 2010.

Geograficamente, Ipixuna tem 96 comunidades, 02 distritos (Canaã e Novo Horizonte), sendo que 42 dessas comunidades estão localizadas às margens do Rio Capim com acesso somente por barcos e voadeiras. Algumas estradas vicinais são de difícil acesso chegando a uma distância de 360 km da sede do município.

Ipixuna do Pará tem um clima tropical. Na maioria dos meses do ano, existe uma pluviosidade significativa em Ipixuna do Pará. Só existe uma curta época seca e não é muito eficaz. De acordo com a Köppen e Geiger o clima é classificado como Am. Em Ipixuna do Pará a temperatura média é 26.7 °C. A pluviosidade média anual é 2098 mm. Quando comparados o mês mais seco tem uma diferença de precipitação de 350 mm em relação ao mês mais chuvoso. Ao longo do ano as temperaturas médias variam 0.8 °C. 27.1 °C é a temperatura média do mês de Outubro, o mês mais quente do ano. Ao longo do ano Fevereiro tem uma temperatura média de 26.3 °C. Durante o ano é a temperatura média mais baixa. O mês mais seco é Setembro com 55 mm. O mês de maior precipitação é Março, com uma média de 405 mm.

As tipologias de vegetação mais encontradas no município são as de floresta Ombrofila Densa Submontana, Florestas Secundárias Latifoliadas (capoeiras sem predominância de palmeiras), de diversas idades e origens, e, associadas aos cursos de água, as florestas Ombrófilas densas Aluviais e as Florestas Ombrófilas inundáveis de Várzea (Salgado et al. 1990).

Os principais tipos de solos que ocorrem na região nordeste do estado do Pará são os Latossolos, podzóis, solos hidromórficos e aluvionares e os litolíticos de forma subordinada. (RADAM BRASIL, 1976).

Estes solos estão dispostos de acordo com o relevo, onde nos platôs e nas encostas, predominam os latossolos; nas terras intermediárias entre os platôs e as terras baixas, prevalecem os solos podzólicos e nas terras baixas e ao longo dos igarapés, predominam os solos de aluvião, hidromórficos e as areias quartzozas.

As feições geomorfológicas mais marcantes na área são os platôs com seus topos sub-horizontais sustentados por crostas ferro-aluminosas com alturas de aproximadamente 100 metros em relação aos vales circunvizinhos. Os níveis intermediários são elevações abauladas que na maioria bordejam os platôs, e os vales planos associados a cursos d'água.

O padrão de drenagem da região é dendrítico, destacando-se como principais cursos d'água rios Capim que corre na direção norte ao encontro do rio Guamá.

3. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE

A Análise situacional configura-se como etapa que antecede a formulação das diretrizes, objetivos e metas do próprio Plano.

Na abordagem da Análise Situacional do município foi utilizada a Metodologia da Problematização e Matriz de GUT como ferramentas pedagógicas de identificação das necessidades de saúde e classificação de prioridades como subsídio a implementação de ações no quadriênio 2018-2021.

Baseando-se nos critérios e parâmetros do Manual de Apoio à Elaboração de Planos Municipais de Saúde do estado do Pará – Período de 2018 a 2021, que determinará a necessidade de revisão normativa, de aprimoramento de estruturas instrumentais e de construção de novos processos e novas ferramentas de apoio ao planejamento no SUS.

Todos os tópicos e eixos de avaliação diagnóstica deste plano seguiram o modelo a seguir:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

| Valor | (a) Tipo de Gravidade | (b) Tipo de Urgência | (c) Tipo de Tendência | Cálculo |
|-------|-----------------------|----------------------|-----------------------|---------|
| 05 | Extremamente grave | Extremamente urgente | Agrava rápido | |

| | | | | |
|----------|-------------|---------------|----------------------|-----------|
| 03 | Grave | Urgente | Piora em médio prazo | |
| 02 | Pouco grave | Pouco urgente | Piora em longo prazo | |
| Apuração | 5 | 3 | 2 | Total: 30 |

PONTUAÇÃO E CONCLUSÃO:

| Prioritária Alta intervenção | Relevante Média intervenção | Execução Permanente, baixa intervenção. | Execução, sem intervenção. |
|------------------------------|-----------------------------|---|----------------------------|
| 125----- 75 | 74-----27 | 26----- 2 | 1----- 0 |

3.1. Condições Socio sanitárias

A análise das condições socio sanitárias objetiva identificar o impacto das mesmas na qualidade de vida da população, afim de traçar estratégias prioritárias cujos resultados terão influência direta no âmbito da saúde comunitária e individual.

3.1.1. Perfil Demográfico

População: 62.237 habitantes (estimativa 2017)

População do Ultimo Censo IBGE 2010: 51.309 habitantes

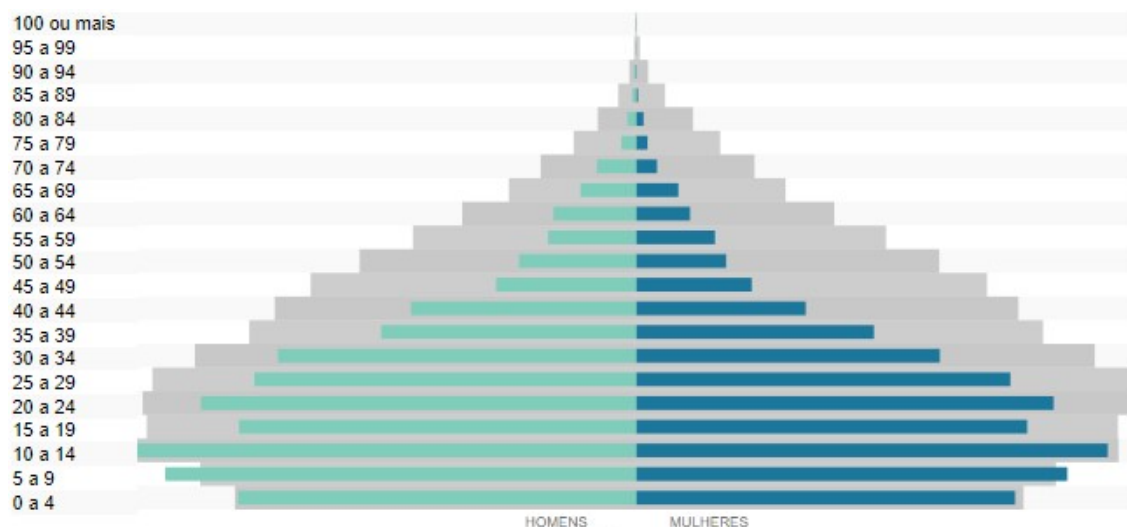
Área da unidade territorial (km²): 5.215,555 km²

Densidade demográfica na esdtimativa 2017(hab./ km²): 11,93 hab/km²

TABELA: População residente em Ipixuna do Pará por sexo segundo faixa etária em 2010.

| Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total |
|----------------|-----------|----------|-------|
| Menor 1 ano | 504 | 536 | 1040 |
| 1 a 4 anos | 2193 | 2033 | 4226 |
| 5 a 9 anos | 3191 | 2923 | 6114 |
| 10 a 14 anos | 3380 | 3197 | 6577 |
| 15 a 19 anos | 2690 | 2651 | 5341 |
| 20 a 29 anos | 5535 | 5367 | 10902 |
| 30 a 39 anos | 4154 | 3671 | 7825 |
| 40 a 49 anos | 2473 | 1934 | 4407 |
| 50 a 59 anos | 1389 | 1146 | 2535 |
| 60 a 69 anos | 935 | 653 | 1588 |
| 70 a 79 anos | 363 | 220 | 583 |
| 80 anos e mais | 97 | 74 | 171 |
| Total | 26904 | 24405 | 51309 |

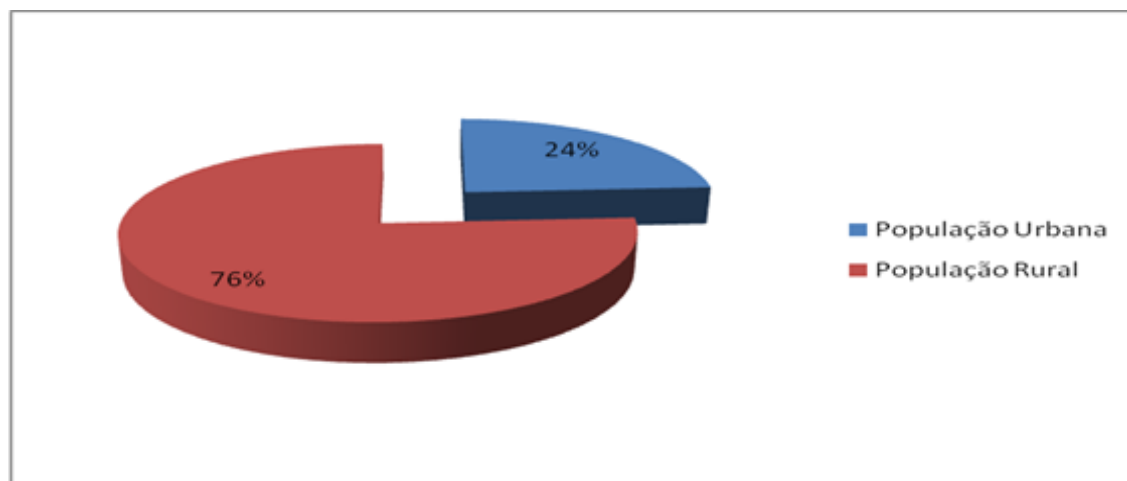
GRÁFICO 01: População por faixa etária segundo IBGE Censo 2010.



Fonte: IBGE 2010.

A faixa etária de maior relevância é de 20 a 29 anos com uma porcentagem de 21,24% (10.902), a população de 30 a 39 anos com 15,25% (7.825) e a população idosa com 10 a 14 anos 12,81% (6.577).

GRÁFICO 02: População segundo situação da unidade domiciliar.



Fonte: IBGE 2010.

Em relação à situação do domicílio, 24% residem na zona urbana e 76% na zona rural. A maioria das estradas vicinais tem certas dificuldades em locomoção, principalmente no período do inverno.

Mulheres em idade fértil.

| Faixa Etária | População_residente |
|--------------|---------------------|
|--------------|---------------------|

| | |
|--------------|-------|
| 10 a 14 anos | 3197 |
| 15 a 19 anos | 2651 |
| 20 a 29 anos | 5367 |
| 30 a 39 anos | 3671 |
| 40 a 49 anos | 1934 |
| Total | 16820 |

Comentário Técnico:

A população do município segue o padrão demográfico do país e do estado com relação a sua composição etária e proporções dentro da constituição da pirâmide etária, apontando prevalência de uma população jovem, fato que demonstra uma base de pirâmide mais acentuada e consistente.

Em contraponto as tendências estadual e nacional, a população do município é composta em sua maioria por pessoas do sexo masculino, no entanto essa maioria tornasse inversa a medida que a faixa etária aumenta.

Análise e classificação diagnóstica:

As variações demográficas do município não evidenciam quaisquer problemas de saúde relevante como causa de qualquer mudança de comportamento populacional.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 8.

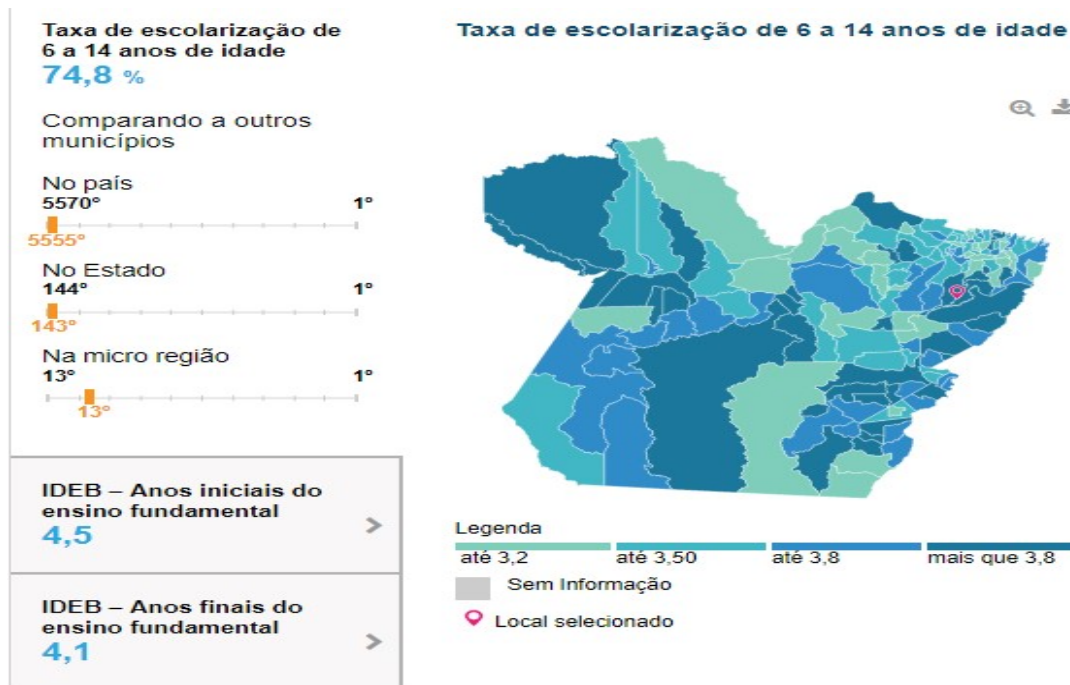
Proposta da gestão:

- Monitorar através dos indicadores de saúde mudanças no comportamento populacional.

3.1.2. Perfil Socioeconômico**3.1.2.1. Educação**

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.5 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.1. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 30 de 144. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 9 de 144. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 74.8 em 2010. Isso

posicionava o município na posição 143 de 144 dentre as cidades do estado e na posição 5555 de 5570 dentre as cidades do Brasil.



Matrículas no ensino fundamental [2015] 6.763 matrículas

Matrículas no ensino médio [2015] 1.450 matrículas

Docentes no ensino fundamental [2015] 307 docentes

Docentes no ensino médio [2015] 34 docentes

Número de estabelecimentos de ensino fundamental [2015] 63 escolas

Número de estabelecimentos de ensino médio [2015] 1 escolas

3.1.2.2. Economia

Em 2015 tinha um PIB percapta de R\$ 7.481,06. Em comparação com os demais municípios do estado, ficou em 99° de 144 municípios. A nível nacional, ficou na posição de número 4542 dentre os 5570 municípios brasileiros.

Segundo o IBGE, em 2015, Ipixuna do Pará obteve 92,8% das receitas oriundas de fontes externas, com um total de receitas realizadas de R\$ 79.425,00.

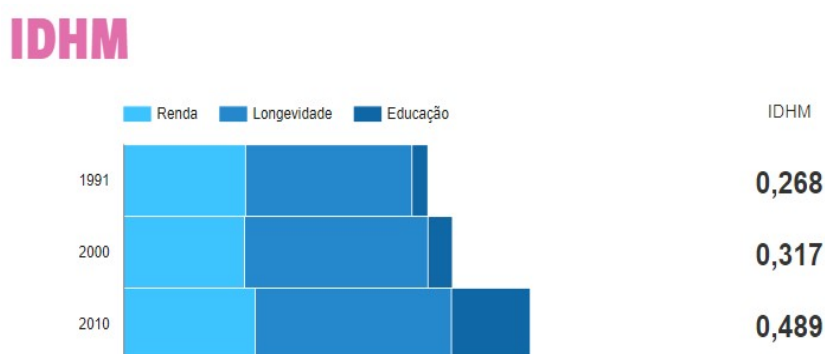
3.1.2.3. Renda

Em 2015, o salário médio mensal era de 2.2 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 4.5%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 25 de 144 e 120 de 144, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1176 de 5570 e 5306 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 53.1% da população nessas condições, o que o colocava na posição 41 de 144 dentre as cidades do estado e na posição 767 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

3.1.2.4. IDH-M

O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH em 2010 era 0,489, estando entre os 22 piores índices do Brasil e 7º pior do estado do Pará, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Baixo (IDHM entre 0 e 0,499). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,757, seguida de Renda, com índice de 0,508, e de Educação, com índice de 0,304.

FIGURA: IDH, série histórica.



Fonte: PNUD, IPEA e FJP

TABELA: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Ipixuna do Pará

| IDHM e componentes | 1991 | 2000 | 2010 |
|--|-------|-------|-------|
| IDHM Educação | 0,064 | 0,097 | 0,304 |
| % de 18 anos ou mais com fundamental completo | 3,14 | 5,76 | 19,83 |
| % de 5 a 6 anos na escola | 25,34 | 35,78 | 61,61 |
| % de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo | 4,9 | 9,34 | 60,61 |
| % de 15 a 17 anos com fundamental completo | 6,16 | 4,38 | 20,67 |
| % de 18 a 20 anos com médio completo | - | 0,58 | 7,64 |

| | | | |
|-----------------------------|------------|------------|------------|
| IDHM Longevidade | 0,642 | 0,707 | 0,757 |
| Esperança de vida ao nascer | 63,51 | 67,39 | 70,44 |
| IDHM Renda | 0,468 | 0,465 | 0,508 |
| Renda per capita | 147,5 1 | 144,7 5 | 188,4 8 |

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

EVOLUÇÃO DO IDH

Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0,317 em 2000 para 0,489 em 2010 - uma taxa de crescimento de 54,26%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 74,82% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,207), seguida por Longevidade e por Renda.

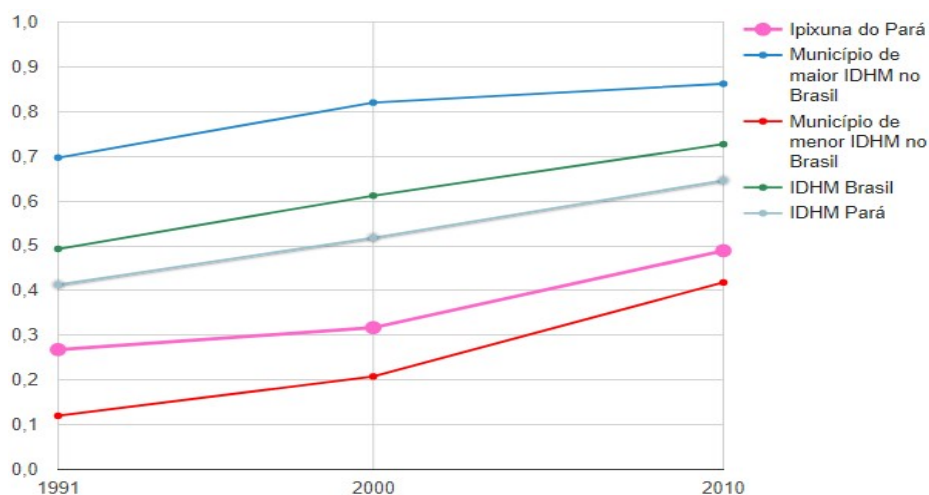
Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,268 em 1991 para 0,317 em 2000 - uma taxa de crescimento de 18,28%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 93,31% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Longevidade (com crescimento de 0,065), seguida por Educação e por Renda.

Entre 1991 e 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,268, em 1991, para 0,489, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 82,46% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 69,81% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,240), seguida por Longevidade e por Renda. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.

FIGURA: Evolução do IDHM - Ipixuna do Pará – PA



Fonte: PNUD, IPEA e FJP

3.1.2.5. Habitação

A maioria dos domicílios do município ficam localizados na zona rural, com cerca de 8.474 domicílios e a zona urbana apenas 2.908 domicílios.

O município tem um sistema público de distribuição de água, porém sem tratamento, apresentando 76,56% dos domicílios da área urbana com água encanada e 43,45% dos domicílios urbanos tem banheiro com água encanada (dados IPEA 2010).

Quanto a coleta de lixo, há coleta pública apenas na zona urbana, cobrindo 83,44% dos domicílios (IPEA 2010)

Cerca de 77,37% dos domicílios totais do município fazem uso de iluminação elétrica (IPEA 2010).

O município apresenta 25% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 22,2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 4,6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 27 de 144, 93 de 144 e 41 de 144, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 3354 de 5570, 5066 de 5570 e 3563 de 5570, respectivamente.

3.1.2.6. Estrutura Sanitária

Saneamento básico é o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais necessárias ao abastecimento de água potável; esgotamento sanitário; limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos; e drenagem e manejo de águas pluviais urbana, adotados objetivando propiciar uma condição saudável para os habitantes de uma comunidade e meio

ambiente. Há uma série de estudos que comprovam a associação de doenças endêmicas com a falta de saneamento básico. Por sua essencialidade, é um direito assegurado pela Constituição Federal.

A rede de abastecimento de água é gerenciada pela gestão pública local, através do Departamento de Água e Esgoto, vinculado à Secretaria de Obras, e conta com distribuição gratuita a 5200 domicílios. O abastecimento de água se dá em larga escala na sede do município e nos distritos de Canaã e Novo Horizonte. Alguns polos da zona rural também possuem canalização. A água dispensada através da rede de distribuição para consumo humano não possui tratamento, sendo a mesma distribuída à população da mesma forma que é extraída nos pontos de captação, passando por tubulações vulneráveis e chegando às torneiras com percentual considerável de contaminações por agentes microbiológicos prejudiciais a saúde humana, constituindo risco à saúde coletiva, como podemos verificar no quadro a seguir.

Resultado nas análises laboratoriais realizadas pelo LACEN/PA.

| SAC Analisada | Resultado das análises | | | | | | | |
|------------------|------------------------|----------------|-------------------|----------|------------------|----------|---------------|----------------|
| | Físico-química | | Microbiológica | | | | Organoléptica | |
| | Cloro livre | | Coliformes totais | | Escherichia Coli | | Turbidez | |
| | Satisfatório | Insatisfatório | Presentes | Ausentes | Presentes | Ausentes | Satisfatório | Insatisfatório |
| 123 | 0 | 123 | 68 | 55 | 12 | 111 | 122 | 1 |

A maioria da população utiliza fossa como destino de dejetos, cerca de 69% das famílias cadastradas no SIAB (2015). Os que utilizam sistema de esgoto somam 21 % e 11% deixam a céu aberto.

A predominância da coleta de lixo no município é realizada através de coleta pública, sendo o lixo coletado diariamente na área urbana e nos distritos do Canaã e Novo Horizonte por empresa privada prestadora de serviços, bem como a coleta de materiais infecto-contagiosos gerados pelos estabelecimentos de saúde. Nos demais distritos o lixo é queimado.

O município não possui nenhuma espécie de política pública de coleta seletiva de resíduos sólidos, fato este que faz com que tais resíduos sejam descartados no meio ambiente de maneira indiscriminada, gerando sérios problemas com relação a decomposição de alguns, como por exemplo: plásticos, metais pesados e componentes químicos.

Comentário Técnico:

Os aspectos sócio-econômicos do município apontam variantes pontuais que podem resultar em problemas de saúde pública, assim descritos:

Educação

A baixa escolaridade e o percentual considerável de evasão escolar tende a contribuir para o aumento de uma parcela da população menos instruída e mais suscetível a exposição de doenças e fatores de risco devido a falta de conhecimento.

Economia

O crescimento da atividade agropecuária no município trás consigo, aspectos preocupantes a serem mapeados pela saúde pública, pois esse crescimento fez crescer também o número de morbidades e mortalidades associadas a fatores comuns a esse meio.

IDH-M

O aumento na taxa de longevidade da população, não representa uma melhoria esperada, pois a expectativa de vida no município ainda é relativamente baixa quando comparada ao estado e ao país.

Estrutura Sanitária

A associação dos principais fatores sanitários no município aponta para um cenário preocupante, pois a má qualidade da água ofertada a população, a ausência de esgotamento sanitário e de políticas de resíduos sólidos contribuem de forma direta para a propagação de doenças.

Análise e classificação diagnóstica

O aumento no número de agravos relacionados direta ou indiretamente aos aspectos sócio-econômicos representam um grande desafio para a saúde pública do município, a qual precisa executar ações de forma interventiva para minimizar os efeitos dos problemas relacionados por tais aspectos citados.

O grande obstáculo nesse processo é a sensibilização de outros atores e organizações da sociedade para mudança de cenários de riscos. É importante que a Saúde Pública do município qualifique ainda mais seus instrumentos de pareceres e relatórios técnicos, de modo a pressionar os segmentos de interesse da sociedade a agir concomitantemente na busca por

soluções dos fatores que resultam em problemas de saúde

Classificado como Relevante, média intervenção, nota 12.

Proposta da gestão:

- Monitorar, através dos indicadores de saúde, as mudanças dos fatores sócio-econômicos.

3.1.3. Perfil Epidemiológico

A Vigilância Epidemiológica é o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Lei 8.080). A importância de evidenciarmos um perfil epidemiológico em integração com Atenção Primária resulta em metas específicas, objetivando uma melhora significativa na qualidade do atendimento, visando uma maior satisfação por parte da comunidade envolvida, bem como, identifica necessidades e propõe soluções para os problemas, direcionando assim, as ações de saúde para dificuldades evidenciadas.

São *funções da* vigilância epidemiológica: Coleta de dados; Processamento de dados coletados; Análise e interpretação dos dados processados; Recomendação das medidas de controle apropriadas; Promoção das ações de controle indicadas; Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e Divulgação de informações pertinentes.

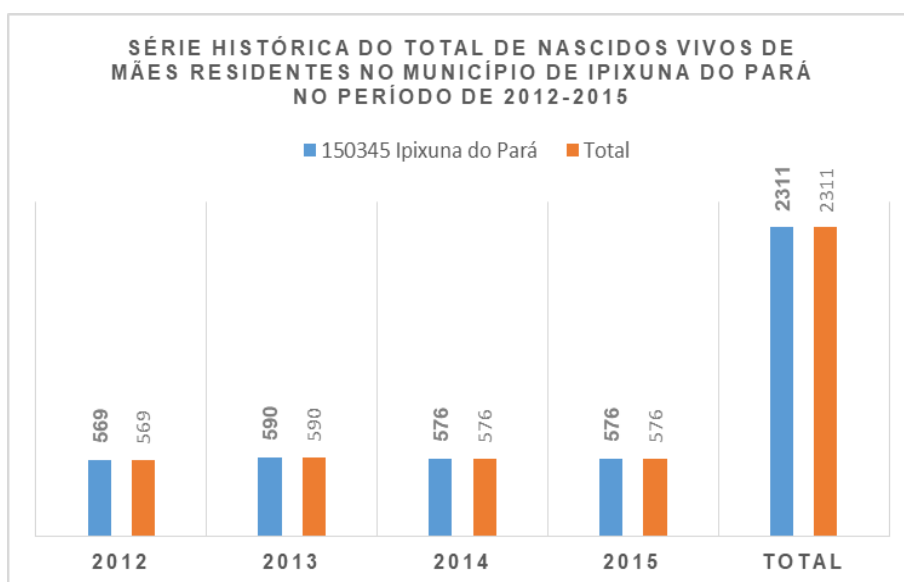
Logo a seguir será apresentado o perfil epidemiológico do município de Ipixuna do Pará, subsidiando aporte técnico para elaboração de medidas de controle de ações de saúde.

3.1.3.1. Natalidade

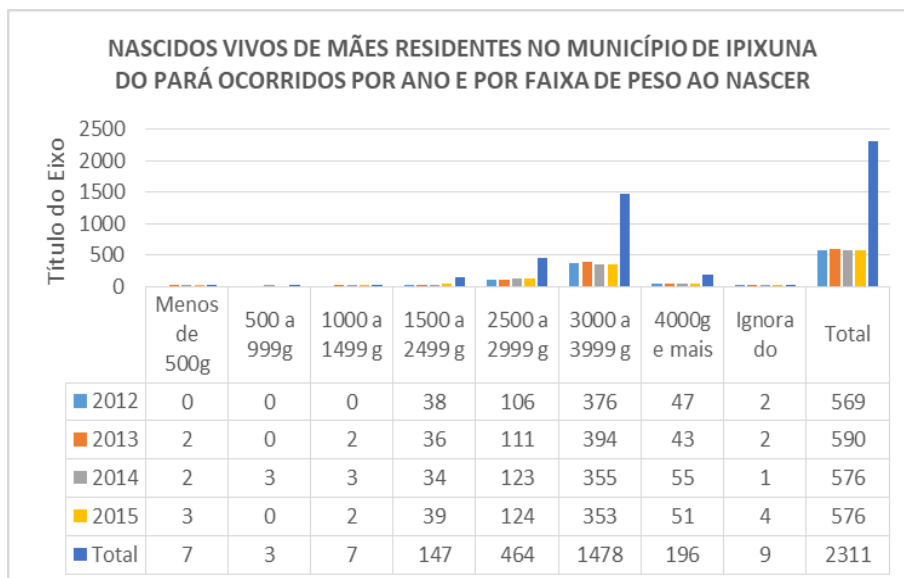
A natalidade é o número proporcional dos nascimentos que ocorrem numa população em um tempo determinado. Para a demografia, a taxa de natalidade é uma medida de quantificação da fecundidade.

Os *dados de natalidade* são obtidos através das declarações de nascidos vivos, processadas pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

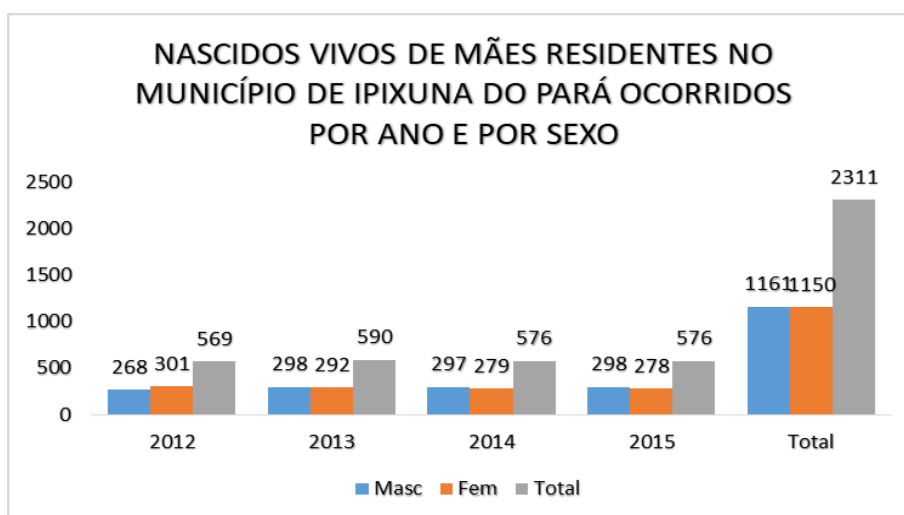
A **taxa de natalidade**, ou ainda taxa bruta de natalidade, representa o número de crianças (nascidos vivos) que nascem anualmente por cada mil habitantes, numa determinada área. No Brasil, segundo IBGE (2010), o país encontrava-se com a taxa de natalidade de 15,77 crianças nascidas para cada mil habitantes. Sendo no estado do Pará uma elevada taxa de natalidade, chegando a 18,80 nascidos para cada mil habitantes e finalmente o município de Ipixuna do Pará apresentou-se com a taxa de natalidade de 9,95 nascidos para cada mil habitantes, encontrando-se dentro dos parâmetros encontrados para o Brasil e Estado.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Comentário Técnico:

A taxa de natalidade, ou ainda taxa bruta de natalidade, representa o número de crianças (nascidos vivos) que nascem anualmente por cada mil habitantes, numa determinada área. Em 2015 a taxa de natalidade municipal foi calculada em 9,95% enquanto que a taxa de natalidade estadual foi de 18,80%. Diante do exposto podemos afirmar que a taxa de natalidade do município de Ipixuna do Pará encontra-se dentro dos parâmetros encontrados para o estado, ou seja, abaixo da taxa de natalidade estadual.

Análise e classificação diagnóstica:

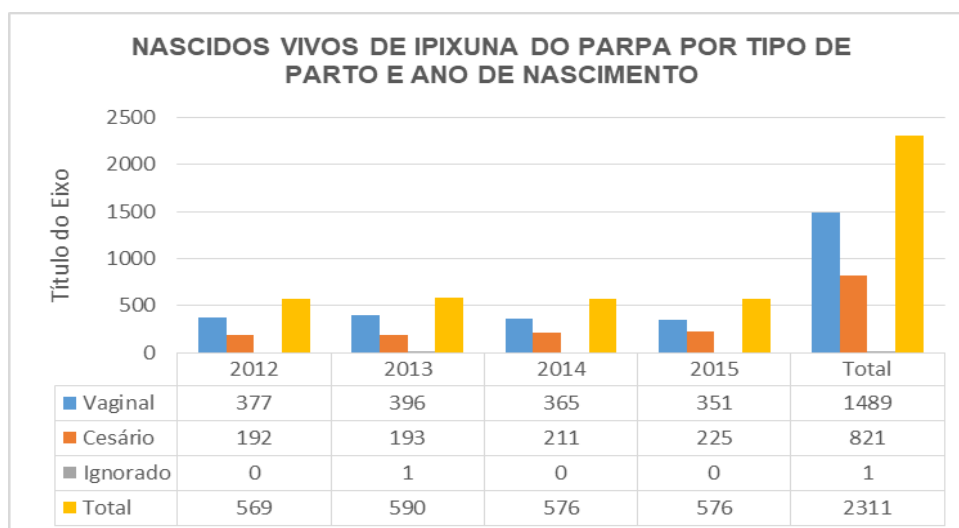
No ano de 2015, o Estado do Pará apresentou uma Taxa de natalidade de 18,80% crianças nascidas a cada 1.000 habitantes e finalmente o município de Ipixuna do Pará apresentou uma taxa de natalidade de 9,95% crianças nascidas para cada mil habitantes, encontrando-se dentro dos parâmetros encontrados para o estado, ou seja, abaixo da taxa de natalidade estadual. Os Programas voltados a Saúde da Mulher e Planejamento Familiar executados na Atenção Primária são um grande instrumento no processo de orientação e prevenção da gravidez não planejada e/ou auxiliar quem pretende ter filho.

Classificada com a pontuação 12, sendo de Execução Permanente e de baixa intervenção.

Proposta da gestão:

- Fortalecer e aprimorar os serviços voltados à Programas de Saúde da Mulher e Planejamento Familiar.

A taxa de parto cesáreo é conceituada como a relação entre o número total de partos cesáreos e o total de partos (normais e cesáreos) realizados por uma operadora no ano considerado, podemos dizer que parto cesáreo é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do concepto do útero materno durante o trabalho de parto, enquanto que o parto normal é o procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

| NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE IPIXUNA DO PARÁ OCORRIDOS POR ANO E POR TAXA DE PARTO | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|
| TAXA DE PARTO | ANO | | | |
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| TAXA DE PARTO NORMAL | 66,3% | 67,3% | 63,4% | 60,9% |
| TAXA DE PARTO CESÁREO | 33,7% | 32,7% | 36,6% | 39,1% |

FONTE: SINASC

Comentário Técnico:

De acordo com informações do Ministério da Saúde o Brasil vive uma epidemia de cesáreas - que se tornaram, ao longo dos últimos anos, a principal via de nascimento do país. A análise técnica da taxa de parto cesáreo do município de Ipixuna do Pará tomou como base os anos de 2012 a 2015. A taxa média de parto cesáreo municipal neste período foi calculada em 35,52 % enquanto que a taxa de parto normal ficou em 64,48%, evidenciando a prevalência de parto normal do município, revelando uma melhora na qualidade da assistência do pré-natal e sensibilização da equipe no âmbito hospitalar.

Análise e classificação diagnóstica:

A taxa média de parto cesáreo municipal neste período foi calculada em 35,52 % enquanto que a taxa de parto normal ficou em 64,48%. Diante do exposto podemos afirmar que a taxa de parto cesáreo do município de Ipixuna do Pará encontra-se a cima da taxa de parto cesáreo estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 15,00% e da taxa brasileira estabelecida para os estados que é de 25,00%, revelando a necessidade de melhorar a qualidade da assistência prestada, visando fortalecer o acompanhamento pré-natal e as indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.

Classificação com a pontuação de 24, com Execução Permanente e de baixa intervenção.

Proposta da gestão:

- O fortalecimento de estratégias que garantam a qualidade da assistência prestada no pré-natal e conscientizar os profissionais de saúde sobre a assistência do parto humanizado.
- Melhorar a infraestrutura de parto no município;
- Qualificar o acesso da Atenção à Gestante, Puerpério e Criança em todos os níveis de atenção no município.

3.1.3.2. Mortalidade

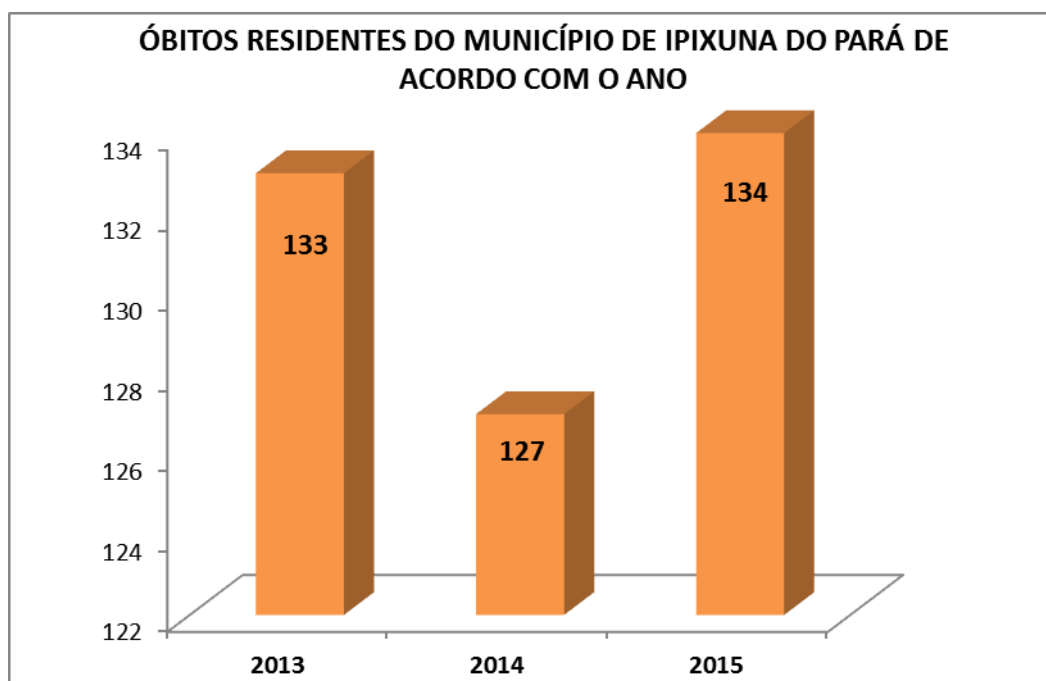
3.1.3.2.1. Mortalidade Geral

O diagnóstico da situação de saúde de uma população deve se basear em informações oportunas e de qualidade para que sejam definidos programas e políticas adequadas ao combate das doenças e agravos prioritários.

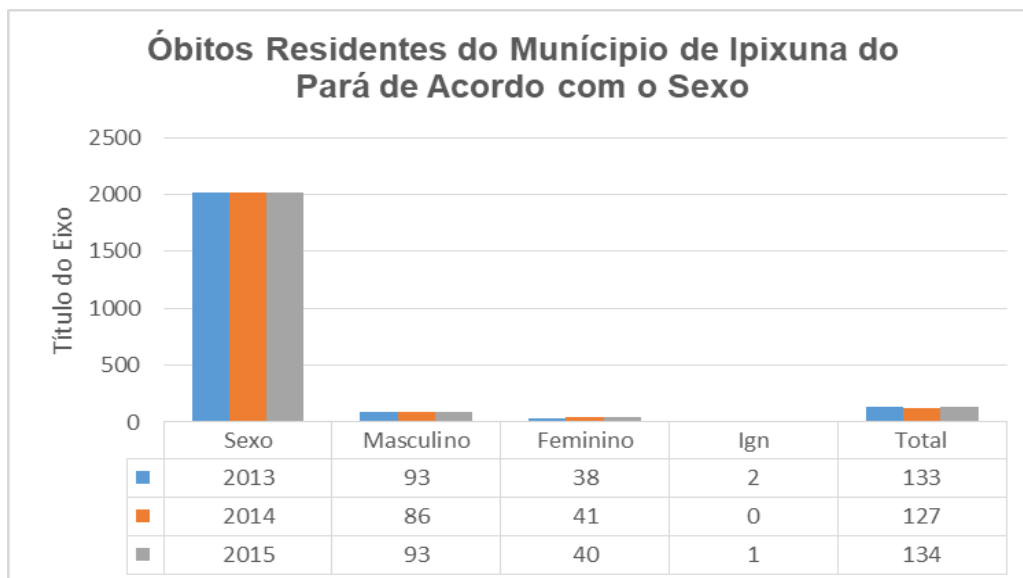
A redução da mortalidade no Brasil ainda é um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como todo. Tanto a melhoria de qualidade das informações como a ampliação da cobertura dos sistemas que contabilizam esses eventos são metas pactuadas e exigem a cooperação dos três níveis de governo.

Os dados de mortalidade são obtidos através das declarações de óbitos, processadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Mesmo considerando o sub-registro, que é significativo em algumas regiões do país, a necessidade de um correto preenchimento das declarações, trata-se de um dado que assume importância capital entre os indicadores de saúde.

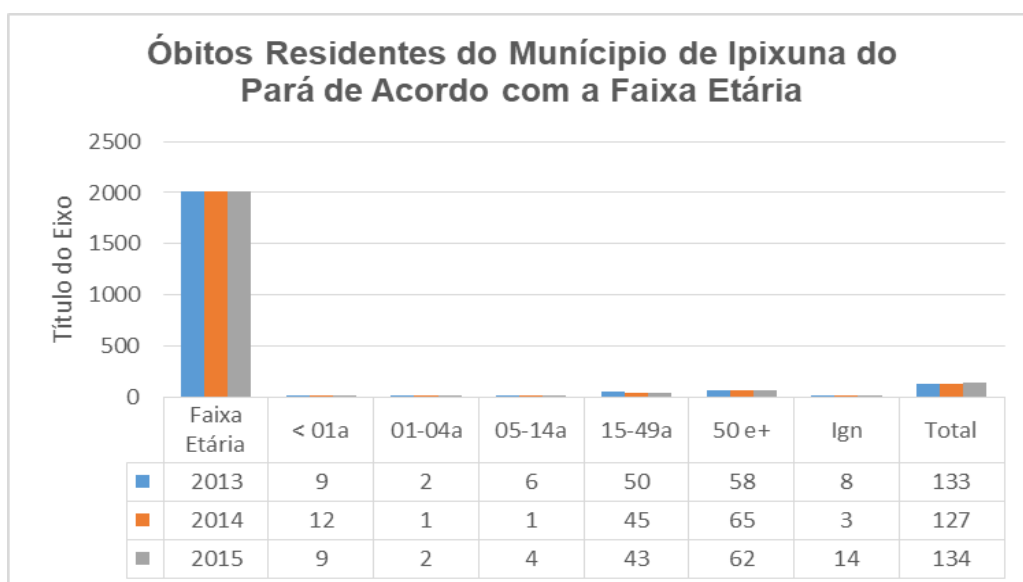
Abaixo serão apresentados alguns dados na questão de mortalidade do município de Ipixuna do Pará. Os dados foram tabulados por município de residência.



FONTE: SIM



FONTE: SIM



FONTE: SIM

Conforme demonstrado na tabela acima, a maior incidência de óbitos ocorre na população acima de 50 anos, em causas que serão detalhadas adiante.

Com relação ao perfil de mortalidade definido por sexo, historicamente a maior ocorrência é entre o sexo masculino, sendo que em 2015, 69,4% do total de óbitos no município foram entre homens, contra 29,8% do sexo feminino.

**Óbitos Residentes do Município de Ipixuna do Pará de Acordo com o
Ano do Óbito e Causa (Cap CID10)**

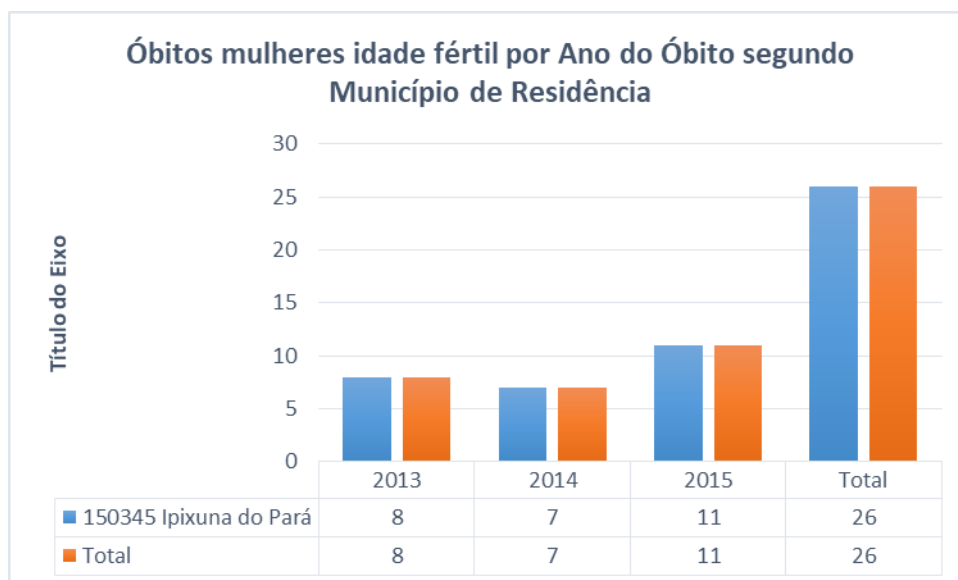
| Causa (Cap CID10) | 2013 | 2014 | 2015 | Total |
|--|------------|------------|------------|------------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 4 | 9 | 4 | 17 |
| II. Neoplasias (tumores) | 14 | 4 | 13 | 31 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 2 | 2 | 0 | 4 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 5 | 6 | 8 | 19 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 0 | 1 | 0 | 1 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 1 | 1 | 0 | 2 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 29 | 35 | 27 | 91 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 17 | 17 | 10 | 44 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 1 | 9 | 3 | 13 |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 0 | 0 | 1 | 1 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 0 | 1 | 2 | 3 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 1 | 0 | 1 | 2 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 12 | 10 | 15 | 37 |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 2 | 0 | 0 | 2 |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 4 | 2 | 9 | 15 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 41 | 30 | 41 | 112 |
| Total | 133 | 127 | 134 | 394 |

Fonte: SIM

Na tabela a cima podemos observar o número de óbitos no município por causa (CID 10), onde observou-se que o maior índice de óbitos no município está relacionado a Causas Externas com 30,5%, sendo seguido de 20,1% de óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório.

3.1.3.2.2. Mortalidade Materna e MIF

O número de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil representa cerca de 8,9% dos óbitos totais do município, e tem um bom percentual de investigação de acordo com os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Óbitos mulheres idade fértil, Óbitos maternos segundo Capítulo CID-10

| Capítulo CID-10 | Óbito mulheres_idade_fértil | Óbitos maternos |
|--|-----------------------------|-----------------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 5 | - |
| II. Neoplasias (tumores) | 6 | - |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 1 | - |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 2 | - |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 2 | - |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 1 | - |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 1 | - |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 1 | - |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 2 | 2 |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 1 | - |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 1 | - |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 3 | - |
| Total | 26 | 2 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

As causas dos Óbitos Maternos e Mulheres em Idade Fértil são variáveis, assim sendo: Neoplasias Malignas, Lupus Eritematoso Disseminado, Mola Hidatiforme, Fibrose e cirrose Hepática, Doenças Oportunistas do HIV, e Tuberculose Vias Respiratórias. Sendo entre elas o maior número de óbitos por Neoplasias com 36,3%.

Comentário Técnico:

Conforme demonstrado nos dados apresentados acima, com relação ao perfil de mortalidade definido por sexo, historicamente a maior ocorrência é entre o sexo masculino, sendo que em 2015, 69,4% do total de óbitos no município foram entre homens, contra 29,8% do sexo feminino e a maior incidência de óbitos ocorre na população acima de 50 anos. Realizando a análise sobre as causas básicas que ocasionaram os óbitos, observou-se que a maior incidência de óbitos no município está relacionado a Causas Externas com 30,5%, sendo seguido de 20,1% de óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório.

A notificação dos registros de óbitos ainda é um grande desafio, devido ao sub-registro, em especial aos óbitos ocorridos na zona rural, número baixo de cemitérios legalizados, ausência de educação em saúde para com a comunidade sobre a importância do registro dos óbitos, resistência do profissional médico no preenchimento da declaração, dentre outros fatores.

Análise e classificação diagnóstica:

De acordo com a análise situacional dos óbitos registrados na série de 2013 a 2015, observou-se o sexo masculino, na faixa etária de 50 anos o grupo mais susceptíveis a morrerem por doenças do aparelho circulatório e causas externas. Diante do exposto, a necessidade de criar políticas públicas de saúde voltadas a esse grupo e de fundamental importância para mudanças desse quadro.

Classificação com a pontuação de 27, com Execução Permanente e de Relevância Média.

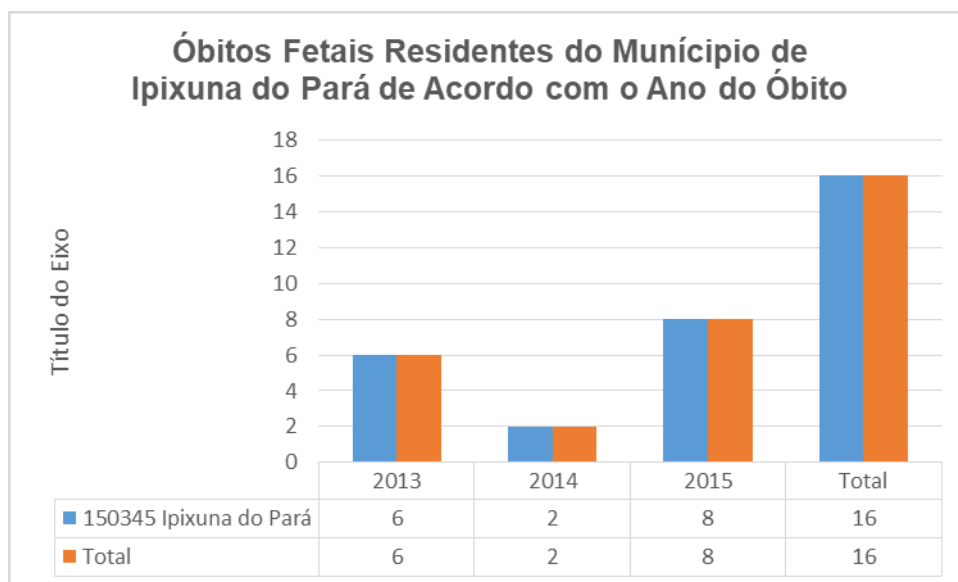
Proposta da gestão:

- Fortalecimento das rotinas de trabalho da vigilância do óbito;
- Garantir melhoria na notificação do evento em tempo oportuno, através da sensibilização dos profissionais da saúde e população;
- Qualificar o acesso da população em todos os níveis de atenção a saúde no município.

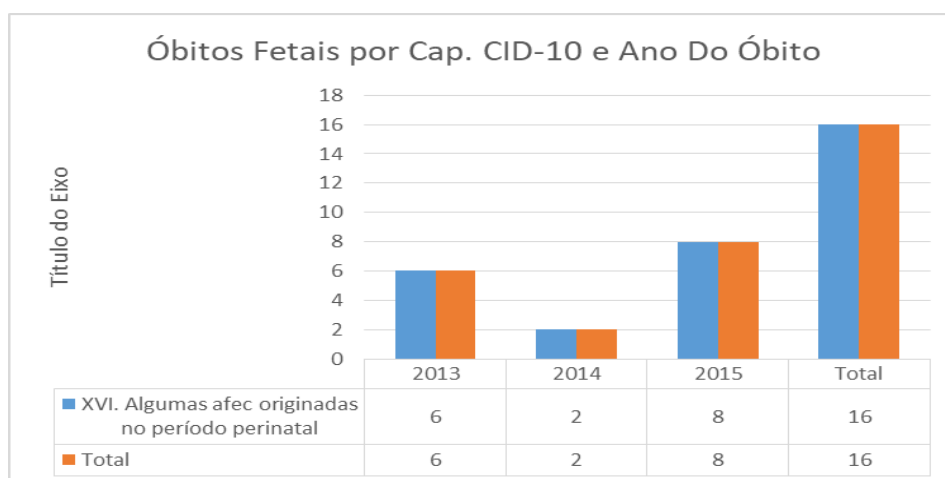
3.1.3.2.3. Mortalidade Fetal e Infantil

O número de óbitos fetais devem seguir uma linha decrescente ao longo dos anos, principalmente no que diz respeito as chamadas causas evitáveis de óbitos, isso é possível através da melhoria na qualidade dos serviços de atenção

à gestante e na adoção de práticas de parto humanizado que propiciem minimizar problemas clínicos com relação ao feto.



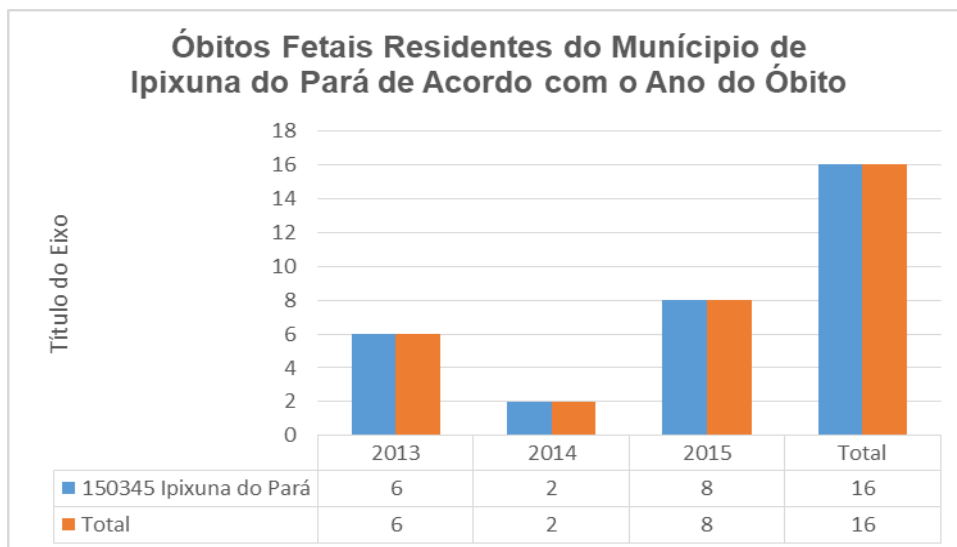
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM



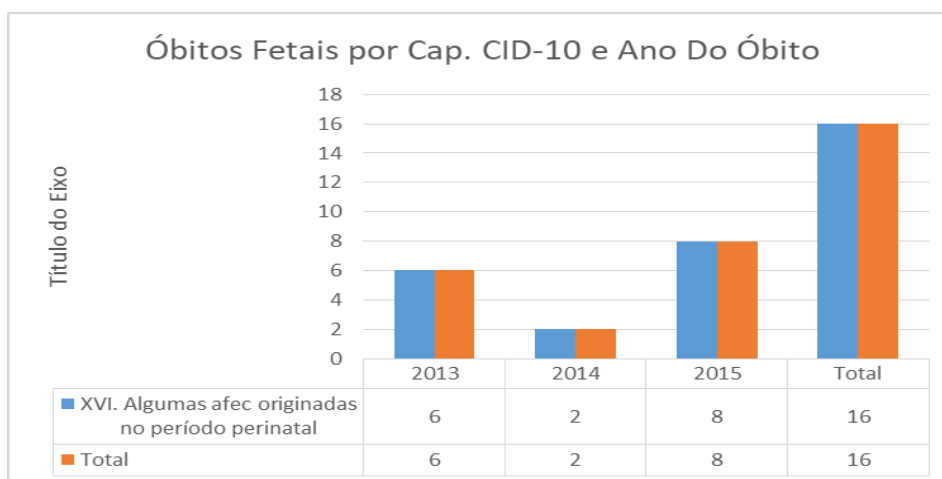
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Os Óbitos Fetais ocorreram pelas chamadas Causas Evitáveis, com prevalência para incidência de Hipoxia Intra-Uterina e Afecções Maternas relacionadas a Gravidez, fatos que apontam para possíveis falhas no processo de Atenção à Gestante, sendo um elemento que evidencia falhas com relação ao processo de investigação de óbitos dessa natureza.

Aproximadamente 50% dos óbitos fetais ocorreram entre a 22^a a 28^a semana de gestação, período que em teoria, o feto já se encontra formado e em condições de nascimento, mesmo de que de forma prematura.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Óbitos infantis por Ano do Óbito segundo Capítulo CID-10

| Capítulo CID-10 | 2013 | 2014 | 2015 | Total |
|--|------|------|------|-------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 1 | - | 1 | 2 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | - | 1 | 1 | 2 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 1 | 1 | - | 2 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | - | 1 | - | 1 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 5 | 8 | 7 | 20 |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 1 | - | - | 1 |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | - | 1 | - | 1 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 1 | - | - | 1 |
| Total | 9 | 12 | 9 | 30 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

A mortalidade infantil é mensurada através de taxa de óbitos ocorridos em crianças menores de 1 ano de idade e representa um grave problema de saúde

pública no mundo. Para efeitos de correlação, o parâmetro preconizado pela OMS para o Brasil é de 10 mortes infantis para cada 1.000 nascidos vivos.

A maior incidência de óbitos no município ocorre na faixa de 0 a 6 dias de nascidos, a chamada Mortalidade Neonatal Precoce, a qual corresponde a aproximadamente 66,6% do total de óbitos infantis residentes.

Comentário Técnico:

O município de Ipixuna do Pará tem institucionalizada a coordenação de vigilância do óbito no departamento de vigilância em saúde. A notificação dos registros de óbitos ainda é um grande desafio, devido a um grande sub-registro, em especial aos óbitos ocorridos na zona rural, número baixo de cemitérios legalizados, ausência de educação em saúde para com a comunidade sobre a importância do registro dos óbitos, resistência do profissional médico no preenchimento da declaração, dentre outros fatores.

Na questão da mortalidade infantil, fetal e materna a integração entre a Atenção Primária e a área hospitalar é fundamental para conseguir avanços no desenvolvimento das ações, principalmente com o instrumento das investigações de óbito, trazendo cada componente a participar do processo e avaliar a forma com que o serviço está sendo prestado e conseguir elaborar aporte técnico e jurídico que subsidie melhoria do atendimento.

Análise e classificação diagnóstica:

A garantia de estrutura para realização das atividades inerentes a Vigilância do Óbito, como o processo de investigação, avaliação e discussão integrada das informações coletadas, são fundamentais para a elaboração de estratégias de prevenção e promoção à saúde mais eficazes e que apontem as reais causas de ocorrência dos óbitos, nesse caso específico, das DCNT.

Classificado como Relevante, média intervenção, nota 27.

Proposta da gestão:

- Fortalecimento do processo de investigação de óbito,
- Capacitação dos profissionais
- Fortalecimento da busca ativa e monitoramento em tempo oportuno dos casos;
- Elaborar processo de discussão integrada entre os setores da saúde dos óbitos investigados, estabelecendo medidas que possam melhorar a rede de atendimento.

3.1.3.3. Morbidade

A morbidade serve para mostrar o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população, bem como, aponta fatores determinantes que contribuem diretamente nessa incidência.

Essa avaliação é mensurada através dos números de internações hospitalares e/ou através de notificações feitas pelos profissionais de saúde da rede local.

3.1.3.3.1. Morbidade Hospitalar

As internações hospitalares sofrem algumas pequenas variações nos últimos cinco anos com regressões de alguns tipos de agravo e ascensão de outros, porém há uma predominância de atendimento relacionados a: Gravidez, Parto e Puerpério; algumas doenças Infecciosas e Parasitárias e Doenças do Aparelho Respiratório.

Demonstrativo de internações em residentes do município de Ipixuna do Pará, por Capítulo CID-10 e ano de ocorrência.

| Internações por Capítulo CID-10 e Ano atendimento | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Total |
|--|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 2 | 587 | 453 | 547 | 492 | 2081 |
| II. Neoplasias (tumores) | 3 | 113 | 72 | 80 | 75 | 343 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | - | 15 | 17 | 17 | 22 | 71 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | - | 32 | 54 | 80 | 52 | 218 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 5 | 13 | 9 | 10 | 8 | 45 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | - | 28 | 14 | 8 | 19 | 69 |
| VII. Doenças do olho e anexos | - | - | 2 | 2 | 3 | 7 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide | - | 9 | 27 | 20 | 32 | 88 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 8 | 166 | 229 | 357 | 230 | 990 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 3 | 725 | 601 | 784 | 505 | 2618 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 4 | 375 | 249 | 304 | 311 | 1243 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 1 | 276 | 207 | 217 | 158 | 859 |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | - | 27 | 29 | 23 | 33 | 112 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 2 | 497 | 444 | 551 | 449 | 1943 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 14 | 587 | 643 | 659 | 652 | 2555 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 1 | 30 | 29 | 38 | 22 | 120 |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | - | 2 | 9 | 1 | 9 | 21 |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 1 | 15 | 41 | 16 | 27 | 100 |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas | 16 | 280 | 327 | 286 | 347 | 1256 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | - | - | 1 | - | - | 1 |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | - | 11 | 20 | 24 | 39 | 94 |
| Total | 60 | 3788 | 3477 | 4024 | 3485 | 14834 |

3.1.3.3.2. Morbidade Ambulatorial

Durante o período de dez anos, o município apresenta um quantitativo significativo de notificações de agravos das mais diversas especificidades, os quais em sua maioria apresentam mudanças constantes em sua ocorrência, e conseqüentemente em suas curvas epidemiológicas relativas.

3.1.3.4. Imunização

A intervenção por meio da vacinação promove a melhoria da saúde e a qualidade de vida da população. São mais de 20 doenças graves e evitáveis pelas vacinas, como por exemplo: Tuberculose, Hepatites A e B, Meningites, Rubéola, Influenza, Pneumonias, Diarreia grave por rotavírus, Febre Amarela, Poliomielite, Tétano e o Vírus do HPV.

Fazer busca ativa para vacinar principalmente todas as crianças e idosos, é um investimento que vai reduzir gastos com internações, deslocamentos e tratamentos prolongados.

A imunização é definida como uma das estratégias preventivas em saúde pública mais eficazes contra inúmeras doenças de forma e transmissões variadas.

Investir na atividade de busca ativa e garantir homogeneidade dos grupos, principalmente as crianças e idosos, é um investimento que vai reduzir gastos com internações, deslocamentos e tratamentos prolongados.

DOSES APLICADAS DE ACORDO COM A VACINA NA FAIXA ETARIA DE MENOR DE ANO NO MUNICIPIO DE IPIXUNA DO PARÁ

| DOENÇAS | ANO | | | | |
|-----------------|------|------|------|------|-------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | TOTAL |
| BCG | 575 | 600 | 455 | 375 | 2.005 |
| MENINGOCOCICA C | 464 | 579 | 405 | 375 | 1.823 |
| PENTA VALENTE | 481 | 572 | 377 | 290 | 1.720 |
| PNEUMOCOCICA | 393 | 472 | 209 | 429 | 1.503 |
| POLLIOMIELITE | 477 | 569 | 283 | 301 | 1.630 |
| ROTAVÍRUS | 482 | 583 | 408 | 346 | 1.819 |
| FEBRE AMARELA | 453 | 530 | 267 | 288 | 1.538 |

Fonte:SI-PNI-DATASUS

PERCENTUAL DE COBERTURA VACINAL NA FAIXA ETARIA DE MENOR DE ANO NO MUNICIPIO DE IPIXUNA DO PARÁ

| IMUNIZAÇÕES | ANO | | | |
|-----------------|--------|---------|--------|--------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| BCG | 111% | 105,45% | 76,73% | 65,79% |
| MENINGOCOCICA C | 89,58% | 101,76% | 68,30% | 50,88% |

| | | | | |
|---------------|--------|---------|--------|--------|
| PENTA VALENTE | 92,86% | 100,53% | 63,58% | 50,88% |
| PNEUMOCOCICA | 75,87% | 82,95% | 35,24% | 75,26% |
| POLIOMIELITE | 92,08% | 100% | 47,72% | 52,81% |
| ROTAVÍRUS | 93,05% | 102,46% | 68,80% | 60,70% |
| FEBRE AMARELA | 87,45% | 93,15% | 45,03% | 52,53% |

Fonte:SI-PNI-DATASUS

Comentário Técnico:

Com a implantação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) em 2014, as salas de vacinas em todo país passaram por muitas adequações.

A cobertura vacinal da população vem apresentando diversas variações quanto ao percentual de cobertura e a homogeneidade de esquemas de vacinação simultâneos, os quais ocorrem devido a alguns fatores que tem relação direta ou indireta com a consolidação de informações no SIPNI, são eles:

- Mudanças recorrentes no Calendário Nacional de Vacinação, com a inclusão, exclusão ou alteração de esquemas vacinais;
- Problemas técnicos constantes no SIPNI Local;
- Baixa adesão de alguns grupos alvos;
- Falta de comprometimento de alguns usuários;
- Ausência de um centro de parto apropriado no município (Aplicação de vacinas ao nascer);
- Falta de ações de supervisão das salas de vacinas;
- Deficiência nas ações de intensificação de e busca ativa.

Análise e classificação diagnóstica:

A nível local, o setor de imunização é composto por 08 salas de vacina que vem se fortalecendo com o intuito de melhorar a qualidade do serviço prestado aos seus munícipes. Atualmente, todas as salas de vacinas encontram-se com equipamentos de informática, mas não tem acesso a internet. Tem-se observado a dificuldade do manejo dos profissionais no sistema SI-PNI que vem interferindo consideravelmente na inserção das informações, desta forma, apresentando baixas coberturas no sistema Federal, isto é, estamos vacinando, mas não estamos informando corretamente para o Ministério da Saúde.

É necessário que as ações de monitoramento e supervisões nas salas de vacinas sejam mais frequentes e rotineiras, nas quais seja possível detectar e intervir de maneira oportuna nos problemas que estão levando o município a ter uma

baixa cobertura vacinal.

Aliado a essa estratégia, a Coordenação de Imunização precisa intensificar ações regulares de busca ativa e campanhas em territórios de saúde específicos, conforme o cenário de cobertura de vacinados.

Classificado como Relevante, média intervenção, nota 27.

Proposta da gestão:

- Investimentos na qualificação técnica para melhoria no atendimento, rotinas da sala de vacina e informação dos dados;
- Estabelecimento dos fluxos de trabalho;
- Investimento em melhoria na estrutura física;
- Expansão das salas de vacina, garantindo facilidade no acesso, principalmente para a comunidade da zona rural.

3.1.4. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

A Atenção à Saúde deve ser organizada no município seguindo os preceitos estabelecidos, os quais os definem através de níveis de atenção, sendo esse assim definido: Primário, Secundário e Terciário.

O município de Ipixuna do Pará é habilitado em Gestão Plena dos Serviços de Saúde, porém devido suas características demográficas e técnicas executam em nível local a totalidade das ações de atenção primária, e apenas parte das ações dos outros níveis de atenção, sendo essas demais ações executadas através de pactuação predefinida em outros municípios componentes da rede regionalizada de serviços de saúde do estado, a qual Ipixuna do Pará faz parte.

As ações de saúde executadas no município são realizadas através da estrutura física exposta a seguir que se divide em Gabinete e suas assessorias temáticas, Diretoria Administrativa, Diretoria de Finanças e Controle, Diretoria de Saneamento Básico e o controle/participação social exercido pela representatividade do Conselho Municipal de Saúde.

3.1.4.1. GESTÃO ADMINISTRATIVA

| Nº | Especificação |
|----|---------------------------------------|
| 1 | Gabinete |
| | Assessoria Técnica de Atenção à Saúde |

| | |
|----------|--|
| | Assessoria Técnica I de Atenção Básica |
| | Assessoria Técnica I de Vigilância à Saúde |
| | Assessoria Técnica I de Informação à Saúde |
| | Assessoria Técnica I de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria |
| 2 | Diretoria Administrativa |
| | Departamento de Recursos Humanos |
| | Departamento de Insumo e Equipamentos |
| | Departamento de Ouvidoria |
| 3 | Diretoria de Finanças e Controle |
| | Setor de Orçamento e Controle |
| 4 | Diretoria de Saneamento Básico |
| 5 | Conselho Municipal de Saúde |

Comentário Técnico:

O organograma funcional da Secretaria Municipal de Saúde aqui apresentado é regulamentado pela Lei Municipal nº 311, de 05 de janeiro de 2017 e integra a Diretoria de Saneamento às responsabilidades da secretaria de saúde. Para fins de otimização das ações e serviços no SUS na rede municipal, trabalhamos em uma conformação diferente do proposto, ao permitir que as assessorias executem as atividades pertinentes nos moldes de coordenações temáticas, também as ramificando em subcoordenações que contemplem eixos temáticos como a saúde bucal, imunização, assistência farmacêutica dentre outros

Análise e classificação diagnóstica:

O atual organograma não prevê a descentralização das assessorias técnicas, que deveriam ser destrinchadas em coordenações e subcoordenações, para melhor eficiência da estrutura e dos fluxos da gestão em saúde, haja vista o grande escopo de estratégias de trabalho propostas para gestão do SUS.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 12.

Proposta da gestão:

- Regulamentação de novo Organograma da Secretaria Municipal de Saúde;
- Reordenamento de funções e fluxos de trabalho;

3.1.4.1.1. RECURSOS HUMANOS

Tabela 29 – Demonstrativo quantitativo do quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Ipixuna do Pará, por tipo de cargo e forma de vínculo.

| CARGO | EFETIVO | CONTRATADO | TOTAL |
|---|------------|------------|------------|
| NÍVEL SUPERIOR | 10 | 52 | 62 |
| MÉDICO ANESTESIOLOGISTA | - | 1 | 1 |
| ASSISTENTE SOCIAL | - | 4 | 4 |
| FARMACÊUTICO | 1 | - | 1 |
| MÉDICO CLÍNICO | 1 | 1 | 2 |
| ENFERMEIRO | 2 | 6 | 8 |
| ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | 2 | 10 | 12 |
| FISIOTERAPEUTA GERAL | 1 | 2 | 3 |
| FONOAUDIÓLOGO | - | 1 | 1 |
| MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | - | 12 | 12 |
| NUTRICIONISTA | - | 3 | 3 |
| CIRURGIÃO DENTISTA - CLÍNICO GERAL | 1 | - | 1 |
| CIRURGIÃO-DENTISTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | - | 4 | 4 |
| PSICÓLOGO CLÍNICO | 1 | 1 | 2 |
| PESQUISADOR EM BIOLOGIA DE MICROORG E PARASITOLÓGICA | - | 1 | 1 |
| MEDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO POR IMAGEM | - | 1 | 1 |
| MEDICO PEDIATRA | - | 1 | 1 |
| MEDICO ENDOCRINOLOGISTA | - | 1 | 1 |
| MEDICO VETERINARIO | 1 | - | 1 |
| MEDICO UROLOGISTA | - | 1 | 1 |
| PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA SAUDE | - | 2 | 2 |
| NÍVEL MÉDIO / TÉCNICO | 23 | 46 | 69 |
| TECNICO DE ENFERMAGEM | 10 | 18 | 28 |
| TECNICO DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA | 8 | 14 | 22 |
| AUXILIAR DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS | - | 2 | 2 |
| TÉCNICO EM RADIOLOGIA E IMAGENOLOGIA | - | 2 | 2 |
| TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL | 1 | 4 | 5 |
| SOCORRISTA | 4 | 6 | 10 |
| NÍVEL ELEMENTAR | 93 | 10 | 103 |
| AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE | 81 | - | 81 |
| AGENTE DE COMBATE AS ENDEMIAS | 9 | 7 | 16 |
| AGENTE DE SAUDE PUBLICA | - | 3 | 3 |
| AUXILIAR DE ENFERMAGEM | 3 | - | 3 |
| NÍVEL ADMINISTRATIVO / OPERACIONAL | 39 | 95 | 134 |
| ASSISTENTE ADMINISTRATIVO | 4 | 1 | 5 |
| AUXILIAR DE ESCRITORIO, EM GERAL | 6 | 35 | 41 |
| AUXILIAR DE SERVIÇOS DE GERAIS | 12 | 22 | 34 |
| DIGITADOR | 3 | 6 | 9 |
| MOTORISTA | 4 | 4 | 8 |
| RECEPCIONISTA | - | 9 | 9 |
| VIGILANTE | 10 | 18 | 28 |
| TOTAL | 195 | 203 | 398 |

Fonte: SCNES, Dezembro/2017

Comentário Técnico:

A Secretaria de Saúde possui sistemas variados e dois setores que

organizam o cadastro e controle de Gestão de Recursos Humanos, os quais funcionam de forma desarticulada e sem nenhum tipo de integração, razão pela qual gera diversos problemas quanto à gerência eficiente e eficaz, o SCNES Local apresenta várias inconsistências quanto a relação de profissionais alocados nas unidades de saúde do município, fato esse que gera falta de fidedignidade de informações de algumas unidades de saúde.

Análise e Classificação Diagnóstica:

Os sistemas de controle de RH não se espelham, ocasionando uma visão restrita e fictícia da quantidade e qualidade da mão de obra na saúde do município, impossibilitando diagnósticos situacionais e de cobertura concretos.

Classificado como Relevante, média intervenção, nota 27.

Proposta da gestão:

- Reorganização do Setor de Recursos Humanos;
- Integração entre o Setor de Recursos Humanos, Gerência Administrativa e a Central de Informações em Saúde;
- Contratação de um software específico para a Gestão de Recursos Humanos;
- Atualização e avaliação periódica do SCNES de acordo com a realidade mensal do município;

3.1.4.1.2. ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

O município possui uma relação de 23 estabelecimentos públicos de saúde cadastrados no SCNES, no entanto, o número real de unidades é 24, haja vista a existência de um posto de saúde que ainda não possui CNES próprio devido funcionar em estrutura cedida recentemente pela comunidade Candiruzinho. Desse total 01 é unidade administrativa, 20 são de atenção primária à saúde, 02 de atenção especializada e 01 de urgência e emergência.

Quadro 02 – Relação de estabelecimentos de saúde do município de Ipixuna do Pará, por identificação e unidade mantenedora

| ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR CNES E NOME | |
|--|---|
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) | Nome dos Estabelecimentos de Saúde |
| 7811292 | ACADEMIA DA SAUDE DE IPIXUNA DO PARA |
| 7681437 | NASF IPIXUNA DO PARA |
| 2616483 | HOSPITAL SANTA CLARA |
| 6773508 | ESF SANTA MARIA DO BACURI |

| | |
|---------|--|
| 6776566 | UOM DE IPIXUNA DO PARA |
| 6745822 | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE IPIXUNA DO PARA |
| 6907040 | ESF PA CANDIRU |
| 6773451 | USF DA ENALCO |
| 6773516 | USF DE SAO PEDRO |
| 2677644 | USF IPIXUNA DO PARA |
| 2616254 | USF NOVO HORIZONTE |
| 5919541 | USF CANAA |
| 6589901 | CLINICA DE FISIOTERAPIA ZINALDA SALDANHA |
| 2616262 | CENTRO DE SAUDE DE IPIXUNA DO PARA |
| 5919517 | USF VILA NOVA |
| 5919576 | USF GLEBA 13 |
| 2616289 | ESF DA RIBEIRA |
| 7032994 | USB 325 IPIXUNA DO PARA |
| 9007814 | POSTO ARTUR DE ARAUJO |
| 9323589 | USF VILA GENESIO |
| 9319425 | NASF IPIXUNA DO PARA II |
| 9281754 | USF JOAO PAULO II |
| 9312781 | UBS RESIDENCIAL CUNHA |

Fonte: SCNES

Comentário Técnico:

A estrutura física do sistema de saúde municipal atende uma população de 62.237 habitantes (estimativa 2017/IBGE). Totalizam 24 unidades públicas, onde aproximadamente 85% são próprios. A rede de saúde tem o Hospital Santa Clara, a USF Vila Nova e a própria Secretaria de Saúde mantidos em prédios alugados, sendo que já existe uma UBS em construção pelo Requalifica em 50% de sua obra concluída, para a qual se aderiu ao projeto básico proposto pelo MS para UBS Tipo I. A mesma servirá para alocar a equipe de saúde que se encontra na USF Vila Nova, proporcionando ambiente digno e humanizado aos usuários e aos profissionais de saúde.

O laboratório que serve de suporte diagnóstico para a rede é contratualizado com o SUS.

Ressalta-se que muitos prédios são antigos. Foram construídos em lógicas de funcionamento da época. Muitos foram contemplados pelo Programa Requalifica UBS e sofreram readequações de reforma e também ampliação, que finalizaram no ano de 2015, necessitando agora de manutenção e novas adaptações ao novo modelo de saúde, principalmente as Unidades de Saúde da Família da Zona Rural.

Apesar de alugado, a sede da SMS funciona em prédio adequado com salas estruturadas para atender a demanda de trabalho e organização de saúde. Todos os estabelecimentos de saúde estão devidamente cadastrados no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e com equipes completas para um efetivo

funcionamento dos serviços de atenção.

Análise e Classificação Diagnóstica:

O município de Ipixuna do Pará vem buscando qualificar a estrutura física de suas unidades de saúde, seja através de substituição de prédios alugados que não atendiam as necessidades dos serviços, seja pela reforma ou pela inauguração de espaços que estavam com obras paradas em anos anteriores. A principal obra retomada pela gestão é a construção da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) municipal, que está com previsão de conclusão para o segundo semestre de 2018, o que irá qualificar a Rede Municipal de Urgência e Emergência.

Para os serviços de Atenção Básica a estrutura física em sua maioria encontra-se ainda necessitando de adequações para atender as normativas vigentes das políticas de saúde, verifica-se a necessidade de reforma, ampliação e qualificação de alguns prédios.

Classificado como relevante de média intervenção, nota 27.

Propostas de Gestão:

- Reforma e ampliação de unidades básicas de saúde existentes para atender a parâmetros mínimos de estabelecimentos de saúde.
- Conclusão da construção da UPA 24h de Ipixuna do Pará e implantação do serviço.
- Construção do prédio próprio para o Hospital Municipal de Ipixuna do Pará.

3.1.4.1.3. EQUIPAMENTOS

| Especificação/Equipamento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta |
|---|--------------|----------------------|-----------|--------|
| EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM | | | | |
| Raio X ate 100 mA | 1 | 1 | 100% | 1 |
| Raio X Dentario | 1 | 1 | 100% | 1 |
| Ultrassom Convencional | 1 | 1 | 33% | 1 |
| EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA | | | | |
| Controle Ambiental/Ar-condicionado Central | 91 | 91 | 100% | 91 |
| Grupo Gerador | 2 | 1 | 50% | 1 |
| EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA | | | | |
| Equipo Odontologico | 15 | 5 | 33% | 5 |
| Compressor Odontologico | 15 | 5 | 33% | 5 |
| Fotopolimerizador | 15 | 5 | 33% | 5 |
| Caneta de Alta Rotacao | 15 | 5 | 33% | 5 |

| | | | | |
|--|----|---|------|---|
| Caneta de Baixa Rotacao | 15 | 5 | 33% | 5 |
| Amalgamador | 15 | 5 | 33% | 5 |
| Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato | 15 | 5 | 33% | 5 |
| EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA | | | | |
| Desfibrilador | 2 | 1 | 50% | 1 |
| Monitor de Pressao Nao-Invasivo | 1 | 1 | 100% | 1 |
| Reanimador Pulmonar/AMBU | 3 | 3 | 100% | 3 |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS | | | | |
| Eletrocardiografo | 4 | 4 | 100% | 4 |
| EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS | | | | |
| Endoscopio Digestivo | 1 | 1 | 100% | 1 |
| OUTROS EQUIPAMENTOS | | | | |
| Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas Curtas | 1 | 1 | 100% | 1 |
| Aparelho de Eletroestimulacao | 1 | 1 | 100% | 1 |
| Forno de Bier | 1 | 1 | 100% | 1 |

Fonte: SCNES

Comentário Técnico:

Os equipamentos existentes e em funcionamento não suprem a necessidade de saúde da população no que diz respeito a diagnose de imagem, como o serviço de Ultrassonografia Convencional, o qual é insuficiente para atender a demanda local de acordo com os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde. Outra condição limitante é a amperagem do equipamento de RX que restringe a análise do exame foto revelado. Quanto ao RX odontológico, o mesmo encontra-se inativado por falta de manutenção adequada, obrigando a gestão local a referenciar seus pacientes.

O mesmo acontece com todos os demais serviços que não são executados no município por inviabilidade técnica e/ou financeira de aquisição de equipamentos e/ou disponibilização de serviços relativos, no entanto, faz necessário um estudo de viabilidade periódico para confirmar as informações.

Análise e Classificação Diagnóstica:

Faz-se necessário um levantamento imediato de demanda em termos de equipamentos a fim de suprir a necessidade de serviços da população local, o qual precisa ser feito através de reordenamento de dados advindos dos Sistemas de Informações de Saúde, de modo, a avaliar de maneira periódica a necessidade de equipamentos e conseqüente aumento da oferta de serviços.

Há a necessidade de atualização periódica de algumas informações do SCNES, pois dados de alguns equipamentos estão com informação

desatualizada, o que na prática dificulta o gerenciamento de informações por parte da gestão e impedem a demonstração via sistema de um cenário fidedigno quanto a realidade de informações relativas.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 8.

Propostas de Gestão:

- Levantamento periódico de informações para análise de demanda de equipamentos e oferta de serviços;
- Atualização imediata e periódica do SCNES;
- Política de manutenção preventiva e corretiva mais eficiente.

3.1.4.2. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Este trabalho é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM), nas Academias de Saúde e nos demais pontos da Atenção Básica.

O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamentou a Lei 8080/90 trouxe também a regulamentação da estrutura organizativa do SUS, bem como definiu que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade do serviço. Dentro dessas diretrizes a Atenção Básica se constitui como a principal porta de entrada do usuário ao acesso aos serviços de Saúde do SUS.

A Portaria nº 2436, aprovou a revisão da Política Nacional de Atenção Básica- PNAB, atualizando a regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se redefinições nas diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS. A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora

das ações e serviços disponibilizados na rede. Essa política trouxe um novo modelo da organização dos serviços de Atenção Básica, onde serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos na portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

Afim de dispor de um serviço de Saúde capaz de atender as necessidades de Saúde da população do município de Ipixuna do Pará de acordo com os princípios do SUS, o município nos longos dos tempos vem aumentando de forma gradativa os serviços de Saúde na Atenção Básica, passando de uma cobertura de ESF de 32,35% em 2012 com 5 equipes para 68,51% em 2017 com 12. Apesar de ter duplicado o número de equipes nos últimos anos, ainda muito precisa-se avançar no sentido de atender 100% da população de forma eficaz.

O município apresenta uma baixa densidade demográfica, com uma população concentrada na maioria na zona rural, característica demográfica que dificulta a população o acesso aos serviços de saúde. Para amenizar essas dificuldades a gestão municipal priorizou implantar equipes de saúde da família. Assim o município tem 12 equipes, sendo 04 na zona urbana e 08 na zona rural, distribuídas em diversas comunidades: Canaã, PA Enalco, Ribeira, Gleba 13, 2 no Distrito Novo Horizonte, São Pedro da Água Branca e Bacuri.

Além das equipes de estratégias Saúde da Família, a atenção básica do município dispõe do apoio matricial de outras equipes como NASF, Equipe de Saúde Bucal, Equipe de ACS, unidade odontológica móvel, laboratório de prótese dentária e unidade básica de saúde, estando em processo de habilitação pelo ministério a implantação de uma academia em saúde, uma equipe de NASF e mais duas ESF.

Estrutura da Atenção Básica

| Nº | Especificação | Necessidades a ser preenchido para o plano | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Observações |
|-----------------------|---|--|----------------------|---------------------|--------|---|
| Atenção Básica | | | | | | |
| | Unidade Operacional (Coordenação Geral) | 1 | 1 | 100% | 1 | As Coordenações são gerenciadas por uma |

| | | | | | | |
|--|--|-----|----|--------|----|--|
| | Coordenações Vinculadas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde da Mulher ▪ Saúde do Homem ▪ Saúde da Criança ▪ Saúde do Idoso ▪ Saúde do Adolescente ▪ ESF/EACS ▪ PSE ▪ Telessaúde ▪ Vigilância Alimentar e Nutricional | | | | | Coordenadora, exceto a do Programa Saúde na Escola e Vigilância Alimentar e Nutricional. |
| | Unidade Básica de Saúde | - | 1 | 100% | 1 | 3 Equipes de Estratégias estão em processo de habilitação |
| | Equipe de Saúde da Família - Tradicional | 26 | 12 | 68,51% | 12 | |
| | Equipe de Saúde Bucal – Mod. I | 26 | 3 | 22% | 3 | |
| | EACS | 171 | 80 | 46,78% | 80 | Há 57 ACS habilitado pelo ministério aguardando realização de processo seletivo. |
| | NASF – Mod. I | 2 | 2 | 100% | 2 | - |
| | Academia de Saúde – Mod. Ampliada | 1 | 1 | 100% | 1 | Aguardando habilitação pelo Ministério |
| | UOM | 1 | 1 | 100% | 1 | |
| | LPD1 | 1 | 1 | 100% | 1 | |
| | Posto de Saúde | 3 | 3 | 100% | 3 | |

Fonte: e-SUS / SISAB / SCNES / DAB

Comentário Técnico:

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria Nº 2436/2017, é a principal referência para os parâmetros e informações para a organização da Atenção Básica (AB).

O município de Ipixuna do Pará possui uma população de 60.433 mil habitantes (estimativa 2017), desta forma, tendo como teto preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) para implantação de serviços da AB, uma totalidade de 26 Equipes de Saúde da Família (ESF), 171 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 26 Equipes de Saúde Bucal (ESB), duas Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma Academia da Saúde.

Atualmente, apresentamos uma cobertura de 68,51% de ESF's, totalizando 12 equipes, distribuídas em três na área urbana e sete na área rural. A cobertura de ESB é de 22%, totalizando três equipes, sendo uma equipe na área urbana, duas na área rural e uma Unidade Odontológica Móvel (UOM). A cobertura de Estratégia de Agentes Comunitárias de Saúde (EACS) é de 46,78%, totalizando 80 ACS, distribuídos 56 na área rural e 24 na área urbana.

Para atender a população das áreas descobertas do município, temos como suporte dois Postos de Saúde localizados na área rural e um Centro de Saúde na área urbana que desenvolvem suas atividades de promoção e prevenção à saúde da população. Temos ainda, duas equipes de NASF, o Programa Saúde na Escola (PSE) que abrange as 63 escolas distribuídas no território do município e um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

Análise e classificação diagnóstica:

Ao analisar verifica-se que há uma grande necessidade de descentralização e expansão das equipes de Atenção básica, uma vez que a maioria da população do município fica localizada na zona rural e assim garantir acesso a toda população aos serviços de saúde. As unidades já existentes precisam ser reformadas uma vez que algumas unidades foram reformadas e ampliadas com os recursos do Programa do requalifica em 2014/2015 e segundo o termo de compromisso assinado pelo gestor na época as mesmas deveriam passar por reforma a cada dois anos. O município além da necessidade de expandir a cobertura deESFs, também programa realizar processo seletivo para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e implantar mais uma equipe de NASF.

A ampliação de acesso aos serviços da atenção básica com qualidade e em tempo oportuno configura-se como desafio a ser superado. **O problema foi Classificado como de execução permanente e de baixa intervenção, atribuindo nota 18.**

Proposta da gestão:

- Construção de Unidades de Saúde para implantação de equipes de Atenção Básica
- Expansão de Equipes de Saúde Bucal
- Realização de Processo seletivo para ACS
- Implantação de mais uma equipe de NASF
- Reforma das unidades de Saúde já construídas.

3.1.4.3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Além disso, integra diversas áreas de conhecimento e

aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí, a vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.

| Nº | Especificação | Necessidades a ser preenchido para o plano regional. | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Observações |
|----------------------------------|--|--|----------------------|---------------------|--------|---|
| Vigilância em Saúde | | | | | | |
| | Coordenação Descentralizada | 1 | 1 | 100% | 1 | |
| Vigilância Epidemiológica | | | | | | |
| | Coordenação Descentralizada | - | - | - | - | A Coordenação da Vigilância Epidemiológica e de suas sub divisões é feita pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde, exceto os setores de CTA, Controle de Endemias e Zoonoses que possuem Coordenadores específicos. |
| | Notificação de Agravos | | | | | |
| | Unidades Notificantes | 14 | 14 | 100% | 14 | |
| | Vigilância do Óbito | | | | | |
| | Unidades Notificantes | 13 | 13 | 100% | 13 | |
| | Vigilância de Nascidos Vivos | | | | | |
| | Unidades Notificantes | 13 | 13 | 100% | 13 | |
| | Imunização | | | | | |
| | Rede de Frio (Imunobiológicos) | 1 | 1 | 100% | 1 | |
| | Salas de Vacina | 12 | 8 | 66,7% | 8 | |
| | Controle de Endemias | | | | | |
| | Nº de Agentes de Controle de Endemias | 16 | 16 | 100% | 16 | |
| | Laboratório de Base para Diagnóstico (Malária, Doença de Chagas e LTA) | 1 | 1 | 100% | 1 | |
| | Controle de Zoonoses | 1 | 1 | 100% | 1 | |
| | Controle de Hanseníase | | | | | |
| | Unidade de apoio ao Paciente | 13 | 13 | 100% | 13 | |
| | Controle da Tuberculose | | | | | |
| | Unidade de apoio ao Paciente | 13 | 13 | 100% | 13 | |
| | Controle de IST/AIDS e Hepatites | | | | | |
| | Unidade de apoio ao Paciente | 13 | 13 | 100% | 13 | |
| | CTA / SAE | 1 | - | 0% | - | |
| Vigilância Sanitária | | | | | | |
| | Coordenação Descentralizada | 1 | 1 | 100% | 1 | |
| | Nº de Fiscais Sanitários | 2 | 2 | 100% | 2 | |
| | Controle de Qualidade de Alimentos | | | | | |
| | Controle de Drogas e Medicamentos | | | | | |
| | Controle de Serviços e Estabelecimentos | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|----|----|------|----|---|
| | Controle de Infecção Hospitalar | | | | | |
| | Nº de CCIH Implantadas | 1 | 1 | 100% | 1 | |
| | Vigilância em Saúde Ambiental | | | | | |
| | Coordenação Descentralizada | 1 | 1 | 100% | 1 | O município possui Coordenação Específica de Vigilância em Saúde Ambiental, que também responde pelas subcoordenações. |
| | Controle de Qualidade da Água | | | | | |
| | Controle de Qualidade do Solo | | | | | |
| | Controle de Qualidade do Ar | | | | | |
| | Controle de Exposição de Pessoas a Agrotóxicos | | | | | |
| | Unidades Notificantes | 13 | 13 | 100% | 13 | |
| | Vigilância em Saúde do Trabalhador | | | | | |
| | Coordenação Descentralizada | 1 | - | 0% | - | O município não possui Coordenação Específica de Vigilância em Saúde do Trabalhador, parte das ações são executadas pela Vigilância Epidemiológica. |
| | Unidades Notificantes | 13 | 13 | 100% | 13 | |

FONTE: SMS

3.1.4.3.1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

No município de Ipixuna do Pará esta coordenação possui agregada às suas ações a maior parte dos programas da Vigilância em Saúde, tais como: Imunização, Vigilância do Óbito e Nascidos Vivos, Controle de Endemias, IST e Hepatites Virais, Hanseníase e Tuberculose entre outros, no entanto, a sua descentralização de gerência tornasse necessária em virtude do seu imenso campo de atuação dentro do contexto da saúde pública, razão pela qual ocorre a fragmentação no município.

Mediante o exposto no perfil epidemiológico deste plano, a Vigilância Epidemiológica local tem desenvolvido suas atividades de forma regular, no sentido de monitorar e informar aos setores de interesse da gestão da saúde possíveis variações de comportamentos nos perfis de adoecimento e mortalidade que possam exigir das autoridades sanitárias medidas que intervenham em determinada situação, a fim de interromper a ocorrência ou a continuidade de dado agravo.

Essas ações funcionam de forma articulada com todos os estabelecimentos de saúde do município, os quais funcionam como unidades notificadoras e de alerta à todos os agravos e problemas de saúde de interesse da Vigilância Epidemiológica.

3.1.4.3.2. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

No município a Vigilância Sanitária está alocada em uma gerência descentralizada composta por dois agentes de fiscalização e de um médico veterinário (coordenador). São executadas as atividades de controle da qualidade dos alimentos, da qualidade dos medicamentos, da infecção hospitalar, do exercício profissional, dos serviços oferecidos à comunidade e no recebimento/atendimento de denúncias.

A equipe não está sendo suficiente para atender o número de estabelecimentos existentes e demais demandas no município, considerando que temos além da sede dois distritos grandes (**Canaã e Novo Horizonte**). No mais essa equipe é a mesma que executa as ações de controle das **zoonoses**.

3.1.4.3.3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

A Vigilância em Saúde Ambiental é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

No município de Ipixuna do Pará, o sistema de abastecimento de água da população é composto de 87 Soluções alternativas Coletivas – SAC, sendo 17 na área urbana e 70 na área rural, o que demanda a necessidade de coletas de amostras de água mensais, para análise da qualidade da água de consumo humano.

Outras peculiaridades deste município são: Primeiro, a existência de 02 grandes áreas de exploração mineral, o que potencializa a necessidade da vigilância sobre possíveis mecanismos de contaminação do meio ambiente, e que, por

consequente podem causar danos à saúde das pessoas que ficam expostas nessas áreas.

Segundo, o agronegócio e a pecuária são os principais setores da economia do município, por isso ocupam grandes áreas que utilizam agrotóxicos, para o controle de pragas, ervas e microrganismos, mas que colocam em risco a saúde de trabalhadores e moradores circunvizinhos.

Portanto, a partir do ano de 2017, a Secretaria Municipal de Saúde sentiu a necessidade de implantar e efetivar as ações da Vigilância em Saúde Ambiental – VISAMB, compondo em seu organograma uma Coordenação específica, com gerência técnica, inicialmente, sobre os Programas VIGIAGUA, VIGISOLO e VSPEA, com a finalidade de promover a saúde com melhor qualidade de vida da população.

A Coordenação da VISAMB funciona no 2º piso da Secretaria de Saúde, em espaço físico compartilhado com a Vigilância Sanitária e Zoonoses, dispõe de escrivaninha, cadeiras e armário. Sendo a mesma constituída somente pelo Coordenador, que executa todas as atividades da VISAMB, tanto nos serviços burocráticos, operacionalização de sistemas (SISAGUA, SISOLO e GAL), quanto nas atividades gerais de campo.

As principais atividades executadas pela VISAMB são:

- Cadastro/atualização de sistemas de abastecimento de água;
- Cadastro/atualização de áreas e populações expostas a solo contaminado;
- Cadastro/atualização de áreas e populações expostas a agrotóxico;
- Coleta de amostras de água de consumo humano para análise laboratorial (VIGIAGUA e VSPEA).
- Entrega das amostras de água coletadas no Laboratório Central do Estado – LACEN/PA.
- Monitoramento, inspeção, supervisão de locais e áreas onde estão sendo executadas as ações da VISAMB.
- Palestras educativas para profissionais de saúde e população sobre a importância da VISAMB na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Para a realizações dessas atividades a principal dificuldade está na disponibilidade irregular de transporte, o que prejudicou o cumprimento das metas estabelecidas pelos Programas Nacionais da VISAMB.

2.3. ATIVIDADES REALIZADAS

- Cadastro de Formas de Abastecimento de Água – SAC

| Meta Anual | Realizado | % |
|------------|-----------|------------|
| 86 | 87 | 101 |

- Coleta de Amostras de Água de SAC para Análise Laboratorial

| Meta Anual | Realizado | % |
|------------|------------|-------------|
| 432 | 123 | 28,5 |

- Resultado das Análises Laboratoriais Realizadas pelo LACEN/PA

| SAC Analisadas | Resultado das Análises | | | | | | | |
|-------------------|------------------------|----------------|-------------------|-----------|------------------|------------|---------------|----------------|
| | Físico-Química | | Microbiológica | | | | Organoléptica | |
| | Cloro Livre | | Coliformes Totais | | Escherichia Coli | | Turbidez | |
| | Satisfatório | Insatisfatório | Presente | Ausente | Presente | Ausente | Satisfatório | Insatisfatório |
| 123 | 0 | 123 | 68 | 55 | 12 | 111 | 122 | 1 |

OBS: As análises de Cloro Livre são insatisfatórias em descumprimento ao Artigo nº 24 da Portaria 2914/MS.

- Cadastro de Áreas para Monitoramento de Agrotóxicos

| Meta Anual | Realizado | % |
|------------|-----------|-------------|
| 12 | 02 | 16,7 |

- Coleta de Amostras de Água para Análise Laboratorial de Agrotóxicos

| Meta Anual | Realizado | % |
|------------|-----------|------------|
| 8 | 8 | 100 |

- Cadastro de Áreas com Suspeita de Contaminação de Solo

| Nome da Área | | | | | | |
|--------------|-----------|----------|-----------------------|------------------|-----------|-----------------|
| Mineradora | Cemitério | Lixão | Posto de Combustíveis | Oficina Mecânica | Lava Jato | Casa de Farinha |
| 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 0 |

3.1.4.3.4. VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Constitui a área da vigilância à saúde que realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Sua política no Brasil tem a execução pautada pelo SUS conforme disposto no inciso V do art. 16 da Lei nº 8.080/90: “compete ao SUS participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador”, alinhando-a às demais políticas existentes e implementando-a em todos os níveis de atenção do SUS.

Sua abordagem busca superar a saúde ocupacional e a medicina do trabalho, pois além da medicina e engenharia de segurança, inclui outras disciplinas: a epidemiologia, a administração e planejamento em saúde e as ciências sociais em saúde.

Entendemos que o processo saúde-doença dos trabalhadores tem relação direta com o seu trabalho; e não deve ser reduzido a uma relação monocausal entre doença e um agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de riscos (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), presentes no ambiente de trabalho. Saúde e doença estão condicionados e determinados pelas condições de vida das pessoas e são expressos entre os trabalhadores também pelo modo como vivenciam as condições, os processos e os ambientes em que trabalham.

Por tais motivos é que a atuação da área de Saúde do Trabalhador ultrapassa os limites do SUS e deve ser realizada necessariamente em conjunto com outras áreas do poder público, com a cooperação da sociedade e dos próprios trabalhadores organizados pois estes são os que conhecem de fato seu trabalho e os riscos a que estão submetidos.

Comentário Técnico:

O município de Ipixuna do Pará é composto pela coordenação de vigilância em saúde que se subdivide em: Vigilância Epidemiológica, Endemias, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Zoonoses e Imunização.

Das 08 salas de vacina implantadas no município, todas estão com equipamento de informática, porém, sem acesso a internet. Algumas salas precisam de melhorias na estrutura física e capacitação dos profissionais atuantes.

Fortalecer a integração entre os setores da saúde; padronização do fluxo de atendimento e referencia dos casos que não podem ser acompanhados no município.

As atividades de vigilância sanitária são desenvolvidas com base em leis federais e estaduais, pois ainda não possuímos Código Sanitário. Nossas ações são sempre voltadas para a prevenção, visando o bem estar da comunidade, através de procedimentos que impeçam o aparecimento de fatores que possibilitem ou favoreçam condições propícias ao surgimento de agentes nocivos à saúde.

Atualmente, Ipixuna do Pará tem apresentado um quadro que indica subnotificações e baixa implementação da política de saúde do trabalhador, constituindo um dos itens a serem aprimorados na rede de atenção à saúde do município.

Análise e classificação diagnóstica:

A Vigilância em saúde em todas as suas coordenações tem um papel de extrema relevância na saúde pública, desde o processo de construção da Análise Situacional de Saúde, subsidiando aporte técnico para elaboração de políticas públicas, permeia também no processo de promoção e prevenção da saúde. Garantir sua estrutura física e operacional reflete na execução eficaz das atividades no município.

Classificado como Relevante média intervenção, nota 27.

Proposta da gestão:

- Implantação do CTA- SAE;
- Fortalecimento das ações de vigilância do óbito;
- Ampliação da Rede de Imunização;
- Capacitação dos Profissionais quando a rotina de vigilância em saúde;
- Fortalecimento das ações de vigilância ambiental, através de melhoria de estrutura operacional para coleta de água e vigilância das intoxicações exógenas;
- Fortalecimento das ações de Vigilância Sanitária e Ambiental, através de melhoria da estrutura, subsídios para realização das campanhas, ações e vistoria nos estabelecimentos municipais;
- Estruturação da Vigilância em Saúde do Trabalhador e implementação das atividades inerentes;
- Criação do Código Sanitário Municipal;

3.1.4.4. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

| Nº | Especificação | Necessidades a ser preenchido para o plano regional. | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Observações |
|------------------------------|--|--|----------------------|---------------------|--------|-------------------------|
| Atenção Especializada | | | | | | |
| | Laboratório Municipal de Análises Clínicas | 1 | 1 | 100% | 1 | Unidade Descentralizada |

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|------|---|-------------------------|
| | Clínica de Reabilitação/Fisioterapia | 1 | 1 | 100% | 1 | Unidade Descentralizada |
|--|--------------------------------------|---|---|------|---|-------------------------|

Tabela – Demonstrativo de especialidades médicas ofertadas

| Especialidade | Quantidade |
|------------------|------------|
| Clínico Geral | 2 |
| Anestesista | 1 |
| Endocrinologista | 1 |
| Pediatria | 1 |
| Urologista | 1 |

Fonte: SCNES

Tabela – Demonstrativo de especialidades diagnósticas, ambulatoriais e cirúrgicas ofertadas

| Especialidade | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|--|--------------|----------------------|-----------|--------|---|---------------------|
| | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| Coleta de material | 1 | 1 | 100% | 1 | - | - |
| Diagnóstico em laboratório clínico | 1 | 1 | 100% | 1 | Ananindeua, Belém, Paragominas | - |
| Diagnóstico por radiologia | 1 | 1 | 100% | 1 | Belém, Castanhal, Paragominas | - |
| Diagnóstico por ultrassonografia | 1 | 1 | 100% | 1 | Belém, Castanhal | - |
| Diagnóstico em Vigilância Epidemiológica e Ambiental | 1 | 1 | 100% | 1 | Belém | - |
| Métodos diagnósticos em especialidades | 1 | 1 | 100% | 1 | Belém, Castanhal, Paragominas | - |
| Bucomaxilofacial | 1 | 1 | 100% | 1 | Belém | - |
| Fisioterapia | 1 | 1 | 100% | 1 | Belém | - |
| Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa | 1 | 1 | 100% | 1 | - | - |
| | | | | | | |

Fonte: SMS

Comentário Técnico:

A Rede de Atenção Especializada do município de Ipixuna do Pará funciona de forma estruturada e com oferta regular de serviços na sua rede local aliada a uma retaguarda suficiente dentro da rede referenciada, exceto pelas demandas

ambulatoriais de psiquiatria e infectologia, que não suprem a necessidade atual. A rede intra e extramunicipal dispõem de uma boa gama de serviços, tanto da parte de consultas especializadas, quanto da dos demais procedimentos de média e alta complexidade, pelas quais se busca a integralidade da atenção ao paciente do próprio município e dos demais com quem se tem pactuação, atendendo assim a completude do atendimento desde o admissão do usuário nas portas de entrada da rede até a sua possível cura nos níveis superiores de atenção à saúde.

A disponibilização dos serviços especializados é feita com base na demanda de cotas específicas para cada especialidade, as quais são ofertadas aos usuários através da Central de Regulação Municipal, que faz o controle de fluxo externo de maneira digital com o auxílio do Sistema de Informações de Regulação (SISREG) e o controle interno de maneira manual com o auxílio de formulários e planilhas específicas, com a exceção dos procedimentos internos do Hospital Municipal Santa Clara, os quais são geridos pela própria administração do estabelecimento.

Análise e classificação diagnóstica:

Apesar da boa oferta de serviços disponíveis para os usuários atendidos no município, é perceptível alguns problemas quanto ao gerenciamento dos fluxos de acesso e suas informações correlacionadas.

A deficiência na gestão de cotas e a dificuldade de atendimento por parte de municípios executores são hoje um enorme entrave na qualidade dos serviços especializados no município, onde o custeio relativamente alto da rede não é suficiente para atender de maneira oportuna as necessidades dos usuários, os quais precisam esperar muitos dias e até meses por procedimentos já pactuados.

Faz-se necessário que a Coordenação de Regulação, Controle e Avaliação faça um redimensionamento imediato de toda sua rede de serviço especializado, avaliando toda a sua demanda de serviços, tanto os da rede local, como os da rede referenciada, de modo a otimizar de maneira quantitativa e qualitativa tudo o que se gasta com serviços especializados no município, para que dessa forma sejam feitos os realinhamentos necessários visando a melhoria na oferta e qualidade do atendimento nesse nível de atenção.

Um ponto fundamental para esse processo é a informatização de dados relativos, os quais são feitos com a demanda externa, porém de maneira deficitária, a expansão da rede de capilaridade do SISREG para todas as unidades de saúde do município, aliada a integração com outros sistemas de informação de saúde de

interesse (Ex. E-Sus), é uma excelente alternativa para melhorar de maneira geral a qualidade das informações de acesso, porém, faz-se necessário melhorar também os processos de trabalho de regulação de uma maneira amplificada, haja vista, que o SISREG apresenta alguns problemas quanto a fidedignidade das informações atuais.

Classificado como Relevante média intervenção, nota 45.

Proposta da gestão:

- Reordenamento dos processos de trabalho da Regulação, Controle e Avaliação de maneira geral e ampliada;
- Realinhamento de todas as cotas físicas e financeiras do teto de consultas e procedimentos especializados, tantos o da rede local, como da rede referenciada;
- Implementar de maneira oficial projeto de repactuação de procedimentos junto a municípios executores e possíveis solicitantes de acordo com as necessidades e interesse locais;
- Ampliação da rede informatizada de capilaridade do SISREG para todas unidades de saúde do município.

3.1.4.5. ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Como definido pelo Ministério da Saúde esse nível de atenção tem a finalidade de articular e integrar todos os instrumentos de saúde específicos com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

O município possui uma estrutura básica com unidades e serviços pontuais que atendem integralmente a necessidade da população nesse fundamento, sendo que a mesma funciona de forma integrada com outras unidades de suporte avançado localizadas em municípios de referências dentro e fora da região de saúde ou na capital do estado, locais estes onde são prestados o atendimento suplementar de urgência e emergência às necessidades de saúde do usuário não contempladas no município.

Tabela – Demonstrativo de rede física de atenção especializada

| Nº | Especificação | Necessidades a ser preenchido para o plano regional. | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Observações |
|------------------------------|---|--|----------------------|---------------------|--------|-------------|
| Atenção Especializada | | | | | | |
| | Hospital Geral | 1 | 1 | 100% | 1 | |
| | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) | 1 | 1 | 100% | 1 | |

3.1.4.5.1. HOSPITAL GERAL

O hospital municipal funciona de maneira contínua com atendimento de 24 horas (inclusive durante sábados, domingos e feriados), onde são realizados procedimentos diversos ambulatoriais, hospitalares e de diagnóstico, internações e cirurgias simples como suturas, partos normais, laqueaduras e outros. Sua clientela é em média 80% de demanda local e 20% de demanda advinda de municípios circunvizinhos.

Quadro 03 – Demonstrativo da estrutura físicas e serviços existentes

INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA ASSISTÊNCIA

| INSTALAÇÃO | QTDE./CONSULTÓRIO | LEITOS/EQUIPAMENTOS | INSTALAÇÃO | QTDE./CONSULTÓRIO | LEITOS/EQUIPAMENTOS |
|-------------------------------|-------------------|---------------------|--|-------------------|---------------------|
| <u>AMBULATORIAL</u> | | | <u>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</u> | | |
| SALA DE CURATIVO | 1 | 0 | CONSULTÓRIOS MEDICOS | 3 | 0 |
| <u>HOSPITALAR</u> | | | SALA DE CURATIVO | 1 | 0 |
| SALA DE RECUPERAÇÃO | 1 | 1 | SALA DE HIGIENIZAÇÃO | 1 | 0 |
| LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO | 1 | 7 | SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO | 2 | 8 |
| SALA DE CIRURGIA | 1 | 0 | SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZAÇÃO | 1 | 1 |
| SALA DE CIRURGIA | 1 | 0 | SALA PEQUENA CIRURGIA | 1 | 0 |
| SALA DE PRE-PARTO | 1 | 3 | SALA DE GESSO | 1 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SALA DE PARTO NORMAL | 1 | 0 | SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO | 2 | 0 |
| SALA DE CURETAGEM | 1 | 0 | | | |
| SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL | 1 | 0 | | | |
| SERVIÇOS DE APOIO | | | SERVIÇOS ESPECIALIZADOS | | |
| SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS | | | SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA | | |
| S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente) | | | SERVICO DE REABILITACAO | | |
| NECROTARIO | | | SERVICO DE FARMACIA | | |
| LAVANDERIA | | | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS | | |
| LACTARIO | | | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO | | |
| CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS | | | SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO | | |
| | | | SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO | | |
| Comissões e Outros | | | | | |
| REVISAO DE PRONTUARIOS | | | | | |
| CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR | | | | | |

Fonte: SCNES

Tabela 38 – Demonstrativo de quantitativo e tipo de leitos existentes

| Tipo de Leito | Quantidade |
|-----------------------------------|------------|
| CIRURGIA GERAL | 16 |
| CLINICA GERAL | 20 |
| CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO | 2 |
| OBSTETRICIA CIRURGICA | 3 |
| OBSTETRICIA CLINICA | 4 |
| PEDIATRIA CLINICA | 9 |
| PEDIATRIA CIRURGICA | 1 |

Fonte: SCNES

Comentário Técnico:

O Hospital Municipal Santa Clara possui uma estrutura física arrendada. Porém a mesma possui alguns problemas relacionados à sua infraestrutura, não havendo espaço em sua área suficiente para ampliação das salas e serviços. Por consequência tem diminuída a oferta de serviços prestados, bem como, interferência direta na rotina do espaço dificultando a adoção ou implantação de protocolos e processos de trabalhos de acordo com a legislação vigente.

Algumas informações constantes no SCNES sobre equipamentos estão em desatualização de registros e impedem que a gestão possua informações relativas reais e oportunas.

Análise e classificação diagnóstica:

A restrição de espaço tem diminuído consideravelmente a capacidade operativa do estabelecimento, fator que tem provocado um êxodo de procedimentos para fora do município.

A deficiência na estrutura impede a adoção de práticas corretas quanto aos protocolos de âmbito hospitalar, fato que interferem diretamente na qualidade dos serviços prestados no local.

A falta de informações atualizadas sobre o estabelecimento dificulta o planejamento e a tomada de decisões por parte da gestão, bem como, permitem aos órgãos externos uma avaliação equivocada da estrutura do hospital.

Classificado como Relevante média intervenção, nota 45.

Proposta da gestão:

- Construção do Hospital Municipal;
- Ampliação do escopo de cirurgias;
- Reordenação de alas e setores internos do hospital;
- Implementação e readequação de protocolos clínicos e administrativos em nível hospitalar;
- Atualização periódica das informações do hospital no SCNES

3.1.4.5.2. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Ipixuna do Pará ainda não conta com serviço de atenção domiciliar abrangente. Ele é realizado eventualmente pelas equipes de saúde da família do município, que tem caminhado com projeto de implantação do Programa Melhor em Casa.

A Atenção Domiciliar (AD) é uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde.

Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado com menos frequência, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da

Família/Atenção Básica de sua referência. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas equipes multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa.

A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

Comentário Técnico:

O Serviço de Atendimento Domiciliar, por meio do programa Melhor em Casa, é composto por diversos profissionais da saúde, que realizam atendimento no domicílio das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mais intensivos. O acesso ao SAD é geralmente feito no hospital em que o usuário estiver internado ou ainda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O município de Ipixuna ainda não dispõe do serviço de Atenção domiciliar, porém identifica a grande necessidade de implantação do serviço uma vez que devido a localização geográfica, as margens de uma Rodovia, ocorre muitos acidentes por veículos, levando a um grande número de internações hospitalares por causas externas.

Análise e classificação diagnóstica:

A implantação do serviço de Atenção Domiciliar possibilitará ao município proporcionar uma atenção integral ao usuários, diminuindo o número de pacientes hospitalizados. Diante disso classificou-se o **problema como relevante de baixa intervenção, atribuindo nota 45.**

Proposta da gestão:

- Garantir o cuidado integral ao usuário
- Ampliar os serviços de saúde
- Garantir ao usuário o acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno e com equidade
- Implantar o Programa Melhor em Casa

O SAMU de Ipixuna do Pará, identificado no CNES como USB 325 IPIXUNA DO PARA, faz parte de uma rede macrorregional de urgência e emergência composta por 38 municípios adistrito, a qual tem como objetivo prestar socorro imediato a pacientes que necessitem de suporte diferenciado durante o resgate.

O serviço acessado por telefone através do número 192 é acionado por uma central de regulação das urgências, a qual fica no município de Capanema.

O município possui uma Unidade de Suporte Básico de Vida (ambulância) equipada com recursos necessários para resgate de acordo com as normas padrões do Ministério da Saúde, e funciona 24 horas por dia, contando com uma equipe especializada de socorristas composta por 01 enfermeiro (Coordenador), 05 técnicos em enfermagem e 05 condutores socorristas, os quais trabalham em escala de plantões subsequentes.

Os atendimentos do SAMU são divididos de duas formas: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe de suporte básico de vida terrestre e Transporte inter-hospitalar pela unidade de suporte básico de vida terrestre.

Tabela 40 - Quantitativo e percentual de atendimentos do SAMU 192 (suporte básico) segundo tipo de procedimento e ano.

| Procedimento | 2017 | % |
|--|------------|---------------|
| Atendimento pré-hospitalar movel realizado pela equipe de suporte basico de vida terrestre | 204 | 80,0 |
| Transporte inter-hospitalar pela unidade de suporte basico de vida terrestre | 51 | 20,0 |
| Total | 255 | 100,00 |

Fonte: TabNet DATASU

Comentário Técnico:

O serviço funciona de forma regular sem grandes problemas quanto a estrutura. Quanto ao veículo, adquirido em 2012, o mesmo vem apresentando cada vez mais frequente a necessidade de baixa no sistema para manutenção corretiva. Salientamos que os custos tem aumentado em demasia com a mesma, que já não se mantém apenas com a manutenção preventiva.

O município foi contemplado com uma Unidade de Suporte Avançado (USA), a qual foi alocada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência, porém, ainda se encontra desabilitada e sem uso devido. Em virtude do elevado custo de manutenção, o veículo USA será devolvido ao

Governo Federal com manutenção e documentação em dias, mediante trâmites legais para esta ação.

Análise e classificação diagnóstica:

Considerando o número de acionamentos pela central de regulação e as ações locais desenvolvidas pelo SAMU, a ESB supri adequadamente as necessidades previstas para o programa. Em vistas ao desgaste do veículo USB proveniente do uso e do tempo, faz-se necessária a substituição do mesmo para que não haja interrupção importante dos serviços essenciais.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 12.

Proposta da gestão:

- Prover substituição permanente do veículo por meio de pleito junto ao Ministério da Saúde e/ou emendas parlamentares.
- Devolução da USA ao MS.

3.1.4.6. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Constituição Federal diz que 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. (BRASIL, 1988, p. 154)

Diante desse contexto a Assistência Farmacêutica também tem uma importância fundamental na garantia do direito à saúde, uma vez que a AF é entendida como o 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, objetiva a melhoria da qualidade de vida da população com diminuição dos riscos da utilização inadequada de medicações (BRASIL 2004 e 2006).

A assistência farmacêutica no SUS é dividida em três componentes: básico, especializado e estratégico.

Os medicamentos que fazem parte da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica são financiados pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. De acordo com a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, a partida federal é de R\$ 5,10/habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de no

mínimo R\$ 2,36/habitante/ano cada, sendo que esses recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes na Rename vigente. Também podem ser comprados com esses recursos, os medicamentos fitoterápicos estabelecidos na RENAME, matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição. Um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das Farmácias do SUS, e qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à Assistência Farmacêutica Básica.

No âmbito do Componente Básico, além do repasse financeiro aos estados e/ou municípios, o Ministério da Saúde também é responsável pela aquisição e distribuição das Insulinas Humanas NPH e Regular (frascos de 10 ml) e dos Contraceptivos orais e injetáveis, além do DIU e Diafragma. As insulinas e os contraceptivos são entregues nos Almoarifados de Medicamentos dos Estados, a quem compete distribuí-los aos municípios. Os municípios das capitais e os grandes municípios brasileiros, com população maior que 500 mil habitantes, recebem os contraceptivos diretamente dos fornecedores contratados pelo Ministério da Saúde.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS.

Constituem Programas Estratégicos de Saúde e os agravos atendidos: Controle da Tuberculose; Controle da Hanseníase; Controle do Tabagismo; Endemias Focais; Influenza; HIV/AIDS; Prevenção de Deficiências Nutricionais; Sangue e Hemoderivados; Saúde da Criança. Estes programas são destinados ao tratamento dos seguintes agravos: Coagulopatias; Cólera; Dengue; Doença de Chagas; Doença Falciforme; Esquistossomose; Febre Maculosa; Filariose; Geo-helmintíases; Hanseníase; HIV/AIDS; Infecções Fúngicas Sistêmicas; Influenza; Leishmaniose (LTA e LV); Lúpus – Mieloma Múltiplo –Enxerto versus Hospedeiro; Malária; Meningite; Raiva; Tabagismo; Tracoma; Tuberculose; Prevenção de Deficiências Nutricionais; Prevenção da infecção pelo VSR; Outros - Imunizações (soros, vacinas e imunoglobulinas).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009 e, desde então, tem se consolidado como uma importante estratégia para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas no CEAF. Assim, os medicamentos e outras tecnologias em saúde necessárias para garantir a integralidade são definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) por meio das diferentes linhas de cuidado.

Nesse contexto, para atender as linhas de cuidado, torna-se fundamental a articulação entre as diferentes políticas de saúde, sejam elas no campo da Assistência Farmacêutica ou em outras áreas, como os outros serviços ambulatoriais e hospitalares. Fica evidente, portanto, que para atendimento integral das doenças do CEAF, é necessária uma interação entre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e a Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde (Renases).

Algumas evoluções ocorreram no âmbito da assistência farmacêutica, recentemente. O profissional farmacêutico participa ativamente no processo de aquisição de medicamentos e insumos, conduzindo este processo para uma necessidade mais fidedigna. O que resulta em maior regularidade no abastecimento de medicamentos e materias de consumo, devido à melhor programação destes.

A coordenação da assistência farmacêutica realiza periódicas visitas técnicas para monitoramento e avaliação das unidades dispensadoras de medicamentos nas unidades de saúde e Hospital Santa Clara.

Tabela 41 – Demonstrativo de rede física de assistência farmacêutica

| Nº | Especificação | Necessidades a ser preenchido para o plano regional. | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Observações |
|----|---|--|----------------------|---------------------|--------|-------------|
| | Central de Abastecimento Farmacêutico (Básico, estratégico e especializado) | 1 | 1 | 100% | 1 | |

| | | | | | |
|--|----|----|------|----|--|
| UDM de Assistência Farmacêutica Básica | 13 | 13 | 100% | 13 | |
|--|----|----|------|----|--|

Comentário Técnico:

A dispensação de medicamentos no município se dar através da Central de Abastecimento – CAF, que não acompanha as normativas da Anvisa, pois há apenas um compartimento para armazenamento de todos os componentes da AF e daí os medicamentos são distribuídos para as salas de dispensação nas UBS, USF e Hospital Municipal,. O município dispõe apenas de um profissional farmacêutico que fica responsável pela compra, recebimento e distribuição dos medicamentos para as unidades dispensadoras. Não há um profissional farmacêutico específico que acompanhe e oriente as equipes quanto ao uso racional do medicamento. Também não há implantado o sistema Hórus que facilite a gestão dos medicamentos.

Análise e classificação diagnóstica:

A APS foi pensada para ter capacidade resolutive de cerca de 80% das necessidades e dos problemas de saúde e é, muitas vezes, o principal meio de fornecimento de medicação gratuita à população. As USF, entretanto, não possuem o profissional farmacêutico como membro das Equipes. Tanto quanto é importante o profissional, como também é necessário que os medicamentos estejam armazenados de forma correta e em local adequado. As unidades dispensadoras do componente básico, precisam ser estruturadas de acordo com as normas do Ministério da Saúde. **O problema foi classificado como relevante de média intervenção.**

Proposta da gestão:

- Dispor de um profissional farmacêutico que acompanhe as equipes quanto ao uso racional dos medicamentos;
- Dispor de um local adequado de acordo com as normativas da Assistência Farmacêutica;
- Disponibilidade de veículo conforme necessidade, para logística da CAF;
- Inclusão da coordenação municipal de assistência farmacêutica no organograma da secretaria de saúde através de documento oficial.

- Estruturar as unidades dispensadoras do componente básico;
- Fortalecimento da educação continuada sobre uso racional de medicamentos;
- Contratação de mais profissionais farmacêuticos
- Implantar o sistema Hórus no CAF e nas unidades dispensadoras.

3.1.5. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A reorganização das práticas de saúde como preceito para que as equipes possam coordenar o cuidado nas redes de atenção deve ser estimulado em nível local, de modo que ela seja capaz de acompanhar o usuário durante todo o fluxo dentro do sistema de saúde até que a demanda seja sanada. A necessidade de organização dos serviços de saúde de uma forma que atenda a população de maneira mais eficaz criou a lógica das organizações de redes de atenção à saúde.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 4.279 de 30/12/2010 as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

3.1.5.1. REDE DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL – REDE CEGONHA (Atenção à gravidez, parto e puerpério)

Tabela 42 – Parâmetros Populacionais da Rede de Atenção Materno-Infantil

| POPULAÇÃO ALVO: | TOTAL 2015 |
|---|------------|
| Estimativa de total de gestantes | 634 |
| Gestantes de Risco Habitual | 539 |
| Gestantes de Alto Risco | 95 |
| Estimativa do número total de recém-nascidos | 634 |
| Estimativa do número total de crianças de 0 a 12 meses | 627 |
| Estimativa do número total de crianças de 12 a 24 meses | 621 |
| População feminina em idade fértil | 20.014 |

Fonte: SINASC / IBGE

Tabela 43 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para todas as gestantes.

| | |
|------------------|--|
| Nível de Atenção | AB - Atenção Básica / AAE - Atenção Ambulatorial Especializada |
|------------------|--|

| Especificação | Necessidades a ser preenchido para o plano | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | | |
|---|--|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|---|
| | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada | |
| Consulta médica (pré-natal) | 2.534 | 2.534 | 100% | 2.534 | - | - | |
| Consulta de puerpério | 634 | 634 | 100% | 634 | - | - | |
| Consulta de enfermagem | 1901 | 1901 | 100% | 1901 | - | - | |
| Consulta odontológica | 634 | 634 | 100% | 634 | - | - | |
| Ações educativas Unid/gestante | 2.534 | 2.534 | 100% | 2.534 | - | - | |
| Teste rápido de gravidez | 1.901 | 1.901 | 100% | 1.901 | - | - | |
| ABO | 634 | 634 | 100% | 634 | - | - | |
| Fator RH | 634 | 634 | 100% | 634 | - | - | |
| Teste Coombs indireto para RH negativo | 190 | 190 | 100% | 190 | - | - | |
| EAS | 1.267 | 1.267 | 100% | 1.267 | - | - | |
| Glicemias | 1.267 | 1.267 | 100% | 1.267 | - | - | |
| Dosagem proteinúria-fita reagente | 190 | 190 | 100% | 190 | - | - | |
| Hemograma completo | 1.267 | 1.267 | 100% | 1.267 | - | - | |
| Sorologia para toxoplasmose IGM e IgG | 634 | | | | Belém | - | |
| Sorologia para toxoplasmose IgM e IgG nas suscetíveis (45%) | 570 | | | | | - | |
| Sorologia para toxoplasmose (IGM) | 634 | | | | | - | |
| HBSAg | 634 | | | | | - | |
| Anti HBc | 634 | | | | | - | |
| Anti HCv | 634 | | | | | - | |
| Citomegalovirose IgM e IgG | 634 | | | | | - | |
| Citomegalovirose IgM e IgG nas suscetíveis (10%) | 127 | | | | | - | |
| HTLV 1 e 2 | 634 | | | | | - | |
| TSH | 634 | | | | | - | |
| Anti Trypanosoma cruzi IgG | 634 | | | | | - | |
| Anti-HIV1 e Anti-HIV2 (testes rápidos) | 1.901 | 1.901 | 100% | 1.901 | | - | - |
| Teste rápido de sífilis | 1.901 | 1.901 | 100% | 1.901 | | - | - |
| Eletrforese de hemoglobina | 634 | | | | | Belém | - |
| Ultrassom obstétrico | 634 | 634 | 100% | 634 | - | - | |
| Citopatológico cérvico-vaginal | 634 | 634 | 100% | 634 | Belém | - | |
| Teste de tolerância oral à glicose | 634 | 634 | 100% | 634 | | - | |
| Cultura de bactérias para identificação (urina) | 1.267 | | | | Não possui pactuação | - | |

Fonte: SINASC / SMS

Tabela 44 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para as gestantes de alto risco

| Nível de Atenção | AB - Atenção Básica / AAE - Atenção Ambulatorial Especializada | | | | | |
|--|--|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| Especificação | Necessidades a ser preenchido para o plano | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Consulta especializada obstétrica | 475 | - | - | - | Belém, Castanhal, Paragominas | - |
| Teste de tolerância à glicose | 95 | 95 | 100% | 95 | | - |
| ECG-Eletrocardiograma (30%) | 29 | 29 | 100% | 29 | - | - |
| Ultrassom obstétrico com Doppler | 95 | - | - | - | Belém | - |
| Ultrassom obstétrico | 190 | 190 | 100% | 190 | - | - |
| Tocardiografia ante-parto | 95 | - | - | - | Belém | - |
| Contagem de plaquetas (30%) | 29 | 29 | 100% | 29 | - | - |
| Dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico | 95 | 95 | 100% | 95 | - | - |
| Consulta psicossocial | 95 | 95 | 100% | 95 | - | - |
| Dosagem de proteínas | 95 | 95 | 100% | 95 | | - |

Fonte: SINASC / SMS

Tabela 45 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para crianças de 0 a 12 meses.

| Nível de Atenção | AB - Atenção Básica / AAE - Atenção Ambulatorial Especializada | | | | | |
|---|--|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| Procedimento | Necessidades a ser preenchido para o plano | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Visita domiciliar ao RN na primeira semana | 634 | 634 | 100% | 634 | - | - |
| Consulta médica para RN >2500 g | 1.731 | 1.731 | 100% | 1.731 | - | - |
| Consulta enfermagem para RN >2500 g | 2.308 | 2.308 | 100% | 2.308 | - | - |
| Consulta médica para RN <2500 g | 351 | 351 | 100% | 351 | - | - |
| Consulta enfermagem para RN <2500 g | 301 | 301 | 100% | 301 | - | - |
| Acompanhamento específico do RN egressos de UTI de até 24 meses | - | - | - | - | Atendimento garantido de acordo com a necessidade. | |
| Vacinação básica | - | - | - | - | Garantida através do Calendário Básico de Vacinação | |
| Teste do pezinho | 634 | 634 | 100% | 634 | - | - |
| Teste da orelhinha | 634 | 634 | 100% | 634 | - | - |
| Teste do olhinho | 2.509 | 2.509 | 100% | 2.509 | - | |

| | | | | | | |
|--|-------|-------|------|-------|--|---|
| Sulfato ferrosol | | 0 | 100% | 0 | Disponibilizado conforme a necessidade | |
| Vitamina A | | 0 | 100% | 0 | | |
| Consulta odontológica | 1.255 | 1.255 | 100% | 1.255 | - | - |
| Exames (apoio diagnóstico e terapêutico) | 0 | 0 | 100% | 0 | - | - |
| Consultas de especialidades | 0 | 0 | 100% | 0 | - | - |
| Consulta /atendimentos de reabilitação | 0 | 0 | 100% | 0 | - | - |
| Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças menores de 1 ano. | 1.255 | 1.255 | 100% | 1.255 | - | - |

Fonte: SINASC / SMS

Tabela 46 - Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materno-Infantil para crianças de 12 a 24 meses.

| Nível de Atenção | AB - Atenção Básica / AAE - Atenção Ambulatorial Especializada | | | | | |
|---|--|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| Procedimento | Necessidades a ser preenchido para o plano | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Consulta médica | 1.242 | 1.242 | 100% | 1.242 | - | - |
| Consulta de enfermagem | 621 | 621 | 100% | 621 | - | - |
| Consultas de especialidades | Disponibilizados conforme a necessidade | | | | | |
| Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças de 1 a 10 anos | 0 | 0 | 100% | 0 | - | - |
| Vacinação básica | Ação garantida através do Calendário Básico de Vacinação | | | | | |
| Exames (apoio diagnóstico e terapêutico) | Disponibilizados conforme a necessidade | | | | | |
| Consulta /atendimentos de reabilitação | | | | | | |
| Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (puericultura) | De acordo com diagnóstico e necessidade | | | | | |

Fonte: SINASC / SMS

Tabela 47 - Parâmetros de infraestrutura para assistência da Rede de Atenção Materno-Infantil para todas as gestantes

| Infraestrutura | Necessidades a ser preenchido para o plano | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|--------------------------|--|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Centro de Parto Normal | 1 | 1 | 100% | 1 | - | - |
| Leitos obstétricos | 8 | 7 | 87,5% | 7 | - | - |
| Leitos obstétricos (GAR) | 1 | - | - | - | Belém, Bragança | - |

| | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|-------|---|
| UTI adulto ** | 0 | - | - | - | | - |
| UTI neonatal ** | 1 | - | - | - | | - |
| UCI neonatal | 2 | - | - | - | | - |
| Leito canguru | 1 | - | - | - | Belém | - |

Fonte: SINASC / SMS

Comentário Técnico:

Considerando que as Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e que para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

Considerando essa definição de Rede de Atenção, pode-se afirmar que a Rede de Atenção Materno Infantil do Município precisa se organizar de maneira que possa garantir a atenção do cuidado da mulher e da criança de forma integral.

Para que essa atenção aconteça de forma integral, o município deverá garantir os exames em quantidade suficiente, organizar fluxo de acesso, organizar as linhas de cuidados de forma bem definidas, aplicar protocolos de atendimento de acordo com os princípios do SUS e cumprir as diretrizes da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha contempla um conjunto de ações que visam garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizada para todas as mulheres. O trabalho busca oferecer assistência desde o planejamento familiar, passa pelos momentos da confirmação da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança. Pensando em organizar a Rede Materno Infantil, os profissionais do município em 2014 construíram um projeto de reorganização da Rede do município.

Análise e classificação diagnóstica:

A falta de uma Rede Materna Infantil bem definida e organizada de acordo com as Diretrizes do ministério, fazem com que haja uma quebra no processo do cuidado integral dessa público, uma vez que a falta de equipamentos, ofertas de serviços e a desestruturação dos processo de trabalho das equipes dificultam a qualidade do serviço oferecido. Assim o apoio diagnóstico e logístico, a oferta de um local adequado para o parto, um prênatal de qualidade, o acompanhamento nos

primeiros dias de vida e até aos 2 anos de idade da criança são fundamentais para redução de danos, uma vez que muitos óbitos infantis e maternos podem ser evitados. Esse problema foi **Classificado como Relevante média intervenção, nota 27.**

Proposta da gestão:

- _ Garantir os exames necessários de forma oportuna para todas as gestantes
- Garantir o acesso aos exames para as crianças
- Criar fluxo de acesso
- Construir linhas de cuidados de acordo com as necessidades dos usuários
- Aplicar protocolos de atendimentos com classificação de risco
- Reorganizar o processo de trabalho nas unidades voltado aos programas materno infantil.
- Pactuar com o Laboratório Central do Estado (LACEN) as sorologias de triagem da Gestante
- Implantar o Projeto Aplicativo da Rede Materno Infantil no município

3.1.5.2. REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente, elas são consideradas um sério problema de saúde pública, e já eram responsáveis por 63% das mortes no mundo, em 2008, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Seguindo essa tendência mundial, no Brasil, em 2013, as DCNT foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes (SIM 2015). Isso configura uma mudança nas cargas de doenças, e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde. Ainda mais pelo forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

No Município de Ipixuna do Pará os usuários de DCNT são atendidos pela equipe de saúde da família, através de consulta médica e de enfermagem, tem acesso à exames laboratoriais, acesso à medicação hipotensora e hipoglicêmicas,

além de insulinas, também são acompanhados pelos profissionais do NASF e Academia de Saúde, onde recebem diversas orientações.

3.1.5.2.1 DIABETES MELLITUS

Importante causa de morbidade em Ipixuna do Pará, o diabetes mellitus constitui um grupo de doenças metabólicas em que se verificam níveis elevados de glicose no sangue durante um longo intervalo de tempo.

Nos 3 últimos anos da avaliação de mortalidade geral em Ipixuna do Pará, encontra-se como sexta maior causa básica nas declarações de óbito emitidas.

Atualmente, o número de insulino-dependentes cadastrados pelas UBS ultrapassa a casa dos 200 usuários.

Observou-se em anos anteriores o afastamento desta clientela das unidades e saúde devido fatores como número incipiente de visitas domiciliares, falha no suprimento de medicamentos para o controle do agravo e deficiência de recursos humanos para a assistência integral ao portador.

Tabela 48 - Parâmetros para diagnóstico e acompanhamento do Diabetes Mellitus – Estimativa de necessidades anuais por diabético

| Tipo de Paciente | | RISCO BAIXO | | | | | |
|-----------------------------|---|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura Existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Dosagem de glicose | 461 | 370 | 80,3% | 370 | - | - |
| | Dosagem de colesterol total | 231 | 231 | 100% | 231 | - | - |
| | Dosagem de colesterol HDL | 231 | 231 | 100% | 231 | - | - |
| | Dosagem de colesterol LDL | 231 | 231 | 100% | 231 | - | - |
| | Dosagem de triglicerídeos | 231 | 231 | 100% | 231 | - | - |
| | Dosagem de hemoglobina glicosilada | 922 | 650 | 70,5% | 650 | - | - |
| | Dosagem de creatinina | 461 | 230 | 50% | 230 | - | - |
| | Dosagem de TGO, TGP | 461 | 230 | 50% | 230 | - | - |
| | Dosagem de CPK | 461 | 230 | 50% | 230 | - | - |
| | Dosagem de hemograma | 461 | 230 | 50% | 230 | - | - |
| | Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina | 461 | 461 | 100% | 461 | - | - |
| | Dosagem de microalbumina na urina* | 461 | 370 | 80% | 370 | - | - |
| Oftalmológicos | Fundoscopia | 461 | - | - | - | O município não possui pactuação | |
| | Retinografia colorida binocular | 461 | - | - | - | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|-----|----|-------|-----|---|---|
| | Fotocoagulação a laser | 92 | - | - | - | | |
| Diagnose em cardiologia | Eletrocardiograma | 461 | 80 | 47,3% | 218 | - | - |

| Tipo de Paciente | | RISCO MÉDIO | | | | | |
|-----------------------------|---|--|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| Categoria | Procedimento | Necessidades a ser preenchido para o plano | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Dosagem de glicose | 1.153 | 740 | 64% | 740 | - | - |
| | Dosagem de colesterol total | 1.153 | 615 | 53% | 615 | - | - |
| | Dosagem de colesterol HDL | 1.153 | 615 | 53% | 615 | - | - |
| | Dosagem de colesterol LDL | 1.153 | 615 | 53% | 615 | - | - |
| | Dosagem de triglicerídeos | 1.153 | 540 | 46,8% | 540 | - | - |
| | Dosagem de hemoglobina glicosilada | 2.306 | 780 | 33,8% | 780 | - | - |
| | Dosagem de creatinina | 1.153 | 600 | 52% | 600 | - | - |
| | Dosagem de TGO, TGP | 1.153 | 810 | 70,3% | 810 | - | - |
| | Dosagem de CPK | 1.153 | 510 | 44% | 510 | - | - |
| | Dosagem de hemograma | 1.153 | 1153 | 100% | 1153 | - | - |
| | Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina | 1.153 | 1153 | 100% | 1153 | - | - |
| | Dosagem de microalbumina na urina* | 1.153 | 1153 | 100% | 1153 | - | - |
| Oftalmológicos | Fundoscopia | 1.153 | - | - | - | O município não possui pactuação | |
| | Retinografia colorida binocular | 1.153 | - | - | - | | |
| | Fotocoagulação a laser | 231 | - | - | - | | |
| Diagnose em cardiologia | Eletrocardiograma | 1.153 | 100 | 47,4% | 547 | - | - |

| Tipo de Paciente | | RISCO ALTO | | | | | |
|-----------------------------|---|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Dosagem de glicose | 1.153 | 1.153 | 100 | 1.153 | - | - |
| | Dosagem de colesterol total | 577 | 577 | 100 | 577 | - | - |
| | Dosagem de colesterol HDL | 577 | 577 | 100 | 577 | - | - |
| | Dosagem de colesterol LDL | 577 | 577 | 100 | 577 | - | - |
| | Dosagem de triglicerídeos | 577 | 577 | 100 | 577 | - | - |
| | Dosagem de hemoglobina glicosilada | 2.306 | 755 | 33% | 755 | - | - |
| | Dosagem de creatinina | 1.153 | 770 | 67% | 770 | - | - |
| | Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina | 577 | 577 | 100 | 577 | - | - |

| | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------------|-----|-----|-------|-----|----------------------------------|---|
| | Dosagem de microalbumina na urina* | 577 | 577 | 100 | 577 | - | - |
| | Dosagem de TGO, TGP | 577 | 577 | 100 | 577 | - | - |
| | Dosagem de CPK | 577 | 577 | 100 | 577 | - | - |
| | Dosagem de hemograma | 577 | 577 | 100 | 577 | - | - |
| | Dosagem de Vitamina B12 | 577 | 267 | 46% | 267 | - | - |
| | Dosagem de TSH | 577 | 315 | 55% | 315 | - | - |
| Oftalmológicos | Fundoscopia | 577 | - | - | - | O município não possui pactuação | |
| | Retinografia colorida binocular | 577 | - | - | - | | |
| | Fotocoagulação a laser | 115 | - | - | - | | |
| Diagnose em cardiologia | Eletrocardiograma | 577 | 115 | 47,5% | 274 | - | - |

| Tipo de Paciente | | RISCO MUITO ALTO | | | | | |
|-----------------------------|---|------------------|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura Existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Dosagem de glicose | 231 | 231 | 100% | 231 | - | - |
| | Dosagem de colesterol total | 115 | 115 | 100 | 115 | - | - |
| | Dosagem de colesterol HDL | 115 | 115 | 100 | 115 | - | - |
| | Dosagem de colesterol LDL | 115 | 115 | 100 | 115 | - | - |
| | Dosagem de triglicerídeos | 115 | 115 | 100 | 115 | - | - |
| | Dosagem de hemoglobina glicosilada | 461 | 461 | 100 | 461 | - | - |
| | Dosagem de creatinina | 461 | 461 | 100 | 461 | - | - |
| | Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina | 115 | 115 | 100 | 115 | - | - |
| | Dosagem de microalbumina na urina* | 115 | 115 | 100 | 115 | - | - |
| | Dosagem de TGO, TGP | 115 | 115 | 100 | 115 | - | - |
| | Dosagem de CPK | 115 | 115 | 100 | 115 | - | - |
| | Dosagem de hemograma | 115 | 115 | 100 | 115 | - | - |
| | Dosagem de Vitamina B12 | 115 | 115 | 100 | 115 | - | - |
| | Dosagem de TSH | 231 | 231 | 100 | 231 | - | - |
| Oftalmológicos | Fundoscopia | 115 | - | - | - | O município não possui pactuação | |
| | Retinografia colorida binocular | 115 | - | - | - | | |
| | Fotocoagulação a laser | 46 | - | - | - | | |
| Diagnose em cardiologia | Eletrocardiograma | 231 | 115 | 50% | 115 | - | - |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

A capacidade instalada para contemplar a assistência aos pacientes portadores de diabetes de Ipixuna do Pará apresenta-se a contento no que se refere ao apoio diagnóstico e à assistência de saúde. Além dos exames, o município conta com 13 equipes de atenção básica, endocrinologista e cardiologista à disposição dos munícipes para desenvolvimento dos programas destinados aos grupos prioritários do SUS, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis. No último ano, a gestão da atenção básica tem se esforçado para resgate e captação destes usuários, garantindo o direito de acesso aos serviços da rede de saúde.

Análise e classificação diagnóstica:

A capacidade de apoio diagnóstico e os recursos humanos instalados do município têm capacidade para suprir as demandas dos usuários com diabetes. No entanto, para concretizar esta assistência integralmente é necessário reordenação dos serviços, cotas e fluxos assistenciais do município. Pois o processo de trabalho encontra-se por organizar, em se tratando da regulação do acesso, e atividades de prevenção e promoção à saúde. O Hospital Santa Clara ainda recebe muitas demandas de complicações do “pé diabético” e descompensação glicêmica. O que nos remete à necessidade de melhorar a eficácia das atividades na atenção primária à saúde. Apesar da capacidade técnica instalada, em alguns momentos temos os serviços laboratoriais suspensos devido intercorrências de ordem técnica do laboratório prestador de serviços, em outros momentos devido problemas de ordem econômica municipal.

Esse problema foi **Classificado como Relevante, de média intervenção, nota 27.**

Proposta da gestão:

- Restabelecer o protocolo de assistência ao portador de diabete mellitus no município;
- Estreitar o diálogo entre a APS e demais áreas assistenciais do município, otimizando a rede de cuidados;
- Garantir o apoio diagnóstico estabelecido na capacidade técnica instalada.
- Garantir a oferta medicamentosa na farmácia básica para pacientes portadores de diabetes.

3.1.5.2.2. HIPERTENSÃO ARTERIAL

Integra o grupo de morbidades das doenças do sistema circulatório, que caracteriza a segunda maior causa de morte segundo as causas básicas no SIM de Ipixuna do Pará. Bem como os usuários com diabetes mellitus, os portadores de hipertensão arterial passaram por um período de recesso de suas avaliações nos estabelecimentos de saúde da atenção primária, acarretando o quadro instalado de comorbidades atual.

Tabela 49 - Parâmetros para ações de diagnóstico de Hipertensão Arterial e fatores de risco para DCV-Doenças Cardiovasculares.

| Tipo de Paciente | | RISCO BAIXO E MODERADO | | | | | |
|---|---|------------------------|----------------------|---------------------|--------|---|----------------------|
| Ação | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura Existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Rastreamento do diabetes tipo II | Glicemia de jejum | 2.557 | 1.890 | 74% | 1890 | - | - |
| Diagnóstico da dyslipidemia | Colesterol Total, Colesterol LDL, Colesterol HDL, Triglicerídeos | 2.557 | 2050 | 80% | 2050 | - | - |
| Diagnóstico da retinopatia | Fundoscopia | 1.278 | - | - | | O município não possui pactuação | |
| Diagnóstico da nefropatia | Creatinina, urina rotina, ácido úrico, relação albumina/creatinina urinária | 2.557 | 2.557 | 100% | 2.557 | - | - |
| Avaliação de hipertensão secundária | Sódio, Potássio | 2.557 | 630 | 24,6% | 630 | - | - |
| Diagnóstico de cardiopatia hipertensiva | Eletrocardiograma | 2.557 | 189 | 7,4% | 189 | - | - |

| Tipo de Paciente | | RISCO ALTO | | | | | |
|----------------------------------|--|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|----------------------|
| Ação | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Rastreamento do diabetes tipo II | Glicemia de jejum | 3.409 | 1.700 | 49,86 | 1.700 | - | - |
| Diagnóstico da dyslipidemia | Colesterol Total, Colesterol LDL, Colesterol HDL, Triglicerídeos | 1.704 | 1.250 | 73,35 | 1.250 | - | - |
| Diagnóstico da retinopatia | Fundoscopia | 1.704 | - | - | - | O município não possui esse serviço contratualizado. | |
| Diagnóstico da nefropatia | Creatinina, urina rotina | 3.409 | 2120 | 62,18 | 2.120 | - | - |
| | Ácido úrico, relação albumina/creatinina urinária | 1.704 | 1410 | 82,74 | 1.410 | - | - |
| Avaliação de hipertensão | Sódio, Potássio | 3.409 | 380 | 11,14 | 380 | - | - |

| | | | | | | | |
|---|--|-------|-----|-------|-----|--|---|
| secundária | | | | | | | |
| Diagnóstico de cardiopatia hipertensiva | Eletrocardiograma | 1.704 | 200 | 11,73 | 200 | - | - |
| | Ecocardiograma bidimensional com doppler e doppler de carótida - Uma vez. Periodicidade dependerá dos resultados | 1.704 | - | - | - | O município não possui esse serviço contratualizado. | |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 50 - Parâmetros para exames laboratoriais, oftalmológicos e de diagnóstico em cardiologia para pacientes com Hipertensão Arterial.

| Ação | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-----------------------------|---|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Dosagem de glicose | 8.522 | 2.250 | 26,40% | 2.250 | - | - |
| | Dosagem de colesterol total | 6.818 | 1.900 | 27,86% | 1.900 | - | - |
| | Dosagem de colesterol HDL | 6.818 | 1.650 | 24,20% | 1.650 | - | - |
| | Dosagem de colesterol LDL | 6.818 | 1.800 | 24,40% | 1.800 | - | - |
| | Dosagem de triglicerídeos | 6.818 | 2.000 | 29,33% | 2.000 | - | - |
| | Dosagem de creatinina | 8.522 | 2050 | 24% | 2.050 | - | - |
| | Análise de caract. físicos, elementos e sedimento da urina | 8.522 | 2800 | 32% | 2.800 | - | - |
| | Dosagem de sódio | 8.522 | 680 | 7,97% | 680 | - | - |
| | Dosagem de potássio | 8.522 | 866 | 10,16% | 866 | - | - |
| | Dosagem de microalbuminúria urinária* | 6.818 | 1.600 | 23,46% | 1.600 | - | - |
| | Dosagem de ácido úrico | 6.818 | 1790 | 26,25% | 1.790 | - | - |
| Oftalmológicos | Fundoscopia | 4.295 | - | - | - | O município não possui esse serviço contratualizado. | |
| Diagnose em cardiologia | Eletrocardiograma | 6.818 | 150 | 2,20% | 150 | Belém, Castanhal e Paragominas | - |
| | Ecocardiografia transtorácica (A.14015013 - Ecocardiografia bidimensional com ou sem doppler)= Protocolo Ecocardiograma bidimensional com doppler - Uma vez. Periodicidade dependerá dos resultados | 6.818 | - | - | - | O município não possui esse serviço contratualizado. | |
| | Ultra-sonografia doppler colorido de vasos (até 3 vasos) Protocolo=doppler de carótida - Uma vez. Periodicidade dependerá dos resultados | 6.818 | - | - | - | | |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

3.1.5.2.3. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A insuficiência cardíaca também constitui o grupo de morbidades das doenças do aparelho circulatório e ocorre quando o coração não consegue mais desempenhar as funções de retorno do sangue para os pulmões para trocas gasosas e/ou bombeamento de sangue para os tecidos para distribuição de oxigênio e nutrientes aos mesmos.

A principal causa de insuficiência cardíaca é a isquemia cardíaca ou o infarto do miocárdio, seguida da hipertensão não tratada.

Tabela 51 - Parâmetros para diagnóstico e estadiamento da Insuficiência Cardíaca-IC / Necessidade de procedimentos.

| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-----------------------------|---|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Dosagem do hormônio tireo-estimulante (TSH) | 32 | 32 | 100% | 32 | - | - |
| | Dosagem de sódio sérico | 32 | 32 | 100% | 32 | - | - |
| | Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina | 32 | 32 | 100% | 32 | - | - |
| | Dosagem de potássio | 32 | 32 | 100% | 32 | - | - |
| | Pesquisa de anticorpos IGG Antitrypanosoma cruzi | 32 | 32 | 100% | 32 | - | - |
| | Pesquisa de Trypanosoma cruzi (por imunofluorescência) | 32 | 32 | 100% | 32 | - | - |
| Radiodiagnóstico | Raio X de tórax em 2 incidências (PA e perfil) | 32 | 32 | 100% | 32 | - | - |
| Diagnose em cardiologia | Eletrocardiograma de repouso | 32 | 32 | 100% | 32 | - | - |
| | Cateterismo cardíaco | 32 | - | - | - | Belém | - |
| | Ecocardiografia transtorácica | 32 | - | - | - | Belém | - |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 52 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca - IC de origem não isquêmica ou valvar ou de causa indefinida / Necessidade de procedimentos.

| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Dosagem de Potássio | 91 | 91 | 100% | 91 | - | - |
| | Creatinina | 91 | 91 | 100% | 91 | - | - |
| Exame de Imagem | Ecocardiografia transtorácica | 9 | - | - | - | Belém | - |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 53 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca - IC de origem isquêmica ou valvar ou de causa indefinida / Necessidade de procedimentos.

| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Dosagem de Potássio | 91 | 91 | 100 | 91 | - | - |
| | Creatinina | 91 | 91 | 100 | 91 | - | - |
| Exame de Imagem | Ecocardiografia transtorácica | 9 | - | - | - | Belém | |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

3.1.5.2.4. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA)**Tabela 54 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Aneurisma de Aorta Abdominal / Necessidade de procedimentos.**

| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-----------------|--|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exame de Imagem | Ultrassonografia de Abdômen Superior (para rastreamento) | 228 | 228 | 100 | 228 | | - |
| | Ultrassonografia de Abdômen Superior (para controle aneurisma 30 a 40 mm) | 7 | 7 | 100 | 7 | | - |
| | Ultrassonografia de Abdômen Superior (para controle aneurisma 40 a 54 mm) | 8 | 8 | 100 | 8 | | - |
| Cirurgia | Cirurgia vascular para paciente com aneurisma 40 a 54 mm que evolui para > 54 mm | 1 | - | - | - | Belém | - |
| | Cirurgia vascular para paciente com aneurisma > 54 mm | 0 | - | - | - | | - |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

3.1.5.2.5. ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT)**Tabela 55 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Ataque Isquêmico Transitório / Necessidade de procedimentos**

| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-----------------------------|-----------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Hemograma | 24 | 24 | 100% | 24 | - | - |
| | Glicemia | 24 | 24 | 100% | 24 | - | - |
| | Dosagem de creatinina | 24 | 24 | 100% | 24 | - | - |

| | | | | | | | |
|-------------------------|---------------------------------------|----|----|------|----|---|---|
| | Dosagem do tempo de protrombina (RNI) | 24 | 24 | 100% | 24 | - | - |
| | Dosagem de colesterol HDL | 24 | 24 | 100% | 24 | - | - |
| | Dosagem de colesterol LDL | 24 | 24 | 100% | 24 | - | - |
| | Dosagem de triglicerídeos | 24 | 24 | 100% | 24 | - | - |
| Diagnose em cardiologia | Ultrassom de artérias vertebrais | 24 | 24 | 100% | 24 | - | - |
| | Ultrassom de artérias carótidas | 24 | 24 | 100% | 24 | - | - |
| | TC de crânio | 24 | 24 | 100% | 24 | - | - |
| | ECG de repouso | 24 | 24 | 100% | 24 | - | - |
| | Ecocardiografia | 8 | 8 | 100% | 8 | - | - |
| | Holter | 8 | 8 | 100% | 8 | - | - |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

3.1.5.2.6. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Tabela 56 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Acidente Vascular Encefálico / Necessidade de procedimentos.

| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-----------------------------|---------------------------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Dosagem de creatinina | 41 | 41 | 100% | 41 | - | - |
| | Dosagem do tempo de protrombina (RNI) | 74 | 74 | 100% | 74 | - | - |
| | Dosagem de colesterol HDL | 41 | 41 | 100% | 41 | - | - |
| | Dosagem de colesterol LDL | 41 | 41 | 100% | 41 | - | - |
| | Dosagem de triglicerídeos | 41 | 41 | 100% | 41 | - | - |
| Diagnose em cardiologia | Ultrassom de artérias vertebrais | 41 | - | - | - | - | - |
| | Ultrassom de artérias carótidas | 41 | - | -- | - | - | - |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

3.1.5.2.7. DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA (DAC)

Tabela 57 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Arterial Coronariana DAC (ICO), primeiro atendimento, diagnóstico e estadiamento, na Atenção Primária / Necessidade de procedimentos.

| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-----------------------------|-----------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Hemograma | 34 | 34 | 100% | 34 | - | - |
| | Glicemia | 34 | 34 | 100% | 34 | - | - |
| | Dosagem de creatinina | 34 | 34 | 100% | 34 | - | - |

| | | | | | | | |
|-------------------------|---|----|----|------|----|-------|---|
| | Dosagem de colesterol HDL | 34 | 34 | 100% | 34 | - | - |
| | Dosagem de colesterol LDL | 34 | 34 | 100% | 34 | - | - |
| | Dosagem de triglicérides | 34 | 34 | 100% | 34 | - | - |
| | Dosagem de hormônio tireo-estimulante (TSH) | 34 | 34 | 100% | 34 | - | - |
| Diagnose em cardiologia | Teste de esforço | 34 | - | - | - | Belém | - |
| | Ecocardiografia de estresse (farmacológico ou físico) | 2 | - | - | - | | - |
| | Ecocardiograma | 32 | - | - | - | | - |
| | ECG de repouso | 34 | - | - | - | | - |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 58 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Arterial Coronariana DAC (ICO), acompanhamento do paciente com doença coronariana estável – Atenção Primária, Atenção Especializada, NASF / Necessidade de procedimentos.

| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-----------------------------|---------------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Hemograma | 859 | 859 | 100 | 859 | - | - |
| | Glicemia | 859 | 859 | 100 | 859 | - | - |
| | Dosagem de creatinina | 859 | 859 | 100 | 859 | - | - |
| | Dosagem de colesterol HDL | 859 | 859 | 100 | 859 | - | - |
| | Dosagem de colesterol LDL | 859 | 859 | 100 | 859 | - | - |
| | Dosagem de triglicérides | 859 | 859 | 100 | 859 | - | - |
| Exames de Imagem | Ecocardiograma | 859 | - | - | - | Belém | - |
| | ECG de repouso | 86 | - | - | - | | - |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

3.1.5.2.8. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA (DAOP)

Tabela 59 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Arterial Obstrutiva Periférica / Necessidade de procedimentos.

| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-----------------------------|---|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Exames de patologia clínica | Análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina | 1 | 1 | 100% | 1 | | |
| | Dosagem de colesterol HDL | 1 | 1 | 100% | 1 | | |
| | Dosagem de colesterol LDL | 1 | 1 | 100% | 1 | | |
| | Dosagem de triglicérides | 1 | 1 | 100% | 1 | | |
| | Dosagens de creatinina | 1 | 1 | 100% | 1 | | |
| Exame de imagem | Ultrassom Doppler colorido de vasos (membros inferiores) | 1 | - | - | - | Belém | |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

Como exposto nas matrizes de parâmetros, nossa rede não tem coberto toda a demanda exigida para a rede de assistência aos portadores de doenças cardiovasculares. Isto se deve a fatores como elevado custo de exames de diagnose e monitoramento para esta área e também falta de profissionais e laboratórios e clínicas qualificados dentro de nosso município. A contratação dos serviços de outros municípios através da PPI é uma alternativa viável, mas que também encarece a execução dos serviços desta rede e de outras.

Análise e classificação diagnóstica:

Faz-se necessária a revisão de contratos e cotas físicas e financeiras da PPI, além de otimização da regulação do acesso e da regulação dos serviços de saúde, procurando junto a prestadores e municípios parceiros a otimização da oferta através da economia de escala. A deficiência no suporte diagnóstico e de monitoramento pode acarretar em piores condições clínicas devido às complicações e possível mortalidade.

Classificado como Relevante, de média intervenção, nota 27.

Proposta Da Gestão:

- Realinhamento Das Cotas Físicas E Financeiras Da PPI Para Permitir A Oferta De Serviços De Diagnóstico;
- Ampliar A Oferta De Serviços De Diagnósticos Por Imagem Para Doenças Cardiovasculares;
- Ampliar A Oferta De Exames Laboratoriais Para Acompanhamento Dos Usuários;
- Implementação Da Rede De Cuidados Municipal;
- Melhorar a eficiência das solicitações de exames mediante implantação de protocolos clínicos municipais.

3.1.5.2.9. DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC)

A doença renal crônica consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais

avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica-IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente.

A detecção precoce da doença renal e condutas terapêuticas apropriadas para o retardamento de sua progressão pode reduzir o sofrimento dos pacientes e os custos financeiros associados à DRC.

Como as duas principais causas de insuficiência renal crônica são a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, são os médicos clínicos gerais que trabalham na área de atenção básica à saúde que cuidam destes pacientes. Ao mesmo tempo, os portadores de disfunção renal leve apresentam quase sempre evolução progressiva, insidiosa e assintomática, dificultando o diagnóstico precoce da disfunção renal.

Assim, a capacitação, a conscientização e vigilância do médico de cuidados primários à saúde são essenciais para o diagnóstico e encaminhamento precoce ao nefrologista e a instituição de diretrizes apropriadas para retardar a progressão da DRC, prevenir suas complicações, modificar comorbidades presentes e preparo adequado a uma terapia de substituição renal.

Tabela 60 - Parâmetros propostos para acompanhamento de pacientes com Doença Renal Crônica, segundo os estágios / Necessidade de procedimentos.

| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|----------------------|-------------------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------|---|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| ESTÁGIO I | | | | | | | |
| Exames laboratoriais | Análise do sedimento urinário | 3.208 | 2.080 | 64,8% | 2.080 | - | - |
| | Microalbuminúria | 3.208 | 1.200 | 34,8% | 1.200 | - | - |
| | Dosagem de creatinina sérica | 3.208 | 1.780 | 55,5% | 1.780 | - | - |
| | Uréia | 3.208 | 1.800 | 56,1% | 1.800 | - | - |
| ESTÁGIO II | | | | | | | |
| Exames laboratoriais | Análise do sedimento urinário | 301 | 301 | 100% | 301 | - | - |
| | Microalbuminúria | 301 | 301 | 100% | 301 | - | - |
| | Dosagem de creatinina sérica | 301 | 301 | 100% | 301 | - | - |
| | Uréia | 301 | 301 | 100% | 301 | - | - |
| ESTÁGIO III | | | | | | | |
| Exames laboratoriais | Análise do sedimento urinário | 501 | 501 | 100% | 501 | | - |
| | Microalbuminúria | 1003 | 610 | 60,8% | 610 | | - |
| | Dosagem de potássio | 501 | 350 | 70% | 350 | | - |

| | | | | | | | | |
|----------------------|--------------------------------------|---------------------------------|------|------|------|-------|----|---|
| | sérico | | | | | | | |
| | Gasometria venosa | 501 | - | - | - | Belém | - | |
| | Dosagem de creatinina sérica | 1003 | 1003 | 100% | 1003 | | - | |
| | Dosagem de hemoglobina e hematócrito | 501 | 501 | 100% | 501 | | - | |
| | Dosagem de paratormônio sérico | 501 | 501 | 100% | 501 | | - | |
| | Dosagem de cálcio iônico sérico | 501 | 501 | 100% | 501 | | - | |
| | Dosagem de albumina sérica | 501 | 501 | 100% | 501 | | - | |
| | Ferritina | 501 | 501 | 100% | 501 | | - | |
| | Índice de saturação de Transferrina | 501 | 501 | 100% | 501 | | - | |
| | Uréia | 1003 | 1003 | 100% | 1003 | | - | |
| | Fósforo | 501 | 501 | 100% | 501 | | - | |
| ESTÁGIO IV | | | | | | | | |
| Exames laboratoriais | Análise do sedimento urinário | 134 | 134 | 100% | 134 | - | - | |
| | Microalbuminúria | 67 | 67 | 100% | 67 | | - | - |
| | Dosagem de potássio sérico | 134 | 134 | 100% | 134 | | - | - |
| | Gasometria venosa | 67 | - | - | - | Belém | - | |
| | Dosagem de creatinina sérica | 134 | 134 | 100% | 134 | - | - | |
| | Dosagem de hemoglobina e hematócrito | 134 | 134 | 100% | 134 | | - | |
| | Dosagem de paratormônio sérico | 67 | 67 | 100% | 67 | | - | |
| | Dosagem de cálcio iônico sérico | 134 | 134 | 100% | 134 | | - | |
| | Dosagem de albumina sérica | 67 | 67 | 100% | 67 | | - | |
| | Ferritina | 134 | 134 | 100% | 134 | | - | |
| | Índice de saturação de Transferrina | 134 | 134 | 100% | 134 | | - | |
| | Uréia | 134 | 134 | 100% | 134 | | - | |
| | Fósforo | 134 | 134 | 100% | 134 | | - | |
| | Anti Hbs | 33 | 33 | 100% | 33 | | - | |
| | Exame de imagem | Ultrassom rins e vias urinárias | 33 | 33 | 100% | | 33 | - |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

A doença renal crônica sofreu aumento a nível nacional nos últimos anos. A realidade de Ipixuna do Pará também acompanha estes parâmetros, haja vista aumento da longevidade e cobertura inadequada anterior dos serviços de saúde. Haja vista as doenças do aparelho circulatório e endócrinas e nutricionais serem

uma atual constante em nossa população, temos como consequência o aumento do número de casos de insuficiência renal.

Atualmente, temos uma rede de serviços instalada que pode vir a ofertar eficiência no controle da DRC, se necessário.

Os casos que exigem hemodiálise são atendidos nos municípios de Belém, Castanhal e Ulianópolis, conforme disponibilidade de vagas reguladas pela Central Estadual de Regulação.

Análise e classificação diagnóstica:

A rede atual de serviços cobre a maior parte da necessidade ao portador de doença renal crônica. No entanto, em vista de quase sempre o início ter evolução progressiva, insidiosa e assintomática, é evidente a necessidade constante da vigilância para os casos leves e também do manejo adequado para as doenças de base, hipertensão e diabetes, para que a DRC não se estabeleça.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 18.

Proposta da gestão:

- Garantir a cobertura das necessidades para atenção integral aos portadores de DRC;
- Qualificação dos profissionais da rede básica de saúde e da rede hospitalar para prevenção através do manejo adequado das doenças de base e identificação precoce dos casos de doença renal leve;
- Instalação de protocolo para manejo dos casos de insuficiência renal com vistas ao diagnóstico precoce, estabilização do quadro e retardo da evolução da doença.

3.1.5.2.10. DOENÇA PULMONARES OBSTRUTIVAS CRÔNICAS (DPOC)

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um espectro de doenças caracterizadas por limitação do fluxo aéreo, tornando a respiração difícil. Os principais quadros são a bronquite crônica (estreitamento das vias aéreas e paralisação da atividade dos cílios) e o enfisema (danos irreversíveis nos alvéolos).

O cigarro é responsável pela imensa maioria dos casos. A constante exposição a elementos irritantes, como poeira, poluentes do ar e vapores químicos, também pode contribuir para o aparecimento da doença.

A assistência da rede básica de saúde de Ipixuna do Pará busca prevenir a instalação deste agravo através de estratégias como a vacinação anti pneumocócica e contra a influenza, além do Programa de Combate ao Tabagismo. Nos casos já instalados no município, exames de diagnóstico por imagem e consultas especializadas são referenciadas aos municípios de Belém e Castanhal, conforme PPI.

Tabela 61 - Parâmetros propostos para diagnóstico, estadiamento e acompanhamento de pacientes com Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas – DPOC definidos por estratos de estágios / Necessidade de procedimentos.

| Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura Existente | Oferta | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|--|--------------|----------------------|---------------------|--------|--|-----------------------|
| | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| TODOS | | | | | | |
| Exame clínico na AB | 133 | 133 | 100% | 133 | - | - |
| Espirometria na AB | 33 | 33 | 100% | 33 | | |
| Raio-X de tórax | 133 | 133 | 100% | 133 | - | - |
| Vacinação anti-pneumocócica e contra influenza | - | - | - | - | Serviço garantido através do Calendário Básico de Vacinação | |
| Acompanhamento clínico | - | - | - | - | Disponibilizado conforme a necessidade | |
| Consulta pneumologia | - | - | - | - | | |
| Espirometria | - | - | - | - | O município não possui esse procedimento contratualizado. | |
| GRAU I | | | | | | |
| Exame clínico na AB | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - |
| Espirometria na AB | 0 | 0 | 0 | 0 | O município não possui esse procedimento contratualizado. | |
| Raio-X de tórax | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - |
| Vacinação anti-pneumocócica e contra influenza | 85 | - | - | - | Serviço garantido através do Calendário Básico de Vacinação | |
| Acompanhamento clínico | 85 | 85 | 100% | 85 | Disponibilizado conforme a necessidade | |
| Consulta pneumologia | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Espirometria | 85 | 85 | 100% | 85 | O município não possui esse procedimento contratualizado. | |
| GRAU II | | | | | | |
| Exame clínico na AB | 0 | 0 | | 0 | - | - |
| Espirometria na AB | 0 | 0 | | 0 | O município não possui esse procedimento contratualizado. | |
| Raio-X de tórax | 0 | 0 | | 0 | - | - |
| Vacinação anti-pneumocócica e contra influenza | 40 | 40 | 100% | 40 | Serviço garantido através do Calendário Básico de Vacinação | |
| Acompanhamento clínico | 40 | 40 | 100% | 40 | Disponibilizado conforme a necessidade | |
| Consulta pneumologia | 40 | 500 | 125% | 50 | | |
| Espirometria | 40 | - | - | - | O município não possui esse procedimento contratualizado. | |
| GRAU III e IV | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|----|------|----|---|---|
| Exame clínico na AB | 0 | 0 | | 0 | - | - |
| Espirometria na AB | 0 | 0 | | 0 | O município não possui esse procedimento contratualizado. | |
| Raio-X de tórax | 0 | 0 | | 0 | - | - |
| Vacinação anti-pneumocócica e contra influenza | 8 | 8 | 100% | 8 | Serviço garantido através do Calendário Básico de Vacinação | |
| Acompanhamento clínico | 8 | 8 | 100% | 8 | Disponibilizado conforme a necessidade | |
| Consulta pneumologia | 8 | 50 | 625% | 50 | | |
| Espirometria | 8 | - | - | - | O município não possui esse procedimento contratualizado. | |

Fonte: E-SUS / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

A linha de cuidados de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no município ainda não funciona de forma plena conforme estabelecido pelo protocolo clínico e terapêutico do Ministério da Saúde. Sendo a falta de efetividade do Programa de Combate ao Tabagismo a maior prova desse cenário, o qual necessita ser implementado de fato em todas as unidades de saúde do município.

Para o PCT, as equipes relatam terem dificuldade em iniciar os grupos haja vista o protocolo estipular um número mínimo de participantes para as atividades.

Análise e classificação diagnóstica:

O baixo número de ações preventivas no município, como por exemplo, a descontinuidade do Programa de Combate ao Tabagismo, tende a trazer sérias consequências futuras para o município, que também não dispõe em sua rede de atenção a totalidade de procedimentos necessários para o tratamento integral de portadores de DPOC, fato esse que tende a dificultar o planejamento local com ações paliativas e gastos que não foram previstos.

A descontinuidade dos insumos para o tratamento também compromete o programa devido à descredibilização por parte das pessoas que deles necessitam.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 8.

Proposta da gestão:

- Implementar o Programa de Controle do Tabagismo em 50% das USF do município;

- Garantir o tratamento dos portadores de DPOC.
- Implementar de maneira adequada o PSE.

3.1.5.3. REDE DE ATENÇÃO À EVENTOS RELEVANTES A VIGILÂNCIA À SAÚDE

3.1.5.3.1. HIV EM ADULTO

A rede de cuidado de HIV/AIDS é gerenciada pela Coordenação Municipal de Vigilância em Saúde e, assim como o Programa Nacional, têm a missão de reduzir a incidência do HIV/AIDS e a vulnerabilidade da população brasileira a esses agravos, promover a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, reduzir o estigma e os demais impactos negativos do HIV/AIDS e outras DST's, por meio de políticas públicas pautadas pela ética, pelo respeito à diversidade sexual, racial, étnica, social, econômica e cultural, à cidadania e aos direitos humanos e pelo compromisso com a promoção à saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

A rede municipal conta com o apoio das EAB do município na parte de diagnóstico e acompanhamento clínico e em Belém pela URE-DIPE.

Tabela 62 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de 15 anos a 49 anos com diagnóstico de infecção pelo HIV / Necessidade de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB, AAE | AÇÕES: | Acompanhamento - Abordagem inicial | | | | |
|-------------------------------|---|--------------|------------------------------------|-----------|--------|---|---------------------|
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| Acolhimento - Consulta Médica | Abordagem inicial: Pacientes estáveis consulta médica/caso de 6/6 meses, se não, diminuir o intervalo das | 345 | - | - | - | Belém Castanhal | - |

| | | | | | | | | |
|--|---|-----|------|------|-----|--------------------|---|--|
| | consultas. | | | | | | | |
| Exames | Exame Hemograma/caso/ano | 173 | 173 | 100% | 173 | | - | |
| | Exame Contagem de Linfócitos T CD4+ e carga viral do HIV/caso/ano | 173 | - | - | - | | - | |
| | Exame Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)/caso/ano | 173 | - | - | - | | - | |
| | Exame parasitológico de fezes/caso/ano | 173 | 173 | 100% | 173 | | - | |
| | Exame para o diagnóstico de sífilis. | 173 | 173 | 100% | 173 | | - | |
| | Obs: O diagnóstico de sífilis deve seguir o preconizado na Portaria 3242, de 30 de dezembro de 2011, ou outro documento que venha a substituí-la. | | | | | | | |
| | Exame para detectar anticorpos do tipo IgG para toxoplasma/caso/ano | 345 | - | - | - | | - | |
| | Exame sorológico para HTLV I e II e para doença de Chagas/caso/ano | 173 | - | - | - | | - | |
| | Exame para Dosagem de lipídios/caso/ano | 173 | 173 | 100% | 173 | Belém Castanhal | - | |
| | Exame de Glicemia de jejum/caso/ano | 173 | 173 | 100% | 173 | | - | |
| | Exame de Prova tuberculínica (PT)/caso/ano | 173 | - | - | - | | - | |
| Exame radiográfico de tórax./caso/ano | 173 | 173 | 100% | 173 | - | | | |
| Realizar 1 exame anti-HCV, anti-HAV, HBsAg, anti- HBcT, anti-HBs, IgG, toxoplasma que fazem parte da abordagem inicial | 173 | 173 | 100% | 173 | - | | | |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB, AAE | AÇÕES: | Consulta médica - início tratamento e sequenciamento realizado na AAE. (A rede pode se organizar para o manejo do paciente ser realizado na AB) | | | | |
|---|---|---------------|---|------|-----|--------------------|---|
| Consulta médica - início do tratamento realizado na AB | Consulta médica/caso/ano. | 173 | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| Consulta médica - início tratamento e sequenciamento realizado na AAE | Pacientes estáveis consulta médica/caso de 6/6 meses, se não, diminuir o intervalo das consultas. | 345 | - | - | - | | - |
| Exames | Exames Hemograma/caso a cada 3 a 6 meses. | 690 | 690 | 100% | 690 | - | - |
| | Exames de Contagem de LT--CD4+ /caso de 6/6meses. Acompanhar mudanças futuras, pois a indicação do CD4 irá ser bem mais restrita. | 345 | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| | Exames de Carga viral do HIV/PCR/caso/ cada 3-6 meses | 690 | - | - | - | | - |
| | Exames/ano para avaliação hepática e renal - AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina/caso/ano. | 173 | 173 | 100% | 173 | - | - |
| | 03 exames Clearance da Creatinina ou Taxa de Filtração Glomerular/ caso/ano | 518 | - | - | - | Belém Castanhal | - |

| | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|------|-----|--------------------|---|
| | Exame de Escore de risco cardiovascular de Framingham/caso/ano | 173 | - | - | - | | - |
| | Exame de Prova Tuberculínica/caso/ano | 173 | - | - | - | | - |
| | Exame para o diagnóstico de sífilis/caso/ano | 173 | 173 | 100% | 173 | - | - |
| | Realizar controle com testes sorológicos não treponêmicos/paciente diagnosticado com sífilis após tratamento a cada 3 meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento a cada 6 meses até estabilização. | - | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| | Exame de dosagem de Lipídios/caso/ano | 173 | 173 | 100% | 173 | - | - |
| | No PCDT está 6/6 meses. | - | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| | Exame de Glicemia de jejum/caso/ano | 173 | 173 | 100% | 173 | - | - |
| | Exame de Densitometria óssea/caso de 2 a 5 anos em mulheres pós-menopausa e homens > 50 anos. | 0 | 0 | 100% | 0 | Belém Castanhal | - |
| | 02 exames de Fundoscopia (Fundo de olho) para indivíduos com LT-CD4+ < que 50 células/mm3/caso/ano | 0 | 0 | 100% | 0 | Belém Castanhal | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Prevenção-Imunização | | | | |
|---|-----------|--|-----------------------------|-----|------|-----|--|
| Administrar vacinas conforme calendário e doses preconizadas pelo Programa Nacional de Imunizações. | | Todas as vacinas - observar recomendações do Protocolo Clínico | - | - | - | - | Todas as vacinas são disponibilizadas através do Programa Municipal de Imunização ou da Rede Referenciada. |
| Considerando contagem de LT-CD4 | | Tríplice viral - 2 doses/caso Com CD4 > 200 | - | - | - | - | |
| | | Varicela - 2 doses/caso - Com CD4 > 200 | - | - | - | - | |
| | | Vacinação do HPV- mulheres jovens de 9 a 26 anos de idade nas doses tradicionais | - | - | - | - | |
| | | Febre Amarela - 1 dose/caso | 173 | 173 | 100% | 173 | |
| | | Dupla adulto - 3 doses/caso; com reforço a cada 10 anos | 518 | 518 | 100% | 518 | |
| | | Haemophilus influenzae tipo b (Hib) - 2 doses/caso. Nos < 19 anos não vacinados | - | - | 100% | - | |
| | | Hepatite A - 2 doses (0 e 6 meses)/caso | 345 | 345 | 100% | 345 | |

| | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|------|-----|--|--|
| | Hepatite B - Dose dobrada administrada em 4 doses (0, 1, 2 e 6 ou 12 meses)/caso | 690 | 690 | 100% | 690 | | |
| | Streptococcus Pneumoniae (23valente) - Nos casos com CD4 > 200 e 1 reforço apenas em 5 anos dose/caso | - | - | - | - | | |
| | Influenza - 1 dose/caso/ano | 173 | 173 | 100% | 173 | | |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB, AAE | AÇÕES: | Acompanhamento - Atendimento multiprofissional | | | | |
|--|--|--------|--|------|-------|--------------------|---|
| Consultas com profissionais de nível superior (exceto médicos) na AB | Farmacêutico - 4 consultas/caso/ano | 690 | 690 | 100% | 690 | Belém Castanhal | - |
| | Enfermagem - 4 consultas/caso/ano | 690 | 690 | 100% | 690 | | - |
| | Assistente social - 4 consultas/caso/ano | 690 | 690 | 100% | 690 | | - |
| | Psicólogo - 12 consultas/caso/ano | 2.070 | 2.070 | 100% | 2.070 | | - |
| | Nutricionista - 3 consultas/caso/ano | 518 | 518 | 100% | 518 | | - |
| | Odontologia - 2 consultas/caso/ano | 345 | 345 | 100% | 345 | | - |
| | Fisioterapia - 2 consultas/caso/ano | 345 | 345 | 100% | 345 | | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB, AAE e AH | AÇÕES: | Acompanhamento - Atendimento odontológico | | | | |
|--|-------------------------------------|--------|---|------|-----|--------------------|---|
| Consulta odontológica - Métodos de higiene bucal | 04 consultas odontológicas/caso/ano | 690 | 690 | 100% | 690 | Belém Castanhal | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 63 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população feminina de 15 a 49 anos: 0,38% (Mulheres Vivendo com HIV/AIDS) / Necessidade de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB, AAE e AH | AÇÕES: | Rastreamento | | | | |
|--------------------|--|--------|--------------|------|-----|--------------------|---|
| Exames | Exame de mamografia/caso/ano para mulheres acima de 40 anos. | 63 | 63 | 100% | 63 | - | - |
| | Exame colpocitológico (preventivo do câncer de colo uterino)/caso/ano. | 125 | 125 | 100% | 125 | - | - |
| | Na presença de alterações patológicas pré-cancerosas, seguir normas técnicas preconizadas. | | | | | | |
| | Exame de Toque retal/caso/ano | 63 | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| | Exame citológico anal/caso/ano para todas as mulheres sexualmente ativas | 63 | - | - | - | | - |
| | Exame de anoscopia para presença de alterações patológicas quando for o caso | 63 | - | - | - | | - |
| | Exames para dosar alfa- fetoproteína e transaminases/caso/ano | 125 | - | - | - | | - |
| | Exames de ultrassom/caso/ano | 125 | - | - | - | - | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

| | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
|-----------|--|-----|-----|------|-----|-------------------|---------------------|
| Vacinação | Vacinar 100% das gestantes com esquema completo para DT (difteria, tétano) - mais de cinco anos fazer reforço/ esquema incompleto ou ignorado fazer 3 doses; | 634 | 634 | 100% | 634 | - | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Diagnóstico | | | | |
|---|--|--------|-------------|-----|-------|---|---|
| Exames | 02 testes rápidos de sífilis/gestante/ano, na 1ª consulta ou 1º trimestre e 3º trimestre de gestação. | 1.267 | 595 | 47% | 1.267 | - | - |
| | Obs. O diagnóstico de sífilis deve seguir o preconizado na Portaria 3242, de 30 de dezembro de 2011, ou outro documento que venha a substituí-la | | | | | | |
| | 02 testes rápidos de HIV/gestante/ano, na 1ª consulta ou 1º trimestre e 3º trimestre de gestação, e ainda no momento do parto para aquelas que não tenham sido testadas para HIV no pré-natal ou que não disponham do resultado do mesmo para admissão para o parto. | 1.267 | 615 | 49% | 1.267 | - | - |
| Obs. O diagnóstico do HIV deve seguir o preconizado no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, aprovado pela Portaria nº29, de 17 de dezembro de 2013, ou por outro documento que venha a substituí-lo. | | | | | | | |

Tabela 65 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de Gestantes residentes com Sífilis / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Tratamento | | | | |
|-----------------------------|---|--------|------------|------|----|---|---|
| Exames | Realizar controle com testes sorológicos não treponêmicos/paciente diagnosticado com sífilis após tratamento mensal durante o período gestacional. Continuar o controle de 3/3 meses após o parto durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento a cada 6 meses até estabilização. | 22 | 200 | 100% | 22 | - | - |
| | Teste não treponêmico quantitativo: 02 exames/parceiro sexual/ano; | 11 | - | - | - | - | - |
| Dispensação de medicamentos | Penicilina: administrar em 100% das gestantes e em 100% dos parceiros sexuais; | 5 | 5 | 100% | 5 | - | - |
| Consulta | 06 consultas médicas /caso/ano (pré-natal) | 32 | 32 | 100% | 32 | - | - |
| | 06 consultas enfermagem/caso/ano (pré-natal) | 32 | 32 | 100% | 32 | - | - |

Tabela 66 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de Gestantes residentes com HIV / Necessidade anual de procedimentos.

| | | | |
|---------------------------|--|---------------------|--------|
| 3.2.4 POPULAÇÕES-ALVO: | Gestantes com HIV: Prevalência nacional de HIV entre gestantes de 15 a 49 anos = 0,38% | POPULAÇÃO ESTIMADA: | 10.100 |
|---------------------------|--|---------------------|--------|

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | SAE | AÇÕES: | Tratamento | | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|--------|------------|---|---|---|--------------------|---|
| | | | | | | | | |
| Consulta | 06 consultas médicas/caso/ano; | | 14 | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| | 06 consultas enfermagem/caso/ano; | | 14 | - | - | - | | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB/AAE | AÇÕES: | Tratamento | | | | | |
|-----------------------------|--|--------|------------|---|---|---|--------------------|---|
| | | | | | | | | |
| Dispensação de medicamentos | Oferecer a 100 % das gestantes - terapia ARV tripla. | | 2 | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| Exames laboratoriais | CD4+: 03 exames /caso/ano; | | 7 | - | - | - | | - |
| | Carga viral: 03 exames /caso/ano | | 7 | - | - | - | | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Tratamento | | | | | |
|--------------------|--|--------|------------|----|------|----|---|---|
| | | | | | | | | |
| Consulta | 06 consultas médicas /caso/ano (pré-natal) | | 14 | 14 | 100% | 14 | - | - |
| | 06 consultas enfermagem/caso/ano (pré-natal) | | 14 | 14 | 100% | 14 | - | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AAH | AÇÕES: | Tratamento | | | | | |
|-------------------------------|--|--------|------------|---|---|---|--------------------|---|
| | | | | | | | | |
| Administração de medicamentos | AZT intravenoso a 100 % das parturientes | | 2 | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| | Cabergolina p/ inibição da lactação a 100 % das puérperas e fornecimento de 02 latas de fórmula láctea infantil para a mãe | | 2 | - | - | - | | - |

Tabela 67 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de Crianças menores de um ano de idade com sífilis congênita / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB/AAE | AÇÕES: | Tratamento | | | | | |
|-------------------------------|--|--------|------------|---|---|---|--------------------|---|
| | | | | | | | | |
| Consultas | 09 consultas/caso/ano ano | | 27 | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| | 01 avaliação audiológica | | 3 | - | - | - | | - |
| | 01 avaliação oftalmológica | | 3 | - | - | - | | - |
| | 01 avaliação neurológica | | 3 | - | - | - | | - |
| Exames | 01 Hemograma/caso/ano; | | 3 | - | - | - | | - |
| | 01 Radiografia dos ossos longos/caso/ano; | | 3 | - | - | - | | - |
| | 01 Punção lombar/caso/ano (realizar mais 02 punções lombar, se líquido alterado) | | 3 | - | - | - | | - |
| | 05 testes não treponêmicos quantitativos/caso/ano + realizar 01 teste treponêmico após 18 meses; | | 18 | - | - | - | | - |
| Administração de medicamentos | Penicilina cristalina intravenosa: a 100% das crianças, 10 dias/criança/ano | | 3 | - | - | - | - | |

Tabela 68 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de Crianças de até 18 meses expostas ao HIV / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB/AAE | AÇÕES: | Tratamento | | | | | |
|--------------------|--|--------|------------|---|------|---|--------------------|---|
| | | | | | | | | |
| Exames | 05 hemogramas/caso/ano; | | 8 | 8 | 100% | 8 | - | - |
| | 03 provas de função hepática (AST, ALT, GGT, FA, bilirrubinas)/caso/ano; | | 5 | 5 | 100% | 5 | - | - |
| | 03 sorologias HIV/caso/ano Sempre que houver dúvidas em relação ao estado de infecção da mãe | | 5 | 5 | 100% | 5 | - | - |
| | 02 Cargas Virais/caso/ano; | | 3 | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| | 01 sorologia para toxoplasmose/caso/ano; | | 2 | 2 | 100% | 2 | - | - |
| | 01 sorologia para rubéola/caso/ano, | | 2 | 2 | 100% | 2 | - | - |
| | 01 sorologia para citomegalovírus/caso/ano; | | 2 | 2 | 100% | 2 | - | - |
| | 01 sorologia para herpes simples/caso/ano; | | 2 | 2 | 100% | 2 | - | - |
| | 02 exames de CD4/CD8/caso/ano; | | 3 | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| | 01 HTLV 1/2/caso/ano; | | 2 | - | - | - | - | - |
| | 04 glicemias/caso/ano | | 6 | 6 | 100% | 6 | - | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AAH/AAE | AÇÕES: | Tratamento | | | | | |
|-----------------------------|--|--------|------------|---|---|---|--------------------|---|
| | | | | | | | | |
| Consultas | 09 consultas/caso/ano | | 14 | - | - | - | Belém Castanhal | - |
| Dispensação de medicamentos | Oferecer a 100% das crianças expostas a profilaxia com antirretroviral, conforme protocolo vigente | | 2 | - | - | - | - | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

A transmissão vertical do HIV e da sífilis é um desafio na saúde pública que necessita ser enfrentado através de políticas específicas. Um dos três eixos do Pacto pela Saúde é o Pacto pela Vida, em que a redução da mortalidade materna e infantil é uma das prioridades básicas. Um dos componentes para a execução desta prioridade é a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da Sífilis. Com a institucionalização da rede cegonha a qualidade no atendimento dessa população teve um grande avanço, em especial na realização dos testes rápidos de Hiv e Sífilis na triagem e diagnóstico dos casos, entretanto, somente o acesso ao diagnóstico não é suficiente para garantir a melhoria da qualidade da atenção à gestante portadora de HIV, aids e/ou sífilis. Garantir o tratamento e acompanhamento desses casos no município é fundamental.

Análise e classificação diagnóstica:

Garantir o diagnóstico da doença e não conseguir garantir o tratamento em especial aos portadores do Hiv e Sífilis em tempo oportuno para evitar a transmissão vertical, o acompanhamento clínico e laboratorial no município é uma política de saúde que deve ser analisada entre os setores da gestão para qualificação das ações já implantadas e implementar novas, fomentando a estruturação de uma rede integral de prevenção da transmissão vertical do HIV e da Sífilis.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 18.

Proposta da gestão:

- Fortalecer e qualificar a rede de atendimento municipal para este grupo;
- Construção deste protocolo com as diretrizes a serem seguidas para que se atinja o objetivo de eliminar a Sífilis congênita e reduzir a transmissão vertical do HIV;
- Garantir a notificação oportuna dos casos;
- Implantação do CTA-SAE
- Estruturar a rede laboratorial;

3.1.5.3.3. HEPATITES VIRAIS

A hepatite é uma inflamação no fígado que pode alterar o seu funcionamento, colaborando para o aparecimento de cirrose, câncer e outras doenças hepáticas. Existem várias formas de hepatite. As mais comuns são as virais que, como o próprio nome sugere, são causadas por vírus, os quais se propagam através de diversas formas, sendo as principais: relações sexuais sem proteção adequada e compartilhamento de sangue contaminado.

Tabela 69 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de de 75% da população geral / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: Prevenção | | | | | | | |
|-----------------------------|---|------------------|--------------|--------------|----------------------|--|--------|---|---------------------|
| | | Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| Vacinação contra hepatite B | Vacinar 100% da população até 49 anos, 100% dos que apresentam HBsAg e/ou anti-HBc negativos, 100% dos portadores de outras | 53.086 | 53.086 | 100% | 53.086 | Todas as vacinas são disponibilizadas através do Programa Municipal de Imunização ou da Rede | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--------|--------|------|--------|---------------|---|
| | hepatopatias e 100% dos contatantes domiciliares e parceiros sexuais de portadores de hepatite B. | | | | | Referenciada. | |
| | Vacinar 100% da população acima de 49 anos que buscar a vacina independente da comprovação da indicação. | 5.298 | 5.298 | 100% | 5.298 | | |
| | Testar 100% dos vacinados, com esquema completo, para Anti-HBs, na faixa etária maior que 29 anos (3 doses). | 63.141 | 63.141 | 100% | 63.141 | | |
| Vacinação contra hepatite A | Vacinar 100% da população com indicação clínica: Hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive portadores do HCV; <ul style="list-style-type: none"> • Portadores crônicos do HBV; • Coagulopatias; • Crianças menores de 13 anos com HIV/AIDS; • Adultos com HIV/aids que sejam portadores do HBV ou HCV; • Doenças de depósito; • Fibrose cística; • Trissomias; • Imunodepressão terapêutica ou por doença imunodepressora; • Candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes; • Transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; • Doadores de órgão sólido ou de medula óssea, cadastrados em programas de transplantes. | 43.751 | - | - | - | CRIE Belém | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Prevenção | | | | |
|---------------------------------------|---|--------|-----------|---|---|---|-------------------|
| Imunoglobulina Anti-Hepatite B (HBIG) | Ofertar a imunoglobulina a 100% das pessoas nas seguintes situações especiais: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenção da infecção perinatal pelo HBV; • Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B; • Vítimas de violência sexual; • Imunodeprimido após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados | 43.751 | - | - | - | - | Belém URE DIPI |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 70 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de 100% da população indígena local / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Prevenção |
|--------------------|----|--------|-----------|
|--------------------|----|--------|-----------|

| | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Vacinação contra hepatite A | Vacinar 100% da população indígena. | 0 | - | - | - | Ipixuna não possui população indígena instalada no território |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|---|---|---|---|

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 71 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população geral em vulnerabilidade social / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Prevenção | | | | |
|---------------------------------------|----|---|-----------|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| Vacinação contra hepatite B | | Vacinar 100% dos que apresentarem HBsAg e/ou anti-HBc negativos. | 0 | - | - | - | Serviços ofertados conforme surgimento da demanda |
| | | Testar 100% dos vacinados, com esquema completo, para Anti-HBs, na faixa etária maior que 29 anos. | 0 | - | - | - | |
| Imunoglobulina Anti-Hepatite B (HBIG) | | Ofertar a imunoglobulina a 100% das pessoas que se enquadrem nas seguintes situações especiais: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenção da infecção perinatal pelo vírus da hepatite B; • Vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por VHB; • Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B; • Vítimas de violência sexual; • Imunodeprimido após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados.. | 0 | - | - | - | |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 72 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de gestantes residentes / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Prevenção | | | | |
|-----------------------------|----|--|-----------|-----|------|-----|--|
| | | | | | | | |
| Vacinação contra hepatite B | | Vacinar 100% das gestantes que apresentam HBsAg e/ou anti-HBc e/ou anti-HBs negativos, a partir do primeiro trimestre da gestação. | 634 | 634 | 100% | 634 | Todas as vacinas são disponibilizadas através do Programa Municipal de Imunização ou da Rede Referenciada. |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 73 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de Recém-nascidos residentes / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB/AH | AÇÕES: | Prevenção | | | | |
|-----------------------------|-------|---|-----------|-------|------|-------|--|
| | | | | | | | |
| Vacinação contra hepatite B | | Vacinar 100% dos RN com a primeira dose da vacina hepatite B (monovalente) na maternidade (primeiras 12 horas de vida) e completar o esquema vacinal com mais 3 doses (pentavalente) até o sexto mês de vida. | 2.534 | 2.534 | 100% | 2.534 | Todas as vacinas são disponibilizadas através do Programa Municipal de Imunização ou da Rede Referenciada. |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 74 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de População de 12 meses até 24 meses / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Prevenção | | | | | |
|-----------------------------|----|---|-----------|-----|------|-----|-------|---|
| | | | | | | | | |
| HBsAg | | Testar 100% das crianças de 12 e 18 meses para o HBsAg de mães HBsAg positivas. | 621 | - | - | - | Belém | - |
| Anti-HBs | | Testar 100% das crianças de 12 e 18 meses para o anti-HBs de mães HBsAg positivas. | 621 | - | - | - | | - |
| HBIG | | Administrar uma dose de HBIG a 100% dos RN de mães HBsAg positivas (nas primeiras 12 horas de vida) | 621 | 621 | 100% | 621 | - | - |
| Vacinação contra Hepatite A | | Vacinar 100% da população de 12 meses até 24 meses. | 621 | 621 | 100% | 621 | - | - |

Tabela 75 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de indivíduo portador de teste HBsAg reagente / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Abordagem Inicial | | | | | |
|---------------------------------|----|---|-------------------|-----|------|-----|---|---|
| | | | | | | | | |
| Consulta médica | | 2 consultas (Inicial e Confirmação/Referência) | 344 | 344 | 100% | 344 | - | - |
| Diagnóstico de Gestação - B-HCG | | 1/paciente (mulheres em idade reprodutiva) | 172 | 172 | 100% | 172 | - | - |
| Marcadores Sorológicos - | | | - | - | - | - | - | - |
| HBsAg | | consulta inicial (30 dias após primeiro exame de HBsAg) | 172 | 172 | 100% | 172 | - | - |
| anti-HBc total | | consulta inicial | 172 | 172 | 100% | 172 | - | - |
| anti-HBc IgM | | (Somente se anti-HBc total reagente e sintoma ou epidemiologia sugestiva de infecção aguda) | 0 | - | - | - | | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 76 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de pacientes portadores de Hepatite B Crônica sem Cirrose até 35 anos de idade / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AAE | AÇÕES: | Acompanhamento Ambulatorial | | | | |
|--|--|--------|-----------------------------|---|---|---|--|
| | | | | | | | |
| Consulta com profissional de nível superior, exceto médico | 04 consultas/ano | | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Consulta médica | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | |
| Diagnóstico de Gestação - B-HCG | a cada 6 meses (mulheres em idade reprodutiva) | | 0 | - | - | - | |
| Marcadores Sorológicos | | | | | | | |
| anti-HVA | 1 exame/paciente (para determinar imunização) | | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| HBsAg | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | |
| anti-HBs | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | |
| anti-HBe | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | |
| HBeAg | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|
| anti-HCV | a cada 12 meses | 0 | - | - | - | |
| anti-HDV | a cada 12 meses (somente pacientes que residem em área endêmica ou que apresentem antecedente epidemiológico correspondente) | 0 | - | - | - | |
| anti-HIV | a cada 12 meses | 0 | - | - | - | |
| Teste não treponêmico para Sífilis | a cada 12 meses | 0 | - | - | - | |
| Biologia Molecular | | | | | | |
| HBV-DNA | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | - |
| Hematologia | | | | | | |
| Hemograma Completo | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Coagulograma | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | |
| Ferritina, Ferro Sérico, Sat. Transferrina | a cada 12 meses | 0 | - | - | - | |
| Função Renal | | | | | | |
| Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Exame de Urina | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | |
| Função Hepática | | | | | | |
| AST, ALT | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Fosfatase Alcalina, Gama GT | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | |
| Bilirrubina Total e Frações | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | |
| Proteína Total, Albumina | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | |
| Risco Cardiovascular e Diabetes | | | | | | |
| Glicemia de Jejum | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Colesterol Total e Frações, Triglicérides | a cada 12 meses | 0 | - | - | - | |
| Investigação de Fibrose/Cirrose Hepática e Complicações | | | | | | |
| Endoscopia Digestiva Alta | a cada 12 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Biópsia Hepática | Somente para elucidação diagnóstica de casos duvidosos com ALT elevada. A biópsia hepática é facultativa na Hepatite B. | 0 | - | - | - | |
| Rastreamento de Câncer Hepático | | | | | | |
| Ultrassonografia de Abdome Total | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Alfafetoproteína | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | |

| Controle Complicações Terapia com Tenofovir | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|---|
| Densitometria Óssea | a cada 48 meses (somente pacientes em uso de Tenofovir) | 0 | - | - | - | - | - |
| Controle Complicações Terapia com Interferon Peguilado | | | | | | | |
| TSH/T4L | a cada 3 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda | |
| Glicemia de Jejum | a cada 3 meses | 0 | - | - | - | | |
| Diagnóstico de Gestação - B-HCG | a cada 6 meses (mulheres em idade reprodutiva) | 0 | - | - | - | | |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 77 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de aos pacientes portadores de Hepatite B Crônica com Cirrose até 35 anos de idade. / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AAE | AÇÕES: | Acompanhamento Ambulatorial | | | | |
|--|--|--------|-----------------------------|---|---|---|--|
| | | | | | | | |
| Consulta com profissional de nível superior, exceto médico | 04 consultas/ano | | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Consulta médica | a cada 3 meses | | 0 | - | - | - | |
| Diagnóstico de Gestação - B-HCG | a cada 6 meses (mulheres em idade reprodutiva) | | 0 | - | - | - | |
| Marcadores Sorológicos | | | | | | | |
| anti-HVA | 1 exame/paciente (para determinar imunização) | | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| HBsAg | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | |
| anti-HBs | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | |
| anti-Hbe | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | |
| HbeAg | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | |
| anti-HCV | a cada 12 meses | | 0 | - | - | - | |
| anti-HDV | a cada 12 meses (somente pacientes que residem em área endêmica ou que apresentem antecedente epidemiológico correspondente) | | 0 | - | - | - | |
| anti-HIV | a cada 12 meses | | 0 | - | - | - | |
| Teste não treponêmico para Sífilis | a cada 12 meses | | 0 | - | - | - | |
| Biologia Molecular | | | | | | | |
| HBV-DNA | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Hemograma Completo | a cada 4 meses | | 0 | - | - | - | |

| | | | | | | |
|---|-----------------|---|---|---|---|--|
| Coagulograma | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | |
| Ferritina, Ferro Sérico, Sat. Transferrina | a cada 12 meses | 0 | - | - | - | |
| Função Renal | | | | | | |
| Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Exame de Urina | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | |
| Função Hepática | | | | | | |
| AST, ALT | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Fosfatase Alcalina, Gama GT | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | |
| Bilirrubina Total e Frações | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | |
| Proteína Total, Albumina | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | |
| Risco Cardiovascular e Diabetes | | | | | | |
| Glicemia de Jejum | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Colesterol Total e Frações, Triglicérides | a cada 12 meses | 0 | - | - | - | |
| Investigação de Complicações de Cirrose Hepática | | | | | | |
| Endoscopia Digestiva Alta | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | - |
| Rastreamento de Câncer Hepático | | | | | | |
| Ultrassonografia de Abdome Total | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos executados ou referenciados conforme o surgimento da demanda |
| Alfafetoproteína | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 78 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de aos pacientes portadores de Hepatite C. / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AB | AÇÕES: | | | | Abordagem Inicial |
|---------------------------------|--|----|--------|---|---|---|-------------------|
| Consulta médica | 2 consultas (Inicial e Confirmação/Referência) | 0 | - | - | - | Procedimentos a serem executados mediante surgimento da demanda | |
| Diagnóstico de Gestação -B- HCG | 1 consulta inicial (mulheres em idade reprodutiva) | 0 | - | - | - | | |
| Marcadores Sorológicos | | | | | | | |
| anti-HCV | 1 consulta inicial (30 dias após primeiro exame de anti-HCV) | 0 | - | - | - | Procedimentos a serem executados mediante surgimento da demanda | |
| HCV-RNA | Se confirmado anti-HCV reagente | 0 | - | - | - | | |
| anti-HVA | 1 exame/paciente (para indicar imunização) | 0 | - | - | - | | |

| | | | | | | |
|----------|--|---|---|---|---|--|
| HBsAg | 1 exame/paciente (para indicar imunização) | 0 | - | - | - | |
| anti-HBs | Confirmar imunização para Hepatite B | 0 | - | - | - | |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 79 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de aos pacientes portadores de Hepatite C Crônica sem Cirrose / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AAE/AC | AÇÕES: | | | | Acompanhamento Ambulatorial | |
|--|--|--------|--------|---|---|---|---|---|
| Consulta com profissional de nível superior, exceto médico | 04 consultas/ano | | 0 | - | - | - | Procedimentos a serem executados/referenciados mediante surgimento da demanda | |
| Consulta médica | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | | |
| Diagnóstico de Gestação - B-HCG | a cada 6 meses (mulheres em idade reprodutiva) | | 0 | - | - | - | | |
| Marcadores Sorológicos | | | | | | | | |
| anti-HIV | a cada 12 meses | | 0 | - | - | - | Procedimentos a serem executados/referenciados mediante surgimento da demanda | |
| Teste não treponêmico para Sífilis | a cada 12 meses | | 0 | - | - | - | | |
| Biologia Molecular | | | | | | | | |
| HCV-RNA Quantitativo | até 3x/ano (pré, durante e pós-tratamento) | | 0 | - | - | - | Procedimentos a serem executados/referenciados mediante surgimento da demanda | |
| Hematologia | Hemograma Completo | | 0 | - | - | - | | |
| Hemograma Completo | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | | |
| Coagulograma | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | | |
| Ferritina, Ferro Sérico, Sat. Transferrina | a cada 12 meses | | 0 | - | - | - | | |
| Função Renal | | | | | | | | |
| Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | - | - |
| Exame de Urina | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | - | - |
| Função Hepática | | | | | | | | |
| AST, ALT | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | Procedimentos a serem executados/referenciados mediante surgimento da demanda | |
| Fosfatase Alcalina, Gama GT | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | | |
| Bilirrubina Total e Frações | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | | |
| Proteína Total, Albumina | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | | |
| Risco Cardiovascular e Diabetes | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|-----------------|---|---|---|---|---|---|
| Glicemia de Jejum | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | - | - |
| Colesterol Total e Frações, Triglicérides | a cada 12 meses | 0 | - | - | - | - | - |
| Investigação de Fibrose/Cirrose Hepática e Complicações | | | | | | | |
| Endoscopia Digestiva Alta | a cada 12 meses | 0 | - | - | - | - | - |
| Biópsia Hepática | a cada 3-5 anos | 0 | - | - | - | - | - |
| Controle Complicações Terapia com Interferon Peguilado | | | | | | | |
| TSH/T4L | a cada 3 meses | 0 | - | - | - | - | - |
| Glicemia de Jejum | a cada 3 meses | 0 | - | - | - | - | - |
| Rastreo de Câncer Hepático | | | | | | | |
| Ultrassonografia de Abdome Total | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | - | - |
| Alfafetoproteína | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | - | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 80 - Parâmetros propostos para diagnóstico e acompanhamento de população de aos pacientes portadores de Hepatite C Crônica com Cirrose / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AAE/AC | AÇÕES: | Acompanhamento Ambulatorial | | | | |
|--|--|--------|-----------------------------|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| Consulta com profissional de nível superior, exceto médico | 04 consultas/ano | | 0 | - | - | - | Procedimentos a serem executados/referenciados mediante surgimento da demanda |
| Consulta médica | a cada 6 meses | | 0 | - | - | - | |
| Diagnóstico de Gestação - B-HCG | a cada 6 meses (mulheres em idade reprodutiva) | | 0 | - | - | - | |
| Marcadores Sorológicos | | | | | | | |
| anti-HIV | a cada 12 meses | | 0 | - | - | - | - |
| Teste não treponêmico para Sífilis | a cada 12 meses | | 0 | - | - | - | - |
| Biologia Molecular | | | | | | | |
| HCV-RNA Quantitativo | a cada 4 meses | | 0 | - | - | - | - |
| Hematologia | | | | | | | |
| Hemograma Completo | a cada 4 meses | | 0 | - | - | - | - |
| Coagulograma | a cada 4 meses | | 0 | - | - | - | - |
| Ferritina, Ferro Sérico, Sat. Transferrina | a cada 4 meses | | 0 | - | - | - | - |
| Função Renal | | | | | | | |
| Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina | a cada 4 meses | | 0 | - | - | - | - |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|---|
| Exame de Urina | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | - | - |
| Função Hepática | | | | | | | |
| AST, ALT | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | Procedimentos a serem executados/referenciados mediante surgimento da demanda | |
| Fosfatase Alcalina, Gama GT | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | | |
| Bilirrubina Total e Frações | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | | |
| Proteína Total, Albumina | a cada 4 meses | 0 | - | - | - | | |
| Risco Cardiovascular e Diabetes | | | | | | | |
| Glicemia de Jejum | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | - | - |
| Colesterol Total e Frações, Triglicérides | a cada 12 meses | 0 | - | - | - | - | - |
| Investigação de Fibrose/Cirrose Hepática e Complicações | | | | | | | |
| Endoscopia Digestiva Alta | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | - | - |
| Biópsia Hepática | Somente para elucidação diagnóstica de casos duvidosos | 0 | - | - | - | - | - |
| Rastreio de Câncer Hepático | | | | | | | |
| Ultrassonografia de Abdome Total | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | - | - |
| Alfafetoproteína | a cada 6 meses | 0 | - | - | - | - | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

O município de Ipixuna do Pará não disponibilizada de rede institucionalizada para atendimentos da clientela acometida por doenças infectocontagiosas, sendo os memos após o diagnóstico (teste rápido ou sorologia) encaminhados para os municípios de Castanhal e/ou Belém para acompanhamento.

Os imunobiológicos estão disponibilizados em oito salas de vacinas municipais, distribuídos na zona urbana e rural

Análise e classificação diagnóstica:

A estruturação da rede de atendimento a essa clientela é de fundamental importância para garantir de forma integral o acompanhamento dos mesmos, desta forma, conseguindo traçar o perfil desse grupo, que hoje torna-se inviável conseguir se apropriar de dados fidedignos.

A expansão das salas de vacina é outra política de saúde que deve ser intensificada

para garantir com maior facilidade o acesso aos imunobiológicos.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 12.

Proposta da gestão:

- Implantação de um CTA-SAE para acompanhamento dos casos na rede municipal;
- Qualificar os profissionais quanto ao manejo clínico e acompanhamentos dos casos;
- Construção de protocolo com as diretrizes a serem seguidas manejo dos casos de Hepatite Virais;
- Expansão das salas de vacinas para garantir a facilidade do acesso;

3.1.5.3.4. PREVENÇÃO DE HIV/AIDS, SÍFILIS, HEPATITES VIRAIS E HTL-V

Tabela 81 - Parâmetros propostos de ações preventivas para 92% da população de 15 a 64 anos (sexualmente ativa) / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AB/AAE | AÇÕES: Prevenção | | | | |
|---|---|--------------|----------------------|-----------|-----------|--|---------------------|
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| Dispensação de preservativos masculinos | 144 (grosa) unidades de preservativos masculinos/pessoa/ano ou sempre que necessário | 5.082.860 | 5.082.860 | 100% | 5.082.860 | - | - |
| Dispensação de preservativo feminino | 144 unidades de preservativos femininos sempre que avaliado a necessidade/ pessoa / ano | 5.082.860 | 5.082.860 | 100% | 5.082.860 | - | - |
| Dispensação de gel lubrificante | 144 unidades de gel lubrificante sempre que avaliado a necessidade/ pessoa / ano | 5.082.860 | 5.082.860 | 100% | 5.082.860 | - | - |
| Atividade educativa / orientação (aconselhamento) | 02 atividades educativas por/pessoa/ano ano ou sempre que necessário | 70.595 | 70.595 | 100% | 70.595 | - | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 82 - Parâmetros propostos de ações preventivas para populações chave para a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB/AAE | AÇÕES: Prevenção | | | | | |
|---------------------------------------|---|------------------|---------|------|---------|---|---|
| Dispensação de preservativo masculino | Profissionais do sexo: 480 preservativos masculinos/pessoa/ano ou sempre que necessário | 175.488 | 175.488 | 100% | 175.488 | - | - |
| Dispensação de preservativo feminino | Profissionais do sexo feminino: 144 preservativos femininos/pessoa/ano ou sempre que necessário | 52.646 | 52.646 | 100% | 52.646 | - | - |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---|--------|---------|------|---------|---|---|
| | Mulheres presas: 48 preservativos femininos/pessoa/ano ou sempre que necessário | 7.000 | 7.000 | 100% | 7.000 | - | - |
| Dispensação de gel lubrificante | Profissionais do sexo: 144 unidades de gel lubrificante/pessoa/ano ou sempre que necessário | 52.646 | 175.488 | 100% | 175.488 | - | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 83 - Parâmetros propostos de ações preventivas para População feminina acima de 50 anos de idade / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB/AAE | AÇÕES: | Prevenção | | | | |
|---|---|---------|-----------|------|---------|---|---|
| | | | | | | | |
| Dispensação de gel lubrificante | 144 unidades de gel lubrificante/pessoa/ano ou sempre que necessário - exceto profissional do sexo que deve avaliar sempre que necessário | 326.304 | 326.304 | 100% | 326.304 | - | - |
| Atividade educativa/orientação (aconselhamento) | 03 atividades educativas/gestante/ano ou sempre que necessário | 6.798 | 6.798 | 100% | 6.798 | - | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 84 - Parâmetros propostos de ações preventivas para população do sexo feminino de 9 a 14 anos / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Prevenção | | | | |
|---|--|--------|-----------|-----|-------|---|---|
| | | | | | | | |
| Vacina de HPV | 03 doses/menina (esquema estendido - esquema vacinal 0, 6 e 60 meses). | 10.503 | 1.749 | 50% | 5.252 | - | - |
| Atividade educativa/orientação (aconselhamento) | 03 atividades educativas por/pessoa ou sempre que necessário | 10.503 | - | 33% | 3501 | - | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

As ações preventivas, que permeiam desde a distribuição de preservativo, aplicação de vacinas e distribuição de preservativo deve ser sempre fortalecidas nas Estratégias de Saúde da família, tentando atingir os grupos, em especial os que apresentam maior vulnerabilidade de adquirir as Infecção Sexualmente Transmissível.

Análise e classificação diagnóstica:

Trabalhar a prevenção no município é a melhor forma de reduzir o numero de casos de doenças sexualmente transmissíveis, em especial HIV/AIDS, Sífilis, Hepatites Virais e HTLV.

Classificado como Relevante, média intervenção, nota 27.

Proposta da gestão:

- Fortalecer o Programa Saúde na Escola
- Executar campanhas municipais de conscientização ao uso de preservativo, realização de testes rápidos de Hiv, Hepatites e Sífilis;
- Fortalecimento do Programa de Planejamento Familiar, com dispensação de preservativo em quantidade suficiente que alcance a necessidade do usuário;

3.1.5.3.5. HANSENÍASE

O Programa de Prevenção e Controle da Hanseníase do Município de Ipixuna do Pará está em consonância com o Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde instituído pela Portaria 3.125/2010.

Na sera deste agravo, em Ipixuna do Pará as ações seguintes ações são executadas:

- Educação e promoção da saúde no âmbito dos serviços e da coletividade;
- Identificação, acompanhamento dos casos, exame de contato e notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;
- Diagnóstico de casos de Hanseníase excluindo a forma neural pura;
- Avaliação neurológica simplificada e aferição do grau de incapacidade;
- Exame de contatos, orientações e apoio;
- Tratamento por meio de Poliquimioterapia (PQT) e esquemas substitutivos;
- Acompanhamento de pacientes durante o tratamento da Hanseníase e após a alta, mesmo que ele esteja sendo atendido em Serviços do tipo II e III;
- Prevenção de incapacidades por meio da implementação trimestral da avaliação neurológica simplificada, fisioterapia motora e auto-cuidado;
- Encaminhamento para outros profissionais e serviços quando necessário;
- Tratar reações hansênicas e adversas por meio medicamentoso;
- Acompanhar pacientes com seqüelas.

O Programa tem como objetivo fortalecer as ações preventivas e de vigilância epidemiológica da hanseníase por meio da promoção em saúde e educação permanente, e de fornecer assistência integral aos portadores e contatos por meio de atendimento multidisciplinar, dispensar e supervisionar os medicamentos hansenostáticos, além do tratamento e acompanhamento permanente de complicações e sequelas.

O município de Ipixuna do Pará tem como meta aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase. Alcançar no mínimo em 90% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase. Examinar e vacinar no mínimo 97% dos contatos que ainda não possuem cicatriz ou que possuem apenas uma cicatriz vacinal com a vacina da BCG. Garantir hansenostático continuamente até o fim do tratamento para todos os pacientes da forma paucibacilar e multibacilar, fazer busca ativa de casos novos. Realizar educação continuada a todos os profissionais envolvidos com esses pacientes.

No ano de 2015, Ipixuna do Pará recebeu treinamento teórico-prático extensivo, ministrado por profissionais especializados da Secretaria estadual de Saúde. O referido treinamento destinou-se à equipe multiprofissional da rede pública, tendo como foco o diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção de incapacidades em hanseníase. Observa-se que de todos os profissionais capacitados, apenas 40% ainda atuam no município.

Tabela 85 - Parâmetros propostos de ações preventivas com cobertura de 75% da população geral do município com casos de hanseníase / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB/AAE | AÇÕES: | Prevenção | | | | | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|--|-------------------------|--------------|----------------------|-----------|--------|--|---------------------|--|--|
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | | | |
| | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada | | |
| Ações educativas de promoção da saúde no âmbito dos serviços | 04 ações educativas/ano | 175.00 2 | 6.000 | 3,5% | 7.000 | - | - | | |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB/AAE | AÇÕES: | Busca Ativa | | | | | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|--|--|--------------|----------------------|-----------|--------|--|---------------------|--|--|
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | | | |
| | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada | | |
| Busca ativa de sintomáticos dermatológicos/população adstrita da área da US | 2,5% população adstrita/ano | 0 | - | - | - | - | - | | |
| Busca ativa em grupos específicos - prisões, quartéis, escolas, de pessoas que se submetem a exames periódicos, etc. | 01 consulta médica ou de enfermagem / grupo específico / ano | 43.751 | 6.000 | 14% | 7.000 | - | - | | |
| Vacinação de BCG em contatos intradomiciliares indenes | Sem cicatriz ou com uma cicatriz – 1 dose/comunicante | 0 | - | - | - | - | - | | |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AAE/AH | AÇÕES: | Exames diagnósticos | | | | | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-------------------------------------|--------------------|--------------|----------------------|-----------|--------|--|---------------------|--|--|
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | | | |
| | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada | | |
| Coleta de raspado intradérmico para | 01 coleta/caso/ano | 43.751 | 50 | 0,11% | 150 | Belém | - | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--------|---|----|---|--|---|
| pesquisa de Mycobacterium leprae | | | | | | | |
| Baciloscopia | 01 exame de baciloscopia/caso (se disponível) | 43.751 | 0 | 0% | - | | - |
| Biópsia | 01 exame de biópsia/caso (se necessário). | 43.751 | 0 | 0% | - | | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB/AEE/AH | AÇÕES: | Tratamento | | | | | |
|--|----------------------------------|--------|------------|----|---|----------------------|---|---|
| Busca ativa de casos faltosos ao tratamento | 100% dos faltosos | | 0 | - | - | 100% | - | - |
| Busca ativa de contatos | 100% dos contatos não examinados | | 0 | - | - | 100% | - | - |
| Administrar poliquimioterápico para pacientes paucibacilares | 06 doses/caso | | 0 | 21 | - | 100% dos casos novos | - | - |
| Administrar poliquimioterápico para pacientes multibacilares | 12 doses/caso | | 0 | 11 | - | 100% dos casos novos | - | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB/AEE/AH | AÇÕES: | Acompanhamento | | | | |
|--|---|---------|----------------|-------|----------------------|--------------------------------|---|
| Consulta de enfermagem para pacientes paucibacilares | 06 consultas de enfermagem/caso/ano | 262.503 | 126 | 0,05% | 100% dos casos novos | - | - |
| Consulta médica para pacientes paucibacilares | 02 consultas médicas/caso/ano | 87.501 | 84 | 0,95% | 100% dos casos novos | - | - |
| Consulta médica para pacientes multibacilares | 03 consultas médicas/caso/ano | 131.252 | 60 | 0,45% | 100% dos casos novos | - | - |
| Consulta de enfermagem para pacientes multibacilares | 12 consultas/caso/ano | 525.006 | 132 | 0,02% | 100% dos casos novos | - | - |
| Consulta médica para avaliação de contatos | 01 consulta/contato/ano | 43.751 | 30 | 0,06% | 100% dos casos novos | - | - |
| Consulta de enfermagem para avaliação de contatos | 01 consulta/contato/ano | 43.751 | 30 | 0,06% | 100% dos casos novos | - | - |
| Consultas/atendimento de urgência | 01 consulta ou atendimento de urgência /ano | 43.751 | - | - | 100% dos casos novos | Marituba URE Marcelo Candia | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB/AEE | AÇÕES: | Acompanhamento | | | | |
|---|----------------------------------|---------|----------------|---|---------|---|---|
| Visita domiciliar de ACS para pacientes paucibacilares | 06 visitas domiciliares/caso/ano | 262.503 | - | - | 262.503 | - | - |
| Visita domiciliar ACS para pacientes multibacilares | 12 visitas domiciliares/caso/ano | 525.006 | - | - | 525.006 | - | - |
| Atendimento de enfermagem - Nível médio para pacientes paucibacilares | 06 atendimentos/caso/ano | 262.503 | - | - | 262.503 | - | - |

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|---------|-----|-------|---------|---|---|
| Atendimento de enfermagem - Nível médio para pacientes multibacilares | 12 atendimentos/caso/ano | 525.006 | - | - | 525.006 | - | - |
| Atendimento em prevenção de incapacidades para pacientes multibacilares | 12 atendimentos/caso/ano | 525.006 | 132 | 0,02% | 525.006 | - | - |
| Atendimento em prevenção de incapacidades para pacientes paucibacilares | 06 atendimentos/caso/ano | 262.503 | 125 | 0,04% | 262.503 | - | - |
| Atendimento em grupo de pacientes – grupo de autocuidado | 12 reuniões grupo autocuidado/ano | 525.006 | 0 | 0% | 525.006 | - | - |
| Avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico | 01 avaliação/caso | 43.751 | 32 | 0,07% | 43.751 | - | - |
| Avaliação do grau de incapacidade física na cura | 01 avaliação/caso | 43.751 | 30 | 0,06% | 43.751 | - | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

A coordenação Municipal do Programa de Hanseníase está vinculada a coordenação de Vigilância em Saúde, que de forma integrada com atenção básica desenvolve as atividades inerentes ao agravo.

Nas escolas anualmente é realizado a campanha de hanseníase e verminoses, onde é realizada busca ativa de casos suspeitos nos escolares na faixa etária de 5 a 14 anos. Cerca de 95% dos casos notificados são em decorrência da demanda espontânea, nenhum por busca ativa. O diagnóstico é realizado no município, seja pela clínica, através da avaliação dermatoneurológica ou laboratorial, através do raspado intradérmico. Os exames laboratoriais são realizados por empresa terceirizada, o que torna a quantidade de exames realizados restrito. Os casos com complicações são encaminhados para o Marcelo Candia, no município de Marituba.

Análise e classificação diagnóstica:

A Hanseníase constitui um agravo de saúde pública de grande relevância, a intensificação das atividades de vigilância e de fundamental importância para garantir o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e integral, avaliação dos contatos para quebrar a cadeia de transmissão, avaliação dermatoneurológica para evitar as sequelas ou seu agravamento e fortalecer a rede laboratorial.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 12.

Proposta da gestão:

- Criação de protocolo e diretrizes para aporte técnico dos profissionais;
- Qualificação dos profissionais;
- Intensificar as campanhas municipais para sensibilizar a população e captar casos novos em tempo oportuno;
- Garantir material técnico para execução das atividades;
- Garantir a realização de exame laboratorial (raspado intradérmico) em todos os casos, quando necessário.
- Desenvolver oficina de atualização para diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção de incapacidades em hanseníase

3.1.5.3.6. DENGUE

Nos últimos anos a Dengue se consolidou como um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil. Nesse período, a epidemiologia da doença apresentou alterações importantes, destacando-se o maior número de casos e hospitalizações, com epidemias de grande magnitude, o agravamento do processo de interiorização da transmissão, com registro de casos em municípios de diferentes portes populacionais e a ocorrência de casos graves acometendo pessoas em idades extremas (crianças e idosos).

Tabela 87 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento da população geral do município (proporção de 100/100.000 habitantes) / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Diagnóstico | | | | | |
|---|---|--------|--------------|----------------------|-----------|-------------|---|---------------------|
| | | | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| Categoria | Procedimento | | | | | | | |
| Coleta de amostra para sorologia | 01 coleta/sorologia/ 1.000 habitantes/ano. | 58 | 13 | 22% | 58 | Belém LACEN | - | |
| Coleta de amostra para isolamento viral | 01 coleta/isolamento/10.000 habitantes/ano. | 6 | 01 | 17% | 6 | Belém LACEN | - | |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Acompanhamento | | | | | |
|------------------------|--|--------|----------------|-----|-----|---|---|--|
| | | | | | | | | |
| Consulta de enfermagem | 02 consultas enfermagem/ 1.000 habitantes/ano. | 117 | 45 | 38% | 117 | - | - | |
| Consulta médica | 02 consultas médicas/1.000 habitantes/ano. | 117 | 45 | 38% | 117 | - | - | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|---|-----|-----|------|-----|---|---|
| Hemograma completo | 02 exames/1.000 habitantes/ano. | 117 | 117 | 100% | 117 | - | - |
| Hidratação oral | 01 hidratação oral/1.000 habitantes/ano. | 58 | 58 | 100% | 58 | - | - |
| Visita domiciliar ACS | 02 visitas domiciliares/1.000 habitantes/ano. | 117 | 117 | 100% | 117 | - | - |

Tabela 88 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de população de municípios com transmissão de dengue dentro do esperado / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AAE, AH | AÇÕES: Acompanhamento | | | | | |
|--|--|-----------------------|---|------|---|---|---|
| | | | | | | | |
| Hemograma completo | 1,5 exame/10.000 habitantes/ano. | 9 | 9 | 100% | 9 | - | - |
| Exames laboratoriais (proteïnemia) | 1,5 exame/10.000 habitantes/ano. | 9 | 9 | 100% | 9 | - | - |
| Exames laboratoriais (eletrólitos, gasometria) | 1,5 exame/10.000 habitantes/ano. | 9 | 9 | 100% | 9 | - | - |
| Exames laboratoriais (provas função hepática) | 1,5 exame/10.000 habitantes/ano. | 9 | 9 | 100% | 9 | - | - |
| Exames de imagem (RX) | 1,5 exame/10.000 habitantes/ano. | 9 | 9 | 100% | 9 | - | - |
| Exames de imagem (RX) | 1,5 exame/10.000 habitantes/ano. | 9 | 9 | 100% | 9 | - | - |
| Hidratação Venosa e outros cuidados | 1,5 Hidratação/10.000 habitantes/ano. | 9 | 9 | 100% | 9 | - | - |
| Internação (taxa média de ocupação: 4 dias) | 0,7 Internações/10.000 habitantes/ano. | 4 | 4 | 100% | 4 | - | - |

Fonte: SISPNCD / SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

O Programa municipal da dengue, está atrelado a coordenação de endemias e epimiologia municipal. Estão disponíveis cerca de 15 agentes de endemias, trabalhando diariamente no trabalho de promoção e prevenção nas residências da zona urbana e periurbana do município.

Todas as unidades do município estão estruturadas para realizarem o acompanhamento dos casos, desde a notificação, hidratação quando necessário ou encaminhar o paciente para o hospital se houver necessidade.

A coleta do material para sorologia e realizado no laboratório terceirizado e o coordenador de endemias encaminha o material coletado para análise no LACEN.

O trabalho preventivo nas escolas e afins é realizado em parceria com a equipe do PSE.

Análise e classificação diagnóstica:

O trabalho integrado entre secretaria de saúde e demais secretaria do governo (

Educação, Saneamento, Ambiental e outras) é fundamental para o sucesso, pois é um agravo que está relacionado a condições ambientais e de saneamento.

Garantir o acesso oportuno as serviços de saúde e contar com uma rede laboratorial que possa ajudar na tomada de decisões em tempo hábil e um dos alicerces do manejo da dengue, diminuindo ou até mesmo zerando os casos de óbito.

Classificado como Execução Permanente, média intervenção, nota 27.

Proposta da gestão:

- Fortalecimento da rede laboratorial do município
- Garantir o envio oportuno das sorologias para o LACEN
- Intensificar as atividades de prevenção;
- Garantir que os profissionais notifiquem os casos quando acompanhado nas unidades;
- Qualificar os profissionais quanto ao manejo clínico dos casos.

3.1.5.3.7. TUBERCULOSE

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. No Brasil, a doença é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. O surgimento da aids e o aparecimento de focos de tuberculose resistente aos medicamentos agravam ainda mais esse cenário.

As ações de controle da tuberculose (TB) em Ipixuna do Pará são realizadas pela atenção básica (AB), recebendo retaguarda da vigilância em saúde em seu fluxo assistencial.

A entrada do paciente com tuberculose no município pode ser feita nos três níveis de atenção.

Tabela 92 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de sintomáticos respiratórios ou casos suspeitos de tuberculose / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Busca Ativa/diagnóstico | | | | |
|--------------------|--------------|--------------|-------------------------|-----------|--------|---|---------------------|
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |

| | | | | | | | |
|----------------------------|--|-------|-----|------|-------|-------|---|
| Consulta médica/Enfermagem | 01 Consulta médica/enfermagem de rastreamento/ano. | 583 | 583 | 100% | 583 | - | - |
| Exames complementares | 02 baciloscopia de escarro/01 cultura com teste de sensibilidade (TSA)/caso/ano ou 01 TRM-TB (Teste Rápido Molecular para Tuberculose)/ 01 cultura caso TRM-TB positivo com TS/caso/ano. | 1.750 | 10 | 0,5% | 1.750 | Belém | - |
| | 01 Radiografia de tórax /caso suspeito de tuberculose/ano + (01 Radiografia de tórax para população ingressa no sistema prisional). | 583 | 0 | 0% | 583 | - | - |
| | 01 Teste diagnóstico HIV /Caso confirmado/ano. | 583 | 2 | 0,3% | 583 | - | - |
| | 01 Cultura para micobactéria com TSA /Caso de retratamento TB ou Suspeita em Pop. Vulneráveis (População que vive com HIV/Aids, população privada de liberdade, população em situação de rua, Indígenas e profissionais de saúde). | 583 | 0 | 0% | 583 | Belém | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AAE/AH | AÇÕES: | | | | Busca Ativa/diagnóstico | |
|--------------------|---|--------|--------|---|---|-------|-------------------------|--|
| Exames | 01 broncoscopia/caso suspeito de tuberculose que não apresenta escarro. | 583 | - | - | - | Belém | - | |
| | 01 cultura com teste de sensibilidade (TSA) /ano. | 583 | - | - | - | | - | |

Tabela 93 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de pessoas com tuberculose / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AB / AAE / AH | AÇÕES: | | | | Tratamento | |
|--------------------|---|---------------|--------|------|----|---|------------|--|
| Terapêutica | 01 tratamento com esquema básico OU 01 tratamento com esquema especial (quando necessário) / caso confirmado/ano. | 6 | 6 | 100% | 6 | - | - | |
| | 05 TDO (tratamento diretamente observado) durante todo o tratamento/caso/semana. | 29 | 29 | 100% | 29 | - | - | |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AB / AAE | AÇÕES: | | | | Acompanhamento | |
|--|--|----------|--------|-----|----|-------|----------------|--|
| Consulta médica/enfermagem Exames complementares | 06 Consultas médicas e/ou de enfermagem/caso TB/ano (01 consulta/mês). | 35 | 30 | 86% | 35 | - | - | |
| Exames | 06 Baciloscopias/caso TB/ano (01 exame/mês). | 35 | 5 | 14% | 35 | - | - | |
| | 01 Cultura micobactéria com TSA/com baciloscopia positiva no 2º mês de tratamento. | 06 | - | - | - | Belém | - | |
| | 01 Raio X tórax/caso TB/ano. | 06 | 0 | 0% | 6 | - | - | |
| | 01 Visita domiciliar/ caso TB/ano. | 06 | 0 | 0% | 6 | - | - | |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AAE / AH | AÇÕES: | | | | Acompanhamento | |
|----------------------------|--|----------|--------|------|----|---|----------------|--|
| Consulta médica/enfermagem | 12 Consultas médicas e/ou de enfermagem/casos especiais de TB/ano (01 consulta/mês). | 70 | 70 | 100% | 70 | - | - | |

| | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|------|-----|-------------------------------|---|
| | 18 Consultas médicas e de enfermagem/caso tuberculose resistente /ano (01 consulta/mês). | 105 | 105 | 100% | 105 | - | - |
| Exames complementares | 01 Cultura micobactéria com TSA/ casos especiais de TB/ano | 6 | - | - | - | Belém | - |
| | 10 Culturas micobactéria com TSA/caso de tuberculose resistente /ano para casos (1 exame a cada dois meses). | 58 | - | - | - | | - |
| | 02 Raio X tórax/caso de TB/ano (ao início e fim do tratamento, mais exames podem ser necessários durante seguimento conforme indicação médica). | 12 | 12 | 100% | 12 | - | - |
| | 01 tomografia/ caso de tuberculose com complicações/ano | 6 | - | - | - | Belém, Castanhal, Paragominas | - |
| Consulta médica com cirurgião torácico | 01 consulta/caso de tuberculose drogaresistente com indicação cirúrgica/ano. | 6 | - | - | - | Belém | - |

Tabela 94 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento Contatos de pessoas com tuberculose (4/caso TB) / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AB | AÇÕES: | | | Busca ativa | |
|----------------------------|---|-----|--------|------|-----|-------------|---|
| Consulta médica/enfermagem | 01 Consulta médica ou de enfermagem/Contato identificado. | 23 | 2 | 8,7% | 23 | - | - |
| Exames | 02 Baciloscopias. | 47 | 0 | 0% | 47 | - | - |
| | 01 radiografia de tórax/Contato suspeito TB ativa. | 23 | 0 | 0% | 23 | - | - |
| | 01 Cultura para micobactéria com TSA /Caso de contato com tuberculose resistente. | 23 | - | - | - | Belém | - |
| | 01 Prova tuberculínica/Contato assintomático para investigação da ILTB. | 23 | - | - | - | | - |
| | 01 Radiografia de tórax/Contato assintomático com PPD≥5mm. | 23 | 23 | 100% | 23 | - | - |
| Tratamento | 01 Tratamento da ILTB/Caso de ILTB entre os contatos. | 23 | 23 | 100% | 23 | - | - |
| Consulta médica/Enfermagem | 08 Consulta médica ou de enfermagem /Tratamento da ILTB/ano (01 consulta a cada 3 meses). | 187 | 187 | 100% | 187 | - | - |

Tabela 95 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de menores 1 ano / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AB | AÇÕES: | | | Prevenção | |
|--------------------|--------------------------|-----|--------|-----|-----|-----------|---|
| Vacinação | 01 dose BCG/criança/ano. | 627 | 455 | 72% | 627 | - | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

A coordenação Municipal do Programa de Tuberculose está vinculada a coordenação de Vigilância em Saúde, que de forma integrada com atenção básica desenvolve as atividades inerentes ao agravo.

Cerca de 95% dos casos notificados são em decorrência da demanda espontânea, nenhum por busca ativa. O diagnóstico é realizado no município, seja pela clínica ou laboratorial, através baciloscopia de escarro. O exame de

Baciloscopia de escarro e realizados por laboratório tercerizado, o que torna a quantidade de exames realizados restrito e não conseguindo alcançar a demanda, deixando descortado principalmente os pacientes em acompanhamento de tratamento, não podendo ser avalado a eficácia do tratamento, recendo alta muitas das vezes so com a baciloscopia de inicio de tratamento.

Análise e classificação diagnóstica:

A Tuberculose constiui uma agravo de saúde publica de grande relevância. A intensificação das atividades de vigilância e de fundamental importância para garantir o diagnostico precoce, tratatamento oportuno e integral.

Realizar o acompanhamento dos Sintomáticos respiratórios e garantir que os mesmo realizem os exames e de fundamental importância na vigilância do casos.

Classificado como Execução Permanente, média intervenção, nota 27.

Proposta da gestão:

- Criação de protocolo e diretrizes para aporte técnico dos profissionais;
- Qualificação dos profissionais;
- Intensificar as campanhas municipais para sensibilizar a população e captar casos novos em tempo oportuno;
- Garantir a realização de exame laboratorial (bacilospia de escarro) em todos os casos e Raio X quando necessário.

3.1.5.3.8. LEISHMANÍOSE VISCERAL

Leishmaniose visceral, ou calazar, é uma doença transmitida pelo mosquito-palha ou birigui (*Lutzomyia longipalpis*) que, ao picar, introduz na circulação do hospedeiro o protozoário *Leishmania chagasi*.

A doença não é contagiosa nem se transmite diretamente de uma pessoa para outra, nem de um animal (cães, roedores e equídeos) para outro, nem dos animais para as pessoas. A transmissão do parasita ocorre apenas através da picada do mosquito fêmea infectado.

Em uma busca na série histórica deste agravo nas bases nacionais do SINAN, podemos observar 1 caso de internação em outro município, de residente de Ipixuna do Pará, no ano de 2016 e mais 1 caso com a mesma configuração em 2017. Já na rede assistencial do próprio município, podemos verificar que o Hospital Santa Clara emitiu AIH para 3 casos que foram internados no município, no ano de

2017. Nota-se então o surgimento da doença em seres humanos em 2016, com 1 caso, e possível disseminação do agravo no município no ano de 2017, que totalizou 4 casos.

Tabela 96 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento para prevenção/cobertura de 75% da População Geral./ Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AB | AÇÕES: | | Diagnóstico | | | | |
|--|--|--------------|----------------------|-----------|-------------|---|---------------------|--|--|
| Observação: a proporção de casos suspeitos por habitante entre os municípios brasileiros varia entre 0,3/100.000 hab. a 360/100.000 hab. | | | | | | | | | |
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | | | |
| | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada | | |
| Exames laboratoriais/RIFI | Para 70% dos casos suspeitos: 01 exame RIFI/caso/ano. | 2 | - | - | - | Belém | - | | |
| Exames laboratoriais/Teste rápido imunocromatográfico | Para 100% dos casos suspeitos: 01 exame Teste rápido imunocromatográfico/caso/ano. | 3 | - | - | - | | - | | |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AAE/AH | AÇÕES: | | Diagnóstico | | | | |
|---|---|--------|--------|---|-------------|-------|---|--|--|
| Punção de medula óssea para diagnóstico parasitológico direto | Para 30% dos casos suspeitos: 01 exame Punção de medula óssea/caso/ano. | 1 | - | - | - | Belém | - | | |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AB | AÇÕES: | | Acompanhamento | | | | |
|------------------------|---|----|--------|------|----------------|---|---|--|--|
| Consulta de Enfermagem | Para 100% dos casos suspeitos: 01 consulta enfermagem/caso/ano. | 3 | 6 | 200% | 3 | - | - | | |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | | AB / AAE | AÇÕES: | | Acompanhamento | | | | |
|--|---|----------|--------|------|----------------|---|---|--|--|
| Consulta Médica | 06 consultas/caso/ano (obs. 1 consulta/caso/mês durante 6 meses). | 6 | 6 | 100% | 6 | - | - | | |
| Exame laboratorial/Hemograma completo | 05 exames Hemograma completo/caso/ano. | 5 | 5 | 100% | 5 | - | - | | |
| Exames laboratoriais/provas de função renal e hepática | 04 exames Prova de função renal e hepática/caso/ano. | 4 | 4 | 100% | 4 | - | - | | |
| Exame Laboratorial/Coagulograma | 04 exames Coagulograma/caso/ano. | 4 | 4 | 100% | 4 | - | - | | |
| Exame Laboratorial/Proteínas séricas | 04 exames Proteínas séricas/caso/ano. | 4 | 4 | 100% | 4 | - | - | | |
| Exame Laboratorial/Amilase sérica | 04 exames Amilase sérica/caso/ano. | 4 | 4 | 100% | 4 | - | - | | |
| Eletrocardiograma | Para 100% dos pacientes com idade acima de 40 anos que façam uso de antimonioato de meglumina (correspondendo a | 0 | 0 | - | 0 | - | - | | |

| | | | | | | | |
|-------------|--|---|---|------|---|-------|---|
| | aproximadamente 5% dos casos confirmados): 04 exames Eletrocardiograma/caso/ano. | | | | | | |
| RX de tórax | Para 30% dos casos confirmados: 01 exame RX de tórax/caso/ano. | 0 | 0 | - | 0 | - | - |
| Hemocultura | Para 30% dos casos confirmados: 01 exame Hemocultura/caso/ano. | 0 | 0 | - | 0 | Belém | - |
| Urocultura | Para 30% dos casos confirmados: 01 exame Urocultura/caso/ano. | 0 | 0 | - | 0 | | - |
| EAS | Para 30% dos casos confirmados: 01 exame EAS/caso/ano. | 0 | 0 | - | 0 | - | - |
| HIV | 01 exame HIV/caso confirmado/ano. | 1 | 1 | 100% | 1 | - | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Tratamento | | | | | |
|--|----|---|------------|----|------|----|---|---|
| Antimoniato de meglumina - aplicação e monitoramento de reações adversas | | Para 60% dos casos confirmados: 28 aplicações/caso/ano. | 18 | 18 | 100% | 18 | - | - |

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AAE/AH | AÇÕES: | Tratamento | | | | | |
|--|--------|--|------------|---|------|---|---|---|
| Desoxicolato de anfotericina B - aplicação e monitoramento de reações adversas | | Para 18% dos casos confirmados: 20 aplicações/caso/ano. | 4 | 4 | 100% | 4 | - | - |
| Anfotericina B lipossomal - aplicação e monitoramento de reações adversas | | Para 22% dos casos confirmados: 07 aplicações/caso/ano. | 2 | 2 | 100% | 2 | - | - |
| Internação | | Para 65% dos casos confirmados: média de permanência: 15 dias. | 1 | 1 | 100% | 1 | - | - |
| Hemoterapia: concentrado de hemácias | | Para 45% dos casos confirmados internados. | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - |
| Hemoterapia: plasma | | Para 11,5% dos casos confirmados internados. | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - |
| Hemoterapia: concentrado de plaquetas | | Para 8,5% dos casos confirmados internados. | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - |
| Hidratação Venosa | | Para 100% dos casos internados. | 1 | 1 | 100% | 1 | - | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

O Programa Municipal de Leishmaniose Visceral está na responsabilidade do departamento de epidemiologia, onde de forma integrada com a Atenção Básica realizam a notificação dos casos suspeitos, solicitação de sorologia e tratamento. No ano de 2015 foram notificados 06 casos e nenhum foi confirmado. A análise das sorologias são realizados no LACEN, localizado no município de Belém.

Análise e classificação diagnóstica:

O trabalho integrado entre os setores da saúde vem garantindo que o município mantenha uma incidência baixa da doença. Mas trabalho de educação em saúde nas comunidades e eliminação de possíveis reservatórios é fundamental para que consigamos manter esses números. Nota-se o surgimento da doença em seres humanos em 2016, com 1 caso, e possível disseminação do agravo no município no ano de 2017, que totalizou 4 casos.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 8.

Proposta da gestão:

- Qualificação dos profissionais quanto ao manejo clínico dos casos;
- Garantir o registro e coleta de amostras para análise;
- Garantir o envio oportuno das amostras para o LACEN;
- Garantir aporte laboratorial de exames complementares, quando necessário.

3.1.5.3.9. MENINGITES

A meningite é um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus, parasitas e fungos, ou também por processos não infecciosos. As meningites bacterianas e virais são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, devido sua magnitude, capacidade de ocasionar surtos e, no caso da meningite bacteriana, a gravidade dos casos.

Tabela 97 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento para portadores de sintomas clínicos compatíveis com a doença / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB / AAE / AH | AÇÕES: | Diagnóstico | | | | | |
|---|---|--------------|----------------------|-----------|--------|---|---------------------|--|
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | | |
| | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada | |
| Consulta médica (Clínica médica, Pediatria ou Infectologia) | 01 consulta/caso suspeito. | 12 | - | - | - | Belém | - | |
| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AAE / AH | AÇÕES: | Diagnóstico | | | | | |
| Exames laboratoriais | 01 punção lombar / caso suspeito /conforme indicação clínica. | 12 | - | - | - | Belém | - | |

| | | | | | | | |
|--|--|----|----|------|----|-------|---|
| | 01 exame bioquímico do líquido / caso suspeito/ano. | 12 | - | - | - | | - |
| | 01 contagem de células do líquido/caso suspeito/ano. | 12 | - | - | - | | - |
| | 01 bacterioscopia de células do líquido/caso suspeito/ano. | 12 | - | - | - | | - |
| | 01 cultura para germens (líquor e sangue)/caso suspeito/ano. | 12 | - | - | - | | - |
| | 01 exame látex do líquido (<i>H. influenzae</i> ; <i>S. pneumoniae</i> ; <i>N. meningitidis</i> A, B, C, W e Y; e <i>cryptococcus neoformans</i>)/caso suspeito/ano. | 12 | - | - | - | | - |
| | 03 hemograma completo/caso suspeito/conforme indicação clínica. | 12 | 12 | 100% | 12 | - | - |
| | 01 exame coprológico (Cultura de fezes)/caso suspeito/ano. | 12 | 12 | 100% | 12 | - | - |
| | 01 hemocultura /caso suspeito/ano. | 12 | - | - | - | Belém | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 98 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento para pacientes portadores de meningites / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AH | AÇÕES: | Tratamento | | | | | |
|-----------------------|----|---|------------|---|---|---|-------|---|
| | | | | | | | | |
| Internação hospitalar | | 01 internação em quarto individual/paciente portador. | 7 | - | - | - | Belém | - |
| | | 01 internação em UTI/paciente portador. | 7 | - | - | - | | - |

Fonte: SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 99 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento para 10 contatos por casos suspeitos de meningite por *Haemophilus influenzae* e de doença meningocócica / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Prevenção | | | | |
|------------------------------|----|---|-----------|---|---|---|--|
| | | | | | | | |
| Vacinação | | Haemophilus influenzae tipo b (vacina pentavalente). | 0 | - | - | - | Esquemas garantidos através do Calendário Básico de Vacinação. |
| | | Vacina Meningocócica C conjugada. | 0 | - | - | - | |
| | | Vacina Pneumocócica 10-valente conjugada. | 0 | - | - | - | |
| Quimioprofilaxia em contatos | | Tratamento medicamentoso a 100% dos contatos de meningite <i>Haemophilus influenzae</i> e doença meningocócica. | 0 | - | - | - | Disponibilizado conforme a necessidade. |

Fonte: SIPNI / SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 100 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento para Menores de 1 ano de idade / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Prevenção | | | | |
|--------------------|----|---|-----------|-----|-----|-----|--|
| | | | | | | | |
| Vacinação | | Vacina pentavalente (contra <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b – esquema: 3 doses) Vacina Meningocócica C Conjugada (esquema: 2 doses + reforço). | 627 | 377 | 60% | 95% | Esquemas garantidos através do Calendário Básico de Vacinação. |
| | | Vacina Pneumocócica 10-valente conjugada (3 doses + reforço) *conforme esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações. | 627 | 377 | 60% | 95% | |

Fonte: SIPNI / SINAN / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

No ano de 2015 o município de Ipixuna do Pará não registrou nenhum caso de meningite. Atualmente, não possuímos um rede de atendimento especializado para acompanhamento desses casos, sendo necessário encaminhar para o município de Belém.

Fica na responsabilidade do departamento de epidemiologia em realizar o tratamento de quimioprofilaxia quando necessário. De acordo com dados do setor de imunização, no ano de 2015 foram administrados 209 doses de vacina pentavalente e 405 doses de vacina meningocócica c nas crianças menores de um ano.

Análise e classificação diagnóstica:

Garantir uma homogeneidade nas coberturas vacinas da Pentavalente e Meningo C é uma estratégia de grande relevância para imunoprevenção. O trabalho integrado entre vigilância e atenção básica para alcance dessas metas reflete na redução dos casos.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 8.

Proposta da gestão:

- Expansão das salas de vacinas para garantir maior acesso aos imunobiológicos;
- Qualificar os profissionais na área da saúde quanto ao manejo clínico dos casos;
- Garantir ações de controle em tempo oportuno quando necessário.

3.1.5.3.10. MALÁRIA

Malária é uma doença infecciosa transmitida pelo mosquito do gênero Anopheles e causada por protozoários parasitários do gênero Plasmodium. Sua taxa de letalidade é relativamente baixa, porém a doença produz um sério impacto social por acometer pessoas economicamente ativas, e por produzir quadros de prostração clínicas que podem durar vários dias, podendo inclusive produzir complicações hepatológicas mais graves.

Ipixuna do Pará apresentou excelentes resultados no combate a esta enfermidade, mediante desenvolvimento de estratégia local de combate. Os resultados foram expressivos, levando o município de 1093 casos em 2011, 1035

casos em 2012, a 17 casos em 2013, tendo esta incidência zerada para casos autóctones desde 2014.

Tabela 101 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de 75% da População Geral / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB / AAE / AH | AÇÕES: | Diagnóstico | | | | |
|---|---|--------------|----------------------|-----------|--------|---|---------------------|
| Categoria | Procedimento | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
| | | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| Consulta médica (Clínico Geral ou Infectologista) | 01 Consulta/ano em 10% da população do território, em municípios com IPA ≥ 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA < 10) | - | - | - | - | Procedimentos serão executados mediante surgimento da demanda | |
| Consulta de enfermagem | 01 Consulta/ano em 10% da população do território, em municípios com IPA ≥ 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA < 10) | - | - | - | - | | |
| Teste rápido ou Gota espessa | 01 Exame em 20% da população do território, em municípios com IPA ≥ 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA < 10) | - | - | - | - | | |
| | 80% dos exames diagnósticos realizados em até 48 horas do início dos sintomas, em municípios com IPA ≥ 10 casos/1.000 habitantes (sendo 60% em municípios com IPA < 10) | - | - | - | - | | |
| | 07 exames/gestante (pré natal)/ano | - | - | - | - | | |
| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Tratamento | | | | |
| Visita domiciliar | Realização de 01 visita para tratamento supervisionado em 90% dos casos de malária falciparum ou pacientes gestantes | - | - | - | - | Procedimentos serão executados mediante surgimento da demanda | |
| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB / AAE / AH | AÇÕES: | Tratamento | | | | |
| Consulta médica | 01 Consulta/ano em 10% da população do território/ano, em municípios com IPA ≥ 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA < 10) | - | - | - | - | Procedimentos serão executados mediante surgimento da demanda | |
| Consulta de enfermagem | 01 Consulta/ano em 10% da população do território/ano, em municípios com IPA ≥ 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA < 10) | - | - | - | - | | |
| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AAE / AH | AÇÕES: | Tratamento | | | | |
| Hospitalização | 01 Internação por malária grave/ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | Estes procedimentos serão executados/referenciados mediante surgimento da demanda | |
| | 01 tratamento de hemodiálise por malária grave/ano em 2% dos casos internados | - | - | - | - | | |
| | 01 internação em UTI por malária grave/ano em 2% dos casos internados | - | - | - | - | | |
| Exames complementares | 01 exame hemograma/caso/ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------|--|---|---|---|---|--|
| | 01 dosagem sódio/caso/ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 dosagem ureia/caso/ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 dosagem potássio/caso/ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 dosagem creatinina/caso/ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 dosagem cálcio/caso/ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 coagulograma/caso/ ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 exame de VHS/caso/ ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 exame Proteína C reativa/caso/ ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 dosagem de albumina/caso/ ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 hemocultura/caso/ ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 exame urina/caso/ ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 exame líquido/caso/ ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 exame de fundo de olho/caso/ ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| | 01 RX de tórax/caso/ ano em 1% dos casos de malária | - | - | - | - | |
| Transfusão de papa de hemácias | 01 transfusão/caso /ano em 40% dos casos internados por malária | - | - | - | - | |

Fonte: SIVEP Malária / SISREG / PPI / SIA / SMS

Tabela 102 - Parâmetros propostos de diagnóstico e acompanhamento de casos diagnosticados na prevenção com cobertura de 75% da População Geral / Necessidade anual de procedimentos.

| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB | AÇÕES: | Acompanhamento | | | | |
|------------------------|---------------|--|----------------|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| Consulta médica | | 01 Consulta/caso/ano em 10% da população do território, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA < 10) | - | - | - | - | Estes procedimentos serão executados/referenciados mediante surgimento da demanda |
| Consulta de enfermagem | | 01 Consulta/caso/ano em 10% da população do território, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo 1% em municípios com IPA < 10) | - | - | - | - | |
| Gota espessa | | Realização de 01 exame de gota espessa (em D3) para acompanhamento da cura em 80% dos casos de malária falciparum, em municípios com IPA \geq 10 casos/1.000 habitantes (sendo realização de 6 exames de acompanhamento, em municípios com IPA < 10) | - | - | - | - | |
| Visita domiciliar | | 01 visita domiciliar/ caso/ano | - | - | - | - | |
| NÍVEIS DE ATENÇÃO: | AB / AAE / AH | AÇÕES: | Diagnóstico | | | | |
| | | | | | | | |
| Exame laboratorial | | 60% dos exames diagnósticos realizados em até 48 horas do início dos sintomas. | - | - | - | - | Estes procedimentos serão |

| | | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|--|
| Teste rápido ou Gota espessa | 01 exame/caso suspeito/ano. | - | - | - | - | executados/referencia dos mediante surgimento da demanda |
|------------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|--|

Fonte: SIVEP Malária / SISREG / PPI / SIA / SMS

Comentário Técnico:

A malária em nosso município no período de 2009 a 2012 apresentavam altos números, sendo um serio problema de saúde publica. Com a intensificação do trabalho de mobilização e combate ao mosquito, a partir do ano de 2013 os casos diminuíram drasticamente, chegando a nenhum caso desde o ano de 2014 ate os dias atuais. No ano de 2015, foram notificados 09 casos suspeitos, nenhum sendo confirmado.

O trabalho de intensificação dos agentes de endemias em especial na zona rural, garantem a continuidade desse índice. A rede laboratorial é composta por três laboratórios localizados nas comunidades: Canaã, Balalaica e Ribeira com realização do exame gota espessa.

Análise e classificação diagnóstica:

Garantir o acesso oportuno ao diagnóstico dos casos de malária é uma iniciativa que deve ser garantida ou intensificada nas comunidades de zona rural, garantindo a continuidade desse índice.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 8.

Proposta da gestão:

- Palestras educativas;
- Qualificação de profissionais quanto ao manejo dos casos;
- Garantir os laboratórios de endemias na zona rural;
- Expansão do número de agentes de endemias.

3.1.5.4. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Dentro da Rede de Atenção à Saúde Bucal as equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa

forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O processo de trabalho das ESB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo.

Tabela - Procedimentos Odontológicos 2015-2017

| PROCEDIMENTO | 2015 | 2016 | 2017 | Total |
|---|------|-------|------|-------|
| AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR GEL | 187 | 153 | 51 | 391 |
| AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA | 41 | 42 | 46 | 129 |
| AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA | 363 | 360 | 146 | 869 |
| APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE) | 1 | - | - | 1 |
| APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE) | 48 | 26 | - | 74 |
| APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO) | 659 | 663 | 628 | 1950 |
| EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA | 28 | 7 | 15 | 50 |
| SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA | 793 | 607 | 481 | 1881 |
| PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA | 1362 | 11357 | 1857 | 14576 |
| CAPEAMENTO PULPAR | 127 | 80 | 118 | 325 |
| RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO | 455 | 355 | 249 | 1059 |
| RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR | 906 | 938 | 664 | 2508 |
| RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR | 1189 | 1372 | 1289 | 3850 |
| ACESSO A POLPA DENTÁRIA E MEDICACAO (POR DENTE) | - | - | 7 | 7 |
| CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO BIOMECANICO | 385 | 142 | 301 | 828 |
| PULPOTOMIA DENTÁRIA | - | - | 1 | 1 |
| RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE) | 593 | 174 | - | 767 |
| RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE) | 490 | 269 | 382 | 1141 |
| RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE) | - | - | 2 | 2 |
| PROFILAXIA / REMOÇÃO DA PLACA BACTERIANA | - | - | 66 | 66 |
| RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE) | - | - | 176 | 176 |
| MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA | 92 | 36 | 3 | 131 |
| ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA | - | - | 1 | 1 |
| INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA | 67 | - | 2 | 69 |
| DRENAGEM DE ABSCESSO | 85 | 48 | 55 | 188 |
| EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO | 771 | 799 | 452 | 2022 |
| EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE | 1970 | 1899 | 1326 | 5195 |
| EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE | 30 | - | - | 30 |

| | | | | |
|--------------------------------------|----|-----|----|-----|
| TRATAMENTO DE ALVEOLITE | - | - | 3 | 3 |
| PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL | 23 | 85 | 48 | 156 |
| PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL | 17 | 115 | 58 | 190 |
| PROTESE TOTAL MANDIBULAR | 20 | 79 | 56 | 155 |
| PROTESE TOTAL MAXILAR | 24 | 144 | 87 | 255 |

Fonte: SIA/SUS-Datasus

A tabela acima demonstra ainda um grande número de procedimentos que refletem a realidade da Saúde Bucal da população, pois devido a uma política de promoção anteriormente, grande parte da população ainda tem que submeter a procedimentos como extração de dentes. Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. Esta demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica.

Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população.

Um dos grandes desafios das gestões municipais é organizar uma Rede de Atenção de Saúde Bucal de acordo com os Princípios das Diretrizes da Política Nacional em Saúde Bucal e de forma que possa promover integralmente a prevenção da Saúde.

Tabela 103 - Parâmetros propostos de procedimentos de Saúde Bucal para População Geral do município / Necessidade anual de procedimentos.

| Nível de atenção | Procedimento | Necessidade | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|------------------|---|-------------|----------------------|-----------|--------|---|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| AB / AAE / AH | Atendimentos Odontológicos | 138.835 | 5.790 | 5% | 5.790 | - | - |
| AB | Ações básicas em Odontologia | 116.668 | 2900 | 2,48% | 2900 | - | - |
| AAE | Ações especializadas em Odontologia | 4.667 | 800 | 17,43% | 800 | - | - |
| AB | Ações coletivas preventivo-educativas | 233.336 | 350 | 0,14% | 350 | - | - |
| | Cobertura da primeira consulta odontológica | 17.500 | 1.857 | 10,61% | 1.857 | - | - |

| | | | | | | | |
|--|--|--------|-------|-------|-------|---|---|
| | 1ª. consulta odontológica programática | 58.334 | 1.857 | 3,18% | 1.857 | - | - |
|--|--|--------|-------|-------|-------|---|---|

Tabela 104 - Parâmetros propostos de procedimentos de Saúde Bucal para População de 0 a 14 anos do município / Necessidade anual de procedimentos.

| Nível de atenção | Procedimento | Necessidade | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|------------------|---|-------------|----------------------|-----------|--------|--|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| AB | Cobertura para procedimentos curativos individuais atenção básica | 3.151 | 1600 | 51% | 1600 | - | - |
| | Procedimentos curativos individuais da atenção básica | 27.801 | 3400 | 12,22% | 3400 | - | - |
| AAE | Cobertura para endodontia | 1.483 | 700 | 47,2% | 700 | - | - |
| | Procedimentos de endodontia | 1.853 | 700 | 37,7% | 700 | - | - |

Tabela 105 - Parâmetros propostos de procedimentos de Saúde Bucal para População de 15 a 29 anos do município / Necessidade anual de procedimentos.

| Nível de atenção | Procedimento | Necessidade | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|------------------|---|-------------|----------------------|-----------|--------|--|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| AB | Cobertura para procedimentos curativos individuais atenção básica | 3.563 | 1230 | 34,52% | 1230 | - | - |
| | Procedimentos curativos individuais da atenção básica | 48.758 | 3400 | 7% | 3400 | - | - |
| AAE | Cobertura para periodontia | 1.894 | 800 | 42,23% | 800 | - | - |
| | Procedimentos de periodontia | 1.875 | 800 | 42,23% | 800 | - | - |
| | Cobertura para cirurgia | 1.875 | - | - | - | Belém | - |
| | Procedimentos de cirurgia | 3.751 | - | - | - | | - |
| | Cobertura para endodontia | 1.875 | 700 | 37,33% | 700 | - | - |
| | Procedimentos de endodontia | 1.875 | 700 | 37,33% | 700 | - | - |
| AB | Cobertura para prótese | 2.569 | - | - | - | Belém | - |
| AAE | Procedimentos de prótese | 506 | - | - | - | | - |

Tabela 106 - Parâmetros propostos de procedimentos de Saúde Bucal para População de 30 a 59 anos do município / Necessidade anual de procedimentos.

| Nível de atenção | Procedimento | Necessidade | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|------------------|---|-------------|----------------------|-----------|--------|--|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| AB | Cobertura para procedimentos curativos individuais atenção básica | 3.912 | 301 | 7,69 | 301 | - | - |
| | Procedimentos curativos individuais da atenção básica | 76.375 | 2.090 | 3% | 2.090 | - | - |
| AAE | Cobertura para periodontia | 3.334 | 1.560 | 47% | 1.560 | - | - |
| | Procedimentos de periodontia | 2.235 | 789 | 30% | 789 | - | - |

| | | | | | | | |
|-----|-----------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|---|
| | Cobertura para endodontia | 1.863 | 1.078 | 58% | 1.078 | - | - |
| | Procedimentos de endodontia | 2.049 | 670 | 32,69 | 670 | - | - |
| | Cobertura de cirurgia | 3.055 | - | - | - | Belém | - |
| | Procedimentos de cirurgia | 5.961 | - | - | - | | - |
| AB | Cobertura para prótese | 12.797 | - | - | - | | - |
| AAE | Procedimentos de prótese | 2.571 | - | - | - | | - |

Tabela 107 - Parâmetros propostos de procedimentos de Saúde Bucal para População de 60 anos e mais do município / Necessidade anual de procedimentos.

| Nível de atenção | Procedimento | Necessidade | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|------------------|---|-------------|----------------------|-----------|--------|---|-----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| AB | Cobertura para procedimentos curativos individuais atenção básica | 143 | 143 | 100% | 143 | - | - |
| | Procedimentos curativos individuais da atenção básica | 2.350 | 2.350 | 100% | 2.350 | - | - |
| AAE | Cobertura para periodontia | 56 | 56 | 100% | 56 | - | - |
| | Procedimentos de periodontia | 57 | 57 | 100% | 57 | - | - |
| | Cobertura de cirurgia | 153 | - | - | - | Belém | - |
| | Procedimentos de cirurgia | 330 | - | - | - | | - |
| AB | Cobertura para prótese | 1.328 | 248 | 18,86% | 248 | - | - |
| | Procedimentos de prótese | 265 | 68 | 25,66% | 68 | - | - |

Comentário Técnico:

O município apresenta uma baixa cobertura de equipes de Saúde Bucal, com uma cobertura de apenas 22% da população, valor esse que demonstra ainda muita fragilidade na oferta dos serviços, precisando muito se fazer para ampliar os serviços e assim alcançar a eficácia na oferta dos serviços de atenção a Saúde Bucal. Com apenas 3 equipes de ESB e uma UOM precisa dá prioridades alguns atendimentos, deixando de realizar a promoção e a prevenção da saúde de forma integral para a maioria da população. Esse cenário dificulta a realização de atividades de educação em saúde, que é a prioridade das ações de Atenção Básica. O município também não dispõe de serviços especializados dentro do município, quando há a necessidade encaminha o usuário para atendimento em Belém. Essa baixa cobertura nos serviços básicos e dificuldade de referência dos serviços especializados ocasionam conseqüentemente na oferta dos serviços à população, o que mostra na tabela da série histórica de 2015 a 2017.

Análise e classificação diagnóstica:

Ampliar a cobertura dos serviços básicos de Saúde bucal torna-se necessário para

garantia do acesso e do cuidado integral do usuário e para a melhoria de atendimento pelas equipes.

Proposta da gestão:

- Implantar equipes de Saúde Bucal
- Implementar as ações de escovação supervisionada
- Reduzir o número de exodontia

3.1.5.5. REDE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A rede de atenção especializada implementada no município conta com poucos especialistas, cuja rotatividade é realizada de acordo com prioridades locais.

Tabela 107 – Demonstrativo de necessidade e oferta de especialidades médicas

| Especialidade | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|---------------------------------|--------------|----------------------|-----------|--------|---|---------------------|
| | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| Médico da Família | 29 | 13 | 44,83% | 13 | - | - |
| Clínico Geral | 15 | 7 | 47% | 7 | | |
| Acupunturista | 1 | - | - | - | Belém, Castanhal | - |
| Alergista | 1 | - | - | - | | - |
| Anestesiologista | 4 | - | - | - | | - |
| Angiologista | 1 | - | - | - | | - |
| Cardiologista | 11 | 1 | 9% | 1 | | - |
| Cancerologista Cirúrgico | 0 | - | - | - | Belém, Castanhal | - |
| Cirurgião Cardiovascular | 1 | - | - | - | | - |
| Cirurgião de Cabeça e Pescoço | 1 | - | - | - | | - |
| Cirurgião do Aparelho Digestivo | 1 | - | - | - | | - |
| Cirurgião Geral | 9 | 1 | 11% | 1 | - | - |
| Cirurgião Pediatra | 1 | - | - | - | - | - |
| Cirurgião Torácico | 1 | - | - | - | - | - |
| Coloproctologista | 1 | - | - | - | Belém, Castanhal | - |
| Dermatologista | 1 | - | - | - | | - |
| Endocrinologista | 1 | 1 | 100% | 1 | - | - |
| Fisiatra | 0 | - | - | - | Belém, Castanhal | - |
| Gastroenterologista | 1 | - | - | - | | - |
| Genecologista e Obstetra | 15 | - | - | - | | - |
| Geneticista | 0 | - | - | - | | - |
| Geriatra | 1 | - | - | - | | - |

| | | | | | | |
|-------------------------------|----|---|-------|---|------------------|---|
| Hansenologista | 0 | - | - | - | | - |
| Hematologista | 1 | - | - | - | | - |
| Homeopata | 1 | - | - | - | | - |
| Infectologista | 1 | - | - | - | | - |
| Mastologista | 1 | - | - | - | | - |
| Médico do Trabalho | 1 | - | - | - | | - |
| Médico em Endoscopia | 0 | - | - | - | | - |
| Médico Intensivista | 2 | - | - | - | | - |
| Médico Nuclear | 0 | - | - | - | | - |
| Nefrologista | 2 | - | - | - | | - |
| Neurologista | 2 | - | - | - | | - |
| Neurocirurgião | 0 | - | - | - | | - |
| Oftalmologista | 2 | - | - | - | | - |
| Oncologista | 2 | - | - | - | | - |
| Ortopedista / Traumatologista | 6 | - | - | - | | - |
| Otorrinolaringologista | 2 | - | - | - | | - |
| Pediatra | 15 | 1 | 6,66% | 1 | - | - |
| Pneumologista | 2 | - | - | - | Belém, Castanhal | - |
| Psiquiatra | 3 | - | - | - | | - |
| Radiologista / Imagenologista | 0 | - | - | - | | - |
| Reumatologista | 1 | - | - | - | | - |
| Urologista | 2 | - | - | - | | - |
| Veterinário | 0 | 1 | 100% | 1 | - | - |

Fonte: PPI / SISREG / SMS

Tabela - Parâmetros relativos ao quantitativo de médicos especialistas, consultas e exames especializados necessários para o município.

| Médicos, Consultas e Exames Especializados | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|--|--------------|----------------------|-----------|--------|---|---------------------|
| | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| ANGIOLOGIA/CIRURGIA VASCULAR | | | | | | |
| Consulta Médica Angiologia/Cirurgia Vascular | 992 | - | - | - | Belém | - |
| Duplex scan | 525 | - | - | - | | - |
| Arteriografias de membros | 4 | - | - | - | | - |
| Venografias | 1 | - | - | - | | - |
| Aortografia abdominal | 2 | - | - | - | | - |
| Aortografia Torácica | 1 | - | - | - | | - |
| CARDIOLOGIA | | | | | | |
| Consulta Médica Cardiologia | 3.500 | 600 | 17,14% | 600 | Belém, Castanhal, Paragominas. O serviço de | - |
| Holter | 175 | - | - | - | | - |
| Ecocardiografia Transtorácica | 933 | - | - | - | | - |

| | | | | | | |
|--|-----|---|---|---|--|---|
| Teste ergométrico | 350 | - | - | - | cardiologia está em fase de implantação local. | - |
| Ecocardiografia Transesofágica | 12 | - | - | - | | - |
| Ecocardiografia de estresse | 12 | - | - | - | | - |
| Cintilografia miocárdica em situação de estresse | 117 | - | - | - | | - |
| Cintilografia miocárdica em situação de repouso | 117 | - | - | - | | - |
| Ventriculografia radioisotópica | 1 | - | - | - | | - |
| Cateterismo cardíaco | 233 | - | - | - | | - |
| Cateterismo cardíaco em pediatria | 1 | - | - | - | | - |

| DERMATOLOGIA | | | | | | |
|------------------------------------|------|---|---|---|-------------------------------|---|
| Consulta Médica Dermatologia | 2217 | - | - | - | Belém, Castanhal, Paragominas | - |
| biópsia de punção de tumor de pele | 44 | - | - | - | | - |
| biópsia de pele e partes moles | 44 | - | - | - | | - |

| ENDOCRINOLOGIA | | | | | | |
|--|-------|-------|------|-------|--------------------------------|---|
| Consulta Médica Endocrinologia | 1.458 | 1.458 | 100% | 1.458 | Belém, Castanhal e Paragominas | - |
| Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulos tireoidianos | 11 | - | - | - | | - |
| Tomografia de sela túrcica | 4 | - | - | - | | - |
| Cintilografia e captação da glândula tireóide | 6 | - | - | - | | - |
| Cintilografia das paratireoides | 1 | - | - | - | | - |
| Densitometria | 158 | - | - | - | | - |
| Ressonância magnética de sela turcica | 4 | - | - | - | | - |

| GASTROENTEROLOGIA / PROCTOLOGIA | | | | | | |
|--|-----|-----|--------|-----|------------------|---|
| Consulta Médica Gastroenterologia | 817 | - | - | - | Belém, Castanhal | - |
| Consulta Médica Proctologia | 933 | - | - | - | | - |
| Endoscopia Digestiva Alta | 992 | 150 | 15,12% | 150 | | - |
| Ecoendoscopia | 29 | - | - | - | | - |
| Colangio Pancreatografia Retrograda | 29 | - | - | - | | - |
| Endoscopia Terapêutica - polipectomia, ligadura, esclerose | 204 | - | - | - | | - |
| Colonoscopia | 204 | - | - | - | | - |
| Retossigmoidoscopia | 175 | - | - | - | | - |

| NEFROLOGIA | | | | | | |
|--|-----|---|---|---|-------------------------------|---|
| Consulta Médica Nefrologia | 933 | - | - | - | Belém, Castanhal, Paragominas | - |
| US Rins e Vias urinárias | 467 | - | - | - | | - |
| Cintilografia Renal | 12 | - | - | - | | - |
| Cintilografia Renal Dinâmica com Captopril | 9 | - | - | - | | - |

| NEUROLOGIA | | | | | | |
|--|-------|---|---|---|-------------------------------|---|
| Consulta Médica Neurologia/Neurocirurgia/Neurofisiologia | 3.792 | - | - | - | Belém, Castanhal, Paragominas | - |
| Eletroneuromiografia | 134 | - | - | - | | - |

| | | | | | |
|------------------------------|-------|---|---|---|---|
| US Transfontanela | 34 | - | - | - | - |
| Tomografia de crânio | 1.283 | - | - | - | - |
| Ressonância magnética crânio | 93 | - | - | - | - |
| Angioressonância cerebral | 18 | - | - | - | - |

| OFTALMOLOGIA | | | | | |
|---|-------|---|---|---|---|
| Consulta Médica Oftalmologia | 8.050 | - | - | - | - |
| Paquimetria ultrassônica | 239 | - | - | - | - |
| Ultrassonografia do globo ocular/orbita monocular | 123 | - | - | - | - |
| Biometria Ultrassônica (monocular) | 268 | - | - | - | - |
| Biomicroscopia de fundo de olho | 846 | - | - | - | - |
| Campimetria Comp. ou manual com gráfico | 327 | - | - | - | - |
| Ceratometria | 70 | - | - | - | - |
| Curva Diária de Pressão Ocular CDPO | 309 | - | - | - | - |
| Gonioscopia | 222 | - | - | - | - |
| Mapeamento de retina com gráfico | 1.283 | - | - | - | - |
| Microscopia especular de córnea | 3 | - | - | - | - |
| Potencial de acuidade visual | 23 | - | - | - | - |
| Retinografia Colorida Binocular | 653 | - | - | - | - |
| Retinografia Fluorescente Binocular | 327 | - | - | - | - |
| Teste de visão de cores | 1 | - | - | - | - |
| Teste ortóptico | 309 | - | - | - | - |
| Topografia computadorizada de córnea | 102 | - | - | - | - |
| Fundoscopia | 846 | - | - | - | - |
| Tonometria | 2.059 | - | - | - | - |

| ORTOPEDIA | | | | | |
|--|-------|---|---|---|---|
| Consulta Médica Ortopedia | 8.750 | - | - | - | - |
| Tomografia Computadorizada Coluna Cervical | 58 | - | - | - | - |
| TC coluna lombo sacra | 88 | - | - | - | - |
| TC coluna torácica | 15 | - | - | - | - |
| TC articulação MMSS | 9 | - | - | - | - |
| TC articulação MMII | 29 | - | - | - | - |
| TC Pelve e Bacia | 233 | - | - | - | - |

| OTORRINOLARINGOLOGIA | | | | | |
|--|-------|---|---|---|---|
| Consulta Médica Otorrino | 2.100 | - | - | - | - |
| Audiometria de reforço visual + imitancimetria | 3 | - | - | - | - |
| Audiometria tonal limiar/imitancimetria/logoaudiometria | 496 | - | - | - | - |
| Avaliação auditiva comportamental infantil + Impetancimetria | 642 | - | - | - | - |
| Avaliação do processamento auditivo | 64 | - | - | - | - |
| Fibronasolaringoscopia | 58 | - | - | - | - |
| Videolaringoscopia | 268 | - | - | - | - |
| Potencial evocado auditivo do tronco encefálico | 29 | - | - | - | - |
| Teste vestibular | 35 | - | - | - | - |

| PNEUMOLOGIA | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|
|-------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--------------------------------------|-------|---|---|---|----------------------|---|
| Consulta Médica Pneumologia | 1.458 | - | - | - | Belém, Castanhal. | - |
| Broncoscopia | 70 | - | - | - | | - |
| Espirometria | 758 | - | - | - | | - |
| TC de tórax convencional | 233 | - | - | - | | - |
| Ressonância magnética (RM) | 3 | - | - | - | | - |
| Cintilografia pulmonar de perfusão | 9 | - | - | - | | - |
| Cintilografia pulmonar de ventilação | 9 | - | - | - | | - |

| UROLOGIA | | | | | | |
|--|-------|---|---|---|----------------------------------|---|
| Consulta Médica Urologia | 2.042 | - | - | - | Belém, Castanhal, Paragominas | - |
| Cistoscopia | 58 | - | - | - | | - |
| Estudo urodinâmico | 88 | - | - | - | | - |
| Uretrocistografia miccional | 29 | - | - | - | | - |
| Urografia excretora | 29 | - | - | - | | - |
| US Prostatatransretal | 58 | - | - | - | | - |
| US de próstata abdominal | 88 | - | - | - | | - |
| Biopsia de próstata guiada por ultrassom | 175 | - | - | - | | - |

| REUMATOLOGIA | | | | | | |
|------------------------------|-----|---|---|---|-------|---|
| Consulta Médica Reumatologia | 583 | - | - | - | Belém | - |

Comentário Técnico:

Arede especializada local conta com as especialidades: fonoaudiologia, fisioterapia, cirurgia geral, endocrinologia, anestesiologia, pediatria, cardiologia e urologia. A rede de apoio diagnóstico apresenta serviços de endoscopia, colposcopia, ECG, UGS, biópsia de colo uterino, Teste da Orelhinha. Os demais serviços são ofertados aos munícipes através da PPI.

Análise e classificação diagnóstica:

Além do restrito escopo de procedimentos especializados realizados dentro do município, identificamos que alguns municípios executores de procedimentos para Ipixuna através da PPI não vendo arcando com suas responsabilidades pactuadas. Este quadro compromete ainda mais a universalidade de nossas ações de saúde, além de colocar em risco os usuários já necessitados destes serviços.

Classificado como Relevante, média intervenção, nota 45.

Proposta da gestão:

- Realinhamento do teto físico e financeiro da PPI com critério de urgência;
- Implantação de serviços especializados locais de acordo com as demandas apresentadas pela atenção primária à saúde e hospital;

- Implementação da regulação de sistemas e regulação em saúde para otimização de recursos financeiros e humanos.

3.1.5.6. REDE DE ATENÇÃO HOSPITALAR

A organização da Rede de Atenção Hospitalar tem suas premissas e diretriz estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013, a qual define que todos os estabelecimentos componentes da rede citada devem estabelecer como regramento básico institucional itens como: Organização, controle, gerenciamento, estabelecimento dos fluxos e priorização do acesso de acordo com riscos e vulnerabilidades, além da garantia da continuidade do cuidado efetivada pela disponibilização de alternativas assistenciais mais adequadas ao usuário por meio de atendimento às urgências e emergências, consultas, exames, internações e outras que se fizerem necessárias.

Essa disposição tende a fortalecer as práticas assistenciais e gerenciais estratégicas, o uso racional de recursos, a incorporação de tecnologias em saúde e, a qualificação dos processo de trabalho proporcionando cuidado integral com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência.

Inserido de forma integral nesse contexto apresentado, o Hospital Santa Clara funciona de forma integrada com a rede referenciada do estado, com a maior parte de seus serviços disponíveis através de demanda espontânea para a população local.

Tabela 39 – Demonstrativo de necessidade e oferta de leitos gerais

| Tipo de Leito | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|----------------------------------|--------------|----------------------|-----------|--------|---|---------------------|
| | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| CIRÚRGICO | | | | | | |
| CIRURGIA GERAL - 15 a 59 anos | 34 | 15 | 44,11% | 15 | | - |
| CIRURGIA GERAL - 60 anos ou mais | 01 | 01 | 100% | 01 | | - |
| CLÍNICO | | | | | | |
| CLÍNICA GERAL - 15 a 59 anos | 21 | 16 | 79.20% | 16 | | - |
| CLÍNICA GERAL - 60 anos ou mais | 04 | 04 | 100% | 04 | | - |
| OBSTÉTRICO | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|----|---|------|---|------------------|---|
| OBSTETRICIA CIRURGICA | 3 | 3 | 100% | 3 | | - |
| OBSTETRICIA CLINICA | 3 | 4 | 133% | 4 | | - |
| PEDIATRICO | | | | | | |
| PEDIATRIA CLINICA | 14 | 9 | 64% | 9 | | - |
| PEDIATRIA CIRÚRGICA | 3 | 1 | 33 | 1 | Castanhal, Belém | - |
| NEONATOLOGIA | | | | | | |
| NEONATOLOGIA CLÍNICA | 2 | - | - | - | Belém, Bragança | - |
| COMPLEMENTAR | | | | | | |
| UNIDADE ISOLAMENTO | - | 1 | 100% | 1 | - | - |

Fonte: SCNES

Tabela 39 – Demonstrativo de necessidade e oferta de leitos de UTI do município.

| Tipo de Leito | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|----------------------------------|--------------|----------------------|-----------|--------|--|---------------------|
| | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| CIRÚRGICO | | | | | | |
| CIRURGIA GERAL - 15 a 59 anos | 2 | - | - | - | Belém, Bragança | - |
| CIRURGIA GERAL - 60 anos ou mais | 0 | - | - | - | | - |
| CLÍNICO | | | | | | |
| CLÍNICA GERAL - 15 a 59 anos | 1 | - | - | - | Belém, Paragominas | - |
| CLÍNICA GERAL - 60 anos ou mais | 0 | - | - | - | | - |
| OBSTÉTRICO | | | | | | |
| OBSTETRICIA CIRURGICA | 0 | - | - | - | Belém, Castanhal | - |
| OBSTETRICIA CLINICA | 0 | - | - | - | | - |
| PEDIATRICO | | | | | | |
| PEDIATRIA CLINICA | 1 | - | - | - | Belém | - |
| PEDIATRIA CIRÚRGICA | 0 | - | - | - | | - |
| NEONATOLOGIA | | | | | | |
| NEONATOLOGIA CLÍNICA | 1 | - | - | - | Belém | - |

Fonte: SCNES

Tabela 39 – Demonstrativo de necessidade e oferta de vagas em leitos gerais

| Tipo de Leito | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersectorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|----------------------------------|--------------|----------------------|-----------|--------|--|---------------------|
| | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| CIRÚRGICO | | | | | | |
| CIRURGIA GERAL - 15 a 59 anos | 2306 | 1020 | 44% | 1020 | - | - |
| CIRURGIA GERAL - 60 anos ou mais | 43 | 43 | 100% | 43 | - | - |
| CLÍNICO | | | | | | |
| CLÍNICA GERAL - 15 a 59 anos | 754 | 612 | 81% | 612 | - | - |
| CLÍNICA GERAL - 60 anos ou mais | 142 | 108 | 75% | 108 | - | - |
| OBSTÉTRICO | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|-----|-----|------|-----|-------|---|
| OBSTETRICIA CIRURGICA | 318 | 318 | 100% | 318 | - | - |
| OBSTETRICIA CLINICA | 318 | 424 | 133% | 424 | - | - |
| PEDIATRICO | | | | | | |
| PEDIATRIA CLINICA | 745 | 486 | 64% | 486 | - | - |
| PEDIATRIA CIRÚRGICA | 271 | 91 | 33% | 91 | - | - |
| NEONATOLOGIA | | | | | | |
| NEONATOLOGIA CLÍNICA | 2 | - | - | - | Belém | - |

Fonte: SCNES

Tabela 39 – Demonstrativo de necessidade e oferta de vagas em leitos de UTI

| Tipo de Leito | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|----------------------------------|--------------|----------------------|-----------|--------|---|---------------------|
| | | | | | (*)Fluxo de saída | (*)Fluxo de entrada |
| CIRÚRGICO | | | | | | |
| CIRURGIA GERAL - 15 a 59 anos | 128,3 | - | - | - | Belém, Bragança | - |
| CIRURGIA GERAL - 60 anos ou mais | 6,1 | - | - | - | | - |
| CLÍNICO | | | | | | |
| CLÍNICA GERAL - 15 a 59 anos | 39,6 | - | - | - | Belém, Paragominas | - |
| CLÍNICA GERAL - 60 anos ou mais | 11,3 | - | - | - | | - |
| OBSTÉTRICO | | | | | | |
| OBSTETRICIA CIRURGICA | 2,3 | - | - | - | Belém, Castanhal | - |
| OBSTETRICIA CLINICA | 2,3 | - | - | - | | - |
| PEDIATRICO | | | | | | |
| PEDIATRIA CLINICA | 27,5 | - | - | - | Belém | - |
| PEDIATRIA CIRÚRGICA | 11,8 | - | - | - | | - |
| NEONATOLOGIA | | | | | | |
| NEONATOLOGIA CLÍNICA | 25,2 | - | - | - | Belém | - |

FONTE: CNES

Tabela 39 – Demonstrativo do total de internações realizadas em Ipixuna do Pará e média de permanência, por tipo de leito e ano de internação.

| QUADRO DE INTERNAÇÕES NO MUNICÍPIO | | | | | | |
|------------------------------------|--|------|-------|------|-------|------|
| Especificação | Número de Internações e Média de Permanência | | | | | |
| | 2014 | | 2015 | | 2016 | |
| | Int. | MP | Int. | MP | Int. | MP |
| 01-Cirúrgico | 214 | 2,41 | 251 | 1,60 | 221 | 1,35 |
| 02-Obstétricos | 399 | 1,75 | 430 | 0,86 | 421 | 0,89 |
| 03-Clínico | 1.733 | 3,23 | 1.467 | 2,36 | 1.882 | 2,05 |

| | | | | | | |
|----------------|-------|------|-------|------|-------|------|
| 07-Pediátricos | 667 | 2,92 | 630 | 1,97 | 796 | 1,84 |
| Total | 3.203 | 2,88 | 2.778 | 1,97 | 3.320 | 1,80 |

FONTE: DATASUS/SIH

Comentário Técnico:

O Hospital Santa Clara constitui o estabelecimento equivalente ao hospital municipal, com 55 leitos habilitados no SUS, equivalente a 64,7% dos 85 leitos estimados pelos parâmetros do SUS para a população ipixunense. Funciona em um prédio alugado, sem obedecer todas as normas das RDC e da SCIH. Observamos em 2016 o aumento do número de internações, entretanto, a redução da permanência nos leitos. Na base de dados do CNES estão cadastrados 2 leitos de perfil hospital dia sem série histórica.

Análise e classificação diagnóstica:

Em vistas ao atendimento adequado da população, uma nova estrutura hospitalar vem sendo pensada pela gestão e equipe técnica, devido ao estabelecimento ser alugado e não permitir a gestão pública a ampliar e qualificar a estrutura física. Os dois leitos de hospital dia estão cadastrados no CNES equivocadamente e serão repensados na próxima atualização das bases do CNES.

O aumento do número de internações, ao passo que a média de permanência dos pacientes nos leitos diminui, levanta interesse na qualidade do serviço prestado e também na possível alteração do perfil de morbidade que vem sendo atendido no decorrer dos anos.

Classificado como Relevante, média intervenção, nota 27.

Proposta da gestão:

- Construção do Hospital Municipal de Ipixuna do Pará;
- Ampliar a oferta de leitos de acordo com o aumento da capacidade operativa do hospital.
- Proporcionar qualidade na assistência mediante implementação de política de segurança do paciente.
- Implementar a CCIH.
- Manter atualizadas as informações de leitos e serviços do Hospital Santa Clara no SCNES;
- Implantar o eSUS Hospitalar para agilidade nos atendimentos aos usuários da rede, integrando seu dados à APS.

3.1.5.7. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Política de Saúde Mental é regulamentada através de Leis e Portarias Ministeriais. A Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 que determina que o desenvolvimento assistencial deverá se basear na proposta de desospitalização permanente e ampliação da rede de serviços substitutivos.

O grande desafio tem sido a ampliação da rede de serviços substitutivos. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) é uma das modalidades de serviços ambulatoriais (Extra Hospitalar) que vem sendo expandida entre os municípios desde a implantação da política.

Na pactuação interministerial de 2017 foi incluído no rol de indicadores a pactuação de metas para as ações de matriciamento realizado pelos caps com as Equipes de Atenção Básica. O ministério estabelece que cada CAPS realize pelo menos 12 ações de matriciamento por ano.

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 o alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (“Para 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por enfermidades não transmissíveis mediante a prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e bem estar”).

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 crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Port. nº 3.088/2011). 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.

O grande desafio tem sido a ampliação da rede de serviços substitutivos, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) é uma das modalidades de serviços ambulatoriais (Extra Hospitalar) e que se torna um importante instrumento dentro da Rede de Atenção Psicossocial de forma que trabalhe interligado e harmônico com os demais pontos de atenção da Rede Assistencial.

Tabela 39 – Demonstrativo de necessidade do componente CAPS e assistência hospitalar da RAPS.

| Nº | Especificação | Necessidades a ser preenchido para o plano regional. | Capacidade Instalada | Cobertura existente | Oferta | Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados | |
|-------------------------------------|--|--|----------------------|---------------------|--------|---|----------------------|
| | | | | | | (*) Fluxo de saída | (*) Fluxo de entrada |
| Rede de Atenção Psicossocial | | | | | | | |
| 1 | População em Risco para uso de Drogas | 719 | - | - | - | | |
| 2 | CAPS | 4 | - | - | - | Aurora, Belém | |
| 3 | Leitos de Psiquiatria em Hospital geral com serviço hospitalar de Referência | 2 | - | - | - | Belém | |

Tabela 39 – Demonstrativo de atendimentos realizados na Rede Psicossocial do município, por tipo de procedimento e ano.

| Procedimento | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|------|------|------|
| ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA | 1 | 3 | - |
| ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | - | - | 1 |
| ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | - | 1 | 11 |
| ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | - | - | - |
| ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | - | - | 1 |
| ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGÓGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO | 1 | 2 | - |
| PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | - | - | 4 |
| ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO | 5 | - | 5 |

Fonte: Tabnet/SIA

Comentário Técnico

O município de Ipixuna do Pará ainda está em processo de organização da Rede Psicossocial, uma vez que uma RAPS é formada por 7 componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial, assim sendo o município ainda precisa organizar alguns serviços para se ter uma rede estruturada. O atendimento as pessoas com transtornos mentais acontecem ainda dentro do município apenas pelas Equipes de Atenção Básica, sendo que quando há a necessidade de hospitalização os usuários são encaminhados para os Hospital da

Clínicas no município de Belém. O Plano Estadual de Saúde Mental do Estado preve a implantação de Caps para o município, instrumento este que está em processo de habilitação pelo ministério. Segundo a portaria nº 1631/2015 o município pode implantar até 4 Centro de Atenção Psicossocial, uma vez que cada CAPS I pode atender uma população de 15 mil habitantes.

Análise e classificação diagnóstica:

Organizar a Rede de Atenção Psicossocial no município tem se tornando prioridade da gestão, a fim de garantir o cuidado integral ao pacientes com transtorno mental, uma vez que somente as Equipes de Atenção Básica não conseguem dispor de um atendimento integral ao pacientes de saúde mental, precisando assim ampliar a Rede de Atenção. Considerado como relevante de média intervenção.

Proposta da gestão:

- Implantar o Centro de Atenção Psicossocial no município
- Implantar os Leitos Psiquiátricos
- Desenvolver as ações de Matriciamento sistemático realizadas por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica.

3.1.5.8. REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência foi criada mediante a Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002 e para a implantação das unidades de reabilitação foram estabelecidas diversas normas.

A proposta atual que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência objetiva a ampliação do acesso com o acolhimento e a classificação de risco e a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomias e múltiplas deficiências, temporária e permanente, progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde.

A operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se dá pela execução de quatro fases: Diagnóstico e Desenho Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Adesão à Rede de

Cuidados à Pessoa com Deficiência; Contratualização dos Pontos de Atenção; e Implantação e acompanhamento, pelo Grupo Condutor Estadual, da Rede de Atenção à Saúde.

Ipixuna do Pará ainda não possui esta rede assistencial instalada. Apesar da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência não ser novidade, as gestões anteriores não despertaram atenção especial para a causa haja vista a mesma demandar muitas adequações na RAS do município e, conseqüentemente, elevação dos custos sem incentivos adequados de outras esferas de governo.

Os usuários do perfil que necessitam de atenção especializada são encaminhados para os executores de nossa rede pactuada, tendo suas despesas custeadas pelo TFD municipal, se fizer jus ao protocolo para custeio pelo programa.

Comentário Técnico:

A ausência da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência no município é um grande desafio enfrentado pela gestão local, porém a mesma tenta minimizar os efeitos dessa lacuna, com o atendimento referenciado em outros municípios ou com a oferta, de maneira paliativa, de alguns profissionais específicos do município, como por exemplo: Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo.

O município ainda não tem um diagnóstico situacional concreto voltado a estes usuários.

Análise e classificação diagnóstica:

A falta de diagnóstico situacional para esta rede no município acarreta especulações acerca de possíveis custos. É fato que algumas estruturas físicas precisarão passar por adaptações estruturais, bem como faz-se necessária a qualificação dos profissionais da nossa RAS para que os usuários tenham atenção integral, universal e digna à saúde

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 12.

Proposta da gestão:

- Garantir a oferta de serviços de saúde para Pacientes Portadores de Deficiência.
- Elaborar diagnóstico situacional do município pautado nos instrumentos normativos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

3.1.6. FLUXO DE ACESSO

3.1.6.1. REGULAÇÃO DO ACESSO

A organização do SUS está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços).

Neste contexto de organização o controle do acesso da demanda com relação a oferta de serviços de saúde tornasse instrumento indispensável na consolidação de políticas de gestão e planejamento do SUS, uma vez que o equilíbrio entre esses dois fatores é imprescindível para que haja um gestão de recursos financeiros eficiente frente a uma integralidade de assistência ao usuário de forma justa e igualitária.

Em Ipixuna do Pará prevalece um fluxo também predominante na maioria dos municípios da região, o acesso se dá conforme a realidade de nossas estruturas, claro, dentro do contexto do SUS, tendo como principais portas de entrada ao sistema, as unidades básicas de saúde e os serviços de urgência/emergência, que por sua vez são responsáveis pelo encaminhamento do usuários na rede, conforme o nível de complexidade de seu atendimento, de modo que se consiga a integralidade assistencial até a sua esperada cura.

Atualmente esse gerenciamento é feito pela Coordenação Municipal de Regulação em sincronia com os demais estabelecimentos de saúde do município, através de sistemas de informações específicos (SISREG e SER/PA) para os fluxos externos e com controle automatizado por planilhas eletrônicas para os fluxos da rede interna de serviços.

Comentário Técnico:

O grande desafio para a gestão é otimizar recursos financeiros cada vez mais escassos quando comparado as crescentes demandas da saúde pública, um dos caminhos para alcançar esse equilíbrio é avaliação periódica das cotas físicas e financeiras de procedimentos da atenção hospitalar e especializada, os quais pela sua complexidade mediana ou alta oneram bastante o orçamento municipal da saúde.

O município de Ipixuna do Pará possui dois grandes obstáculos na

busca desse objetivo, o primeiro é a articulação política e técnica no sentido de exigir dos municípios executores o cumprimento das cotas contratualizadas com o município, conforme demonstrado nas tabelas demonstrativas de procedimentos regulados para a rede referenciada, ou o eventual remanejamento para a rede local ou para outros possíveis municípios executores interessados.

O outro obstáculo é a reorganização do Complexo Regulador Municipal, de modo que o mesmo possa implementar práticas contínuas e periódicas de controle e avaliação de informações de todos os procedimentos passíveis de serem regulados dentro do contexto de gestão da saúde no município, isso perpassa pelo realinhamento dos processos de trabalhos de toda a rede local, principalmente dentro do complexo, e pela organização e integração dos sistemas de informação da Regulação com os demais sistemas de saúde de interesse.

Análise e classificação diagnóstica:

A falta de controle e avaliação mais rigorosos quanto aos serviços de saúde passíveis de regulação, trazem enormes prejuízos financeiros para a gestão municipal, uma vez que subutilização de cotas fixas pactuadas (via PPI) com municípios executores que não realizam os procedimentos tem grande impacto financeiro nas contas da saúde do município, já que esses valores repassados são deduzidos diretamente do Teto Financeiro do Bloco da Média e Alta Complexidade do Fundo Municipal de Saúde independente dos serviços serem realizados ou não.

Outro ponto importante é o controle e avaliação regulares das demandas da rede local, a qual apresenta inconsistências quanto as cotas físicas pactuadas e o total de procedimentos realizados, os quais apontam duas possibilidades: um número desnecessário de encaminhamentos advindos da atenção primária; ou a necessidade de realinhamento entre cotas sub utilizadas e as com demanda reprimida, de modo a se alcançar um equilíbrio mínimo que impacte diretamente na otimização de recursos financeiros e em uma oferta de serviços mais justa e igualitária, moldada de acordo com as necessidades reais da população do município.

Classificado como Relevante, média intervenção, nota 45.

Proposta da gestão:

- Reordenar os processos de trabalho do Complexo Regulador Municipal;

- Implementar práticas contínuas e periódicas de controle e avaliação dos serviços de saúde passíveis de regulação;
- Revisar todas as cotas físicas e financeiras do teto de consultas e procedimentos especializados, tanto da rede local, como da rede referenciada;
- Implementar de maneira oficial projeto de repactuação de procedimentos junto a municípios executores e possíveis solicitantes de acordo com as necessidades e interesse locais;
- Ampliação da rede informatizada de capilaridade do SISREG para todas unidades de saúde do município.

3.1.6.2. TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO

O Tratamento Fora de Domicílio é o instrumento legal que visa garantir o tratamento ambulatorial de média e alta complexidade a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de Ipixuna do Pará pelo médico assistente do paciente nas unidades vinculadas ao SUS e autorizadas por Comissão Municipal de TFD.

As despesas relativas ao deslocamento de usuários quando esgotado todos os meios de tratamento no próprio município, procederá segundo o que determina o regimento.

O setor de cadastro e controle de pacientes elegíveis de TFD funciona de forma integrada a Coordenação de Regulação, onde as atividades de ambos são feitas de maneira articulada, haja vista, a atividade de um está diretamente correlacionada ao de outro.

Tabela - Demonstrativo de gastos anuais com TFD de residentes do município de Ipixuna do Pará, por tipo de procedimento e ano.

| Procedimento | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | Total | |
|---|--------|--------------|--------|---------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|---------------|
| | Físico | Financeiro | Físico | Financeiro | Físico | Financeiro | Físico | Financeiro | Físico | Finan |
| Ajuda de custo p/ alimentacao/pernoite de paciente | 54 | R\$ 1.336,50 | 75 | R\$ 1.856,25 | 173 | R\$ 4.281,75 | 73 | R\$ 1.806,75 | 375 | R\$ 9.281,25 |
| Ajuda de custo p/ alimentacao de paciente s/pernoite | 915 | R\$ 7.686,00 | 1095 | R\$ 9.198,00 | 1174 | R\$ 9.861,60 | 935 | R\$ 7.854,00 | 4119 | R\$ 34.599,60 |
| Ajuda de custo p/ alimentacao/pernoite de paciente - (p/tratamento cnrac) | 80 | R\$ 1.980,00 | 100 | R\$ 2.475,00 | 80 | R\$ 1.980,00 | 60 | R\$ 1.485,00 | 320 | R\$ 7.920,00 |
| Ajuda de custo p/ alimentacao/pernoite de acompanhante | 109 | R\$ 2.697,75 | 301 | R\$ 7.449,75 | 386 | R\$ 9.553,50 | 299 | R\$ 7.400,25 | 1095 | R\$ 27.101,25 |
| Ajuda de custo p/alimentacao de acompanhante s/pernoite | 886 | R\$ 7.442,40 | 1275 | R\$ 10.710,00 | 1090 | R\$ 9.156,00 | 791 | R\$ 6.644,40 | 4042 | R\$ 33.952,80 |

| | | | | | | | | | | |
|--|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|-----------------------|
| Ajuda de custo p / alimentacao/pernoite de acompanhante - (p/tratamento cnrac) | 80 | R\$ 1.980,00 | 100 | R\$ 2.475,00 | 80 | R\$ 1.980,00 | 50 | R\$ 1.237,50 | 310 | R\$ 7.672,50 |
| Deslocamento de acompanhante por transporte aereo (cada 200 milhas) | - | - | 64 | R\$ 11.616,00 | - | - | - | - | 64 | R\$ 11.616,00 |
| Deslocamento de paciente por transporte aereo (cada 200 milhas) | - | - | 64 | R\$ 11.616,00 | - | - | - | - | 64 | R\$ 11.616,00 |
| Deslocamento de acompanhante por transporte terrestre (cada 50 km de distan | 7418 | R\$ 36.719,10 | 7891 | R\$ 39.060,45 | 8458 | R\$ 41.867,10 | 6613 | R\$ 32.734,35 | 30380 | R\$ 150.381,00 |
| Deslocamento de paciente por transporte terrestre (cada 50 km) | 7710 | R\$ 38.164,50 | 9000 | R\$ 44.550,00 | 9124 | R\$ 45.163,80 | 7491 | R\$ 37.080,45 | 33325 | R\$ 164.958,75 |
| Deslocamento interestadual de acompanhante por transporte aereo (cada 200 m | 125 | R\$ 22.687,50 | 64 | R\$ 11.616,00 | 96 | R\$ 17.424,00 | 64 | R\$ 11.616,00 | 349 | R\$ 63.343,50 |
| Deslocamento interestadual de paciente por transporte aereo (cada 200 milha | 125 | R\$ 22.687,50 | 64 | R\$ 11.616,00 | 128 | R\$ 23.232,00 | 64 | R\$ 11.616,00 | 381 | R\$ 69.151,50 |
| TOTAL | 17502 | R\$ 143.381,25 | 20093 | R\$ 164.238,45 | 20789 | R\$ 164.499,75 | 16440 | R\$ 119.474,70 | 74824 | R\$ 591.594,15 |

Comentário Técnico:

O Tratamento Fora do Domicílio é regulamentado, no âmbito nacional, através da Portaria SAS/GM no. 55, de 24 de setembro de 1999. Muitas diretrizes foram ratificadas e aprimoradas através das Portarias no. 399, de 22 de fevereiro de 2006 e no. 648 de 28 de março de 2006.

Segundo a Portaria GM no. 648, de 28 de março de 2006, no item 2, inciso IV, é da competência das Secretarias Municipais de Saúde a organização do "fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica".

A responsabilidade de financiamento para os tratamentos que exigem deslocamento intraestadual fica atribuída aos municípios que possuem gestão plena em saúde. Nos casos de municípios que estão em gestão plena da atenção básica e também os tratamentos interestaduais, estes estão sob responsabilidade do estado. Em ambos os casos de responsabilidade contábil, as ações são realizadas conforme programação orçamentária.

Análise e classificação diagnóstica:

Apesar dos valores da tabela SUS serem considerados baixos para uma efetiva ajuda de custo, Ipixuna do Pará direcionou a média anual de R\$ 147.898,54 de seus recursos para o TFD, atentando-se para os 74.824

procedimentos registrados no quadriênio 2014-2017. Neste cálculo orçamentário não estão inclusos gastos com as formas alternativas para a viabilização deste serviço, como por exemplo, frete de veículo sanitário periódico, despesas com o RH, combustível e outros materiais de consumo. Isto nos remete que em virtude da insuficiência de recursos orçamentários, o município desenvolve formas alternativas para viabilização do serviço, otimizando assim o investimento no programa.

A despesa significativa de gastos com TFD necessita de uma atenção especial da gestão, que precisa implementar ferramentas e práticas de trabalho que visem intensificar o controle e a auditoria regular de processos, que por consequência irão racionalizar os gastos com benefícios concedidos de maneira equivocada ou fora dos parâmetros legais exigíveis de concessão.

Classificado como Relevante, média intervenção, nota 27.

Proposta da gestão:

- Aquisição de aporte tecnológico;
- Monitoramento das ações da casa de apoio;
- Aluguel de veículos em bom estado de conservação e adesivados para a locomoção de pacientes de hemodiálise;
- Aquisição de uma van para o TFD.

3.1.7. RECURSOS FINANCEIROS (FINANCIAMENTO DA SAÚDE)

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para a viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal. Conforme determina o § 1º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios, além de fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social de cada ente.

Para operacionalizar essas ações, a Lei Complementar nº 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias gerenciadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao

respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (BRASIL, 2000a).

As transferências (regulares ou eventuais) da União para Estados, Municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências fundo a fundo, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

Sobre o aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços de Saúde, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece a base de cálculo e a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais, o município de Ipixuna do Pará vem cumprindo o disposto conforme demonstrado nas tabelas adiante.

3.1.7.1. DEMONSTRATIVO FINANCEIRO

Tem por objetivo detalhar a característica e a forma como ocorreram os repasses de recursos para o custeio das ações e serviços de saúde pública do município de Ipixuna do Pará, demonstrado de maneira clara, sucinta e transparente a aplicabilidade de recursos recebidos pela gestão municipal.

| Tabela - Demonstrativo percentual da participação dos entes federados no financiamento da saúde pública no município de Ipixuna do Pará / por indicadores financeiros e ano de execução | | |
|--|---------------|---------------|
| INDICADORES FINANCEIROS | 2016 | 2017 |
| Participação % da receita de impostos na receita total do Município | 6,18% | 5,20% |
| Participação % das transferências intergovernamentais na receita total do Município | 82,13% | 90,05% |
| Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município | 11,13% | 11,1% |
| Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município | 94,86% | 94,47% |
| Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de Transferências da União para o Município | 18,52% | 20,58% |
| Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município | 33,98% | 34,83% |
| Para Fins de Cálculo do Percentual da LC141/2012 | 0,00% | 0% |
| Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob responsabilidade do município, por habitante | R\$ 256,71 | R\$ 348,65 |
| Participação % da despesa com pessoal na despesa total com Saúde | 49,64% | 50,16% |
| Participação % da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde | 0,00% | 0% |
| Participação % da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde | 6,37% | 10,35% |

| | | |
|---|--------|--------|
| Participação % da despesa com investimentos na despesa total com Saúde | 9,04% | 11,36% |
| % das transferências para a Saúde em relação à despesa total do município com saúde | 63,90% | 42,9% |
| % da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012 | 17,29% | 31,12% |

Fonte: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/manterDemonstrativoRecursos> - SIOPS/SARGUS

Tabela - Demonstrativo das despesas com saúde, por bloco de financiamento, tipo de repasse e ano de execução.

| Nº | Blocos | Esferas | 2015 | 2016 | 2017 |
|----|---------------------------|-----------|--------------|---------------|---------------|
| 01 | Atenção Básica | Total | 3.299.496,13 | 4.428.338,46 | 5.271.052,16 |
| | | Federal | 3.299.496,13 | 4.428.338,46 | 4.101.583,96 |
| | | Estadual | - | - | - |
| | | Municipal | - | - | 1.169.468,20 |
| 02 | Média e alta complexidade | Total | 2.686.733,34 | 3.061.590,54 | 2.965.956,74 |
| | | Federal | 2.686.733,34 | 3.061.590,54 | 2.641.756,74 |
| | | Estadual | - | - | - |
| | | Municipal | - | - | 324.200,00 |
| 03 | Vigilância em saúde | Total | 25.590,83 | 793.326,79 | 756.214,39 |
| | | Federal | 25.590,83 | 733.368,45 | 756.214,39 |
| | | Estadual | - | 59.958,34 | - |
| | | Municipal | - | - | - |
| 04 | Assistência Farmacêutica | Total | 273.261,65 | 485.015,39 | 293.686,60 |
| | | Federal | 273.261,65 | 317.242,10 | 293.686,60 |
| | | Estadual | - | 167.773,29 | - |
| | | Municipal | - | - | - |
| 05 | Gestão do SUS | Total | 302.092,00 | - | 12.000,00 |
| | | Federal | 302.092,00 | - | 12.000,00 |
| | | Estadual | - | - | - |
| | | Municipal | - | - | - |
| 06 | Investimentos | Total | 1.397.081,79 | 313.666,00 | 734.400,00 |
| | | Federal | 816.909,39 | 313.666,00 | 734.400,00 |
| | | Estadual | 466.521,81 | - | - |
| | | Municipal | 113.650,59 | - | - |
| 07 | Outras receitas | Total | 1.450.053,30 | 3.317.831,11 | 3.306.102,82 |
| | | Federal | - | 106.695,87 | 100.722,37 |
| | | Estadual | - | - | 204.474,14 |
| | | Municipal | 1.450.053,30 | 3.211.135,24 | 3.000.906,31 |
| 07 | TOTAL | Total | 9.434.309,04 | 12.399.768,29 | 13.339.412,71 |
| | | Federal | 7.404.083,34 | 8.960.901,42 | 8.640.364,06 |
| | | Estadual | 466.521,81 | 227.731,63 | 204.474,14 |
| | | Municipal | 1.563.703,89 | 3.211.135,24 | 4.494.574,51 |

3.1.7.2. PROJEÇÃO ORÇAMENTÁRIA

O planejamento de gastos em ações e serviços é instrumento essencial para o funcionamento da estrutura da saúde pública de um município, a projeção de receitas permite a elaboração de projetos mais factíveis e com maior probabilidade de serem transformados em objetos reais que mudem de fato a realidade de saúde de uma determinada população.

Nesse contexto, a elaboração de um orçamento coerente e pautado nas políticas públicas extraídas do PPA do município, permitem o alinhamento e a sintonia dos gastos da Secretaria de Saúde com a Gestão Municipal e torna sua programação mais assertiva e eficiente.

A projeção orçamentária da saúde é uma junção da previsão orçamentária definida no PPA Municipal e do histórico de repasses feitos ao Fundo Municipal pelos três entes federados do SUS durante os últimos anos. E está em consonância com a Portaria GM/MS nº 3.992, de 29 de dezembro de 2017, a qual veio com o intuito de garantir uma flexibilidade maior aos gestores municipais no que diz respeito ao uso dos repasses advindos do Fundo Nacional de Saúde, bem como, doutrina todo o regramento com relação a mesma finalidade nos Fundos Estaduais e Municipais.

Nesse sentido, o repasse de recursos aos municípios deixa de ser feito através dos antigos cinco blocos de financiamento (Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS, Média e Alta Complexidade e Assistência Farmacêutica) e passam a ser disponibilizado através de dois grandes blocos, Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, cada um com a sua conta única específica. Regra pela qual o município se enquadra conforme a exposição das tabelas a seguir.

A apresentação do planejamento orçamentário se organiza através de blocos, porém a mesma possui sub detalhamentos que melhor direcionam a execução financeira, ficando dividida em: Grupo de Financiamento, Sub-Grupo de Financiamento e Característica das Ações a serem realizadas.

CUSTEIO

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio são destinados à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

Grupo de Financiamento: ATENÇÃO BÁSICA**Sub-Grupo: PROGRAMAS****Característica da Ação: ATIVIDADES**

| Programa | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Atenção Primária em Saúde | R\$ 2.499.271,36 | R\$ 2.499.271,36 | R\$ 2.499.271,36 | R\$ 2.499.271,36 | R\$ 9.997.085,44 |
| Academia em Saúde | R\$ 30.000,00 | R\$ 36.000,00 | R\$ 36.000,00 | R\$ 36.000,00 | R\$ 138.000,00 |
| Mais Médicos | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 400.000,00 |
| NASF | R\$ 480.000,00 | R\$ 480.000,00 | R\$ 480.000,00 | R\$ 480.000,00 | R\$ 1.920.000,00 |
| ACS | R\$ 1.054.560,00 | R\$ 1.054.560,00 | R\$ 1.054.560,00 | R\$ 1.054.560,00 | R\$ 4.218.249,00 |
| Saúde Bucal | R\$ 160.530,00 | R\$ 160.530,00 | R\$ 160.530,00 | R\$ 160.530,00 | R\$ 642.120,00 |
| Saúde na Escola | R\$ 18.676,00 | R\$ 18.676,00 | R\$ 18.676,00 | R\$ 18.676,00 | R\$ 74.704,00 |
| PMAQ | R\$ 377.400,00 | R\$ 377.400,00 | R\$ 377.400,00 | R\$ 377.400,00 | R\$ 1.509.600,00 |
| Telessaúde | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 40.000,00 |
| TOTAL | R\$ 4.730.437,36 | R\$ 4.730.437,36 | R\$ 4.730.437,36 | R\$ 4.730.437,36 | R\$ 18.939.758,44 |

Grupo de Financiamento: VIGILÂNCIA EM SAÚDE**Sub-Grupo: PROGRAMAS****Característica da Ação: ATIVIDADES**

| Programa | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| Ações da Vigilância em Saúde | R\$ 624.795,85 | R\$ 624.795,85 | R\$ 624.795,85 | R\$ 624.795,85 | R\$ 2.499.183,40 |
| ACE | R\$ 91.260,00 | R\$ 91.260,00 | R\$ 91.260,00 | R\$ 91.260,00 | R\$ 365.040,00 |
| Vigilância Sanitária | R\$ 33.553,35 | R\$ 33.553,35 | R\$ 33.553,35 | R\$ 33.553,35 | R\$ 134.213,00 |
| TOTAL | R\$ 749.609,20 | R\$ 749.609,20 | R\$ 749.609,20 | R\$ 749.609,20 | R\$ 2.998.436,80 |

Grupo de Financiamento: GESTÃO DO SUS**Sub-Grupo: PROGRAMAS****Característica da Ação: ATIVIDADES**

| Programa | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Gestão Administrativa | R\$ 4.200.000,00 | R\$ 4.200.000,00 | R\$ 4.200.000,00 | R\$ 4.200.000,00 | R\$ 16.800.000,00 |
| Vigilância Nutricional | R\$ 13.000,00 | R\$ 13.000,00 | R\$ 13.000,00 | R\$ 13.000,00 | R\$ 52.000,00 |
| Educação Permanente em Saúde | R\$ 50.000,00 | R\$ 50.000,00 | R\$ 50.000,00 | R\$ 50.000,00 | R\$ 200.000,00 |
| Conselho Municipal de Saúde | R\$ 15.000,00 | R\$ 15.000,00 | R\$ 15.000,00 | R\$ 15.000,00 | R\$ 60.000,00 |
| TOTAL | R\$ 4.278.000,00 | R\$ 4.278.000,00 | R\$ 4.278.000,00 | R\$ 4.278.000,00 | R\$ 17.112.000,00 |

Grupo de Financiamento: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**Sub-Grupo: PROGRAMAS****Característica da Ação: ATIVIDADES**

| Programa | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| Assistência Farmacêutica Básica | R\$ 419.518,72 | R\$ 419.518,72 | R\$ 419.518,72 | R\$ 419.518,72 | R\$ 1.678.074,88 |
| TOTAL | R\$ 419.518,72 | R\$ 419.518,72 | R\$ 419.518,72 | R\$ 419.518,72 | R\$ 1.678.074,88 |

Grupo de Financiamento: MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**Sub-Grupo: PROGRAMAS****Característica da Ação: ATIVIDADES**

| Programa | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Rede Assistencial (ambulatorial, hospitalar e TFD) | R\$ 2.537.006,74 | R\$ 2.537.006,74 | R\$ 2.537.006,74 | R\$ 2.537.006,74 | R\$ 10.148.026,96 |
| SAMU | R\$ 283.500,12 | R\$ 283.500,12 | R\$ 283.500,12 | R\$ 283.500,12 | R\$ 1.134.000,48 |
| SAD | R\$ 336.000,00 | R\$ 672.000,00 | R\$ 672.000,00 | R\$ 672.000,00 | R\$ 2.352.000,00 |
| CAPS | R\$ ----- | R\$ 336.000,00 | R\$ 336.000,00 | R\$ 336.000,00 | R\$ 1.008.000,00 |
| Rede Cegonha | R\$ 1.554,24 | R\$ 1.554,24 | R\$ 1.554,24 | R\$ 1.554,24 | R\$ 6.216,00 |
| Rede Brasil sem Miséria PPI (MC ambulatorial e hospitalar) | R\$ 90.000,00 | R\$ 90.000,00 | R\$ 90.000,00 | R\$ 90.000,00 | R\$ 360.000,00 |
| | R\$ 687.589,08 | R\$ 687.589,08 | R\$ 687.589,08 | R\$ 687.589,08 | R\$ 2.750.356,32 |
| TOTAL | R\$ 3.935.650,00 | R\$ 4.607.650,18 | R\$ 4.607.650,18 | R\$ 4.607.650,18 | R\$ 17.758.600,54 |

PROJEÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE CUSTEIO (CONSOLIDADA)

| Grupo | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Atenção Básica | R\$ 4.730.437,36 | R\$ 4.730.437,36 | R\$ 4.730.437,36 | R\$ 4.730.437,36 | R\$ 18.921.749,44 |
| Vigilância em Saúde | R\$ 749.609,20 | R\$ 749.609,20 | R\$ 749.609,20 | R\$ 749.609,20 | R\$ 2.998.436,80 |
| Assistência Farmacêutica | R\$ 419.518,72 | R\$ 419.518,72 | R\$ 419.518,72 | R\$ 419.518,72 | R\$ 1.678.074,88 |
| Média e Alta Complexidade | R\$ 3.935.650,00 | R\$ 4.607.650,18 | R\$ 4.607.650,18 | R\$ 4.607.650,18 | R\$ 17.758.600,54 |
| Gestão do SUS | R\$ 4.278.000,00 | R\$ 4.278.000,00 | R\$ 4.278.000,00 | R\$ 4.278.000,00 | R\$ 17.112.000,00 |
| TOTAL | R\$ 14.113.215,28 | R\$ 14.785.215,46 | R\$ 14.785.215,46 | R\$ 14.785.215,46 | R\$ 58.468.861,66 |

INVESTIMENTO

Os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde também serão transferidos em conta corrente única, e destinar-se-ão, exclusivamente, à:

- I. aquisição de equipamentos;
- II. obras de construções novas utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e
- III. Obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde

Sua disposição como planejamento segue o mesmo rito do Bloco de Custeio, ficando assim definido:

Grupo de Financiamento: ATENÇÃO BÁSICA

Sub-Grupo: PROJETOS

Característica da Ação: ATIVIDADES

| Programa | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Implantação de Estrutura Física (Aquisição / Construção) | R\$ 800.000,00 | R\$ 800.000,00 | R\$ 800.000,00 | R\$ 800.000,00 | R\$ 3.200.000,00 |
| Ampliação / Reforma de Estrutura Física | R\$ 300.000,00 | R\$ 300.000,00 | R\$ 300.000,00 | R\$ 300.000,00 | R\$ 1.200.000,00 |

| | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Aquisição de Equipamentos / Material Permanente | R\$ 650.000,00 | R\$ 650.000,00 | R\$ 650.000,00 | R\$ 650.000,00 | R\$ 2.600.000,00 |
| TOTAL | R\$ 1.750.000,00 | R\$ 1.750.000,00 | R\$ 1.750.000,00 | R\$ 1.750.000,00 | R\$ 7.000.000,00 |

Grupo de Financiamento: VIGILÂNCIA EM SAÚDE**Sub-Grupo: PROJETOS****Característica da Ação: ATIVIDADES**

| Programa | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|--|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Implantação de Estrutura Física (Aquisição / Construção) | - | - | - | - | - |
| Ampliação / Reforma de Estrutura Física | - | - | - | - | - |
| Aquisição de Equipamentos / Material Permanente | R\$ 50.000,00 | R\$ 50.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 500.000,00 |
| TOTAL | R\$ 50.000,00 | R\$ 50.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 500.000,00 |

Grupo de Financiamento: GESTÃO DO SUS**Sub-Grupo: PROJETOS****Característica da Ação: ATIVIDADES**

| Programa | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
| Implantação de Estrutura Física (Aquisição / Construção) | R\$ 200.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$800.000,00 |
| Ampliação / Reforma de Estrutura Física | R\$300.000,00 | R\$300.000,00 | R\$300.000,00 | R\$300.000,00 | R\$1.200.000,00 |
| Aquisição de Equipamentos / Material Permanente | R\$150.000,00 | R\$150.000,00 | R\$150.000,00 | R\$150.000,00 | R\$600.000,00 |
| TOTAL | R\$650.000,00 | R\$650.000,00 | R\$650.000,00 | R\$650.000,00 | R\$2.600.000,00 |

Grupo de Financiamento: ATENÇÃO ESPECIALIZADA**Sub-Grupo: PROJETOS****Característica da Ação: ATIVIDADES**

| Programa | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Implantação de Estrutura Física (Aquisição / Construção) | R\$ 220.000,00 | R\$ 1.500.000,00 | R\$ 1.500.000,00 | R\$ 2.000.000,00 | R\$ 5.220.000,00 |
| Ampliação / Reforma de Estrutura Física | R\$ 200.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 800.000,00 |
| Aquisição de Equipamentos / Material Permanente | R\$ 1.200.000,00 | - | - | R\$ 1.500.000,00 | R\$ 1.500.000,00 |
| TOTAL | R\$ 1.620.000,00 | R\$ 1.700.000,00 | R\$ 1.700.000,00 | R\$ 3.700.000,00 | R\$ 8.720.000,00 |

Grupo de Financiamento: GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE**Sub-Grupo: PROJETOS****Característica da Ação: ATIVIDADES**

| Programa | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Implantação de Estrutura Física (Aquisição / Construção) | - | - | - | - | - |

| | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ampliação / Reforma de Estrutura Física | - | - | - | - | - |
| Aquisição de Equipamentos / Material Permanente | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 400.000,00 |
| TOTAL | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 400.000,00 |

PROJEÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE INVESTIMENTO (CONSOLIDADA)

| Grupo | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Atenção Básica | R\$ 1.750.000,00 | R\$ 1.750.000,00 | R\$ 1.750.000,00 | R\$ 1.750.000,00 | R\$ 7.000.000,00 |
| Vigilância em Saúde | R\$ 50.000,00 | R\$ 50.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 200.000,00 | R\$ 500.000,00 |
| Gestão do SUS | R\$ 650.000,00 | R\$ 650.000,00 | R\$ 650.000,00 | R\$ 650.000,00 | R\$ 2.600.000,00 |
| Atenção Especializada | R\$ 1.620.000,00 | R\$ 1.700.000,00 | R\$ 1.700.000,00 | R\$ 3.700.000,00 | R\$ 8.720.000,00 |
| Gestão e Desenvolvimento de Tecnologias em Saúde | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 100.000,00 | R\$ 400.000,00 |
| TOTAL | R\$ 4.170.000,00 | R\$ 4.250.000,00 | R\$ 4.400.000,00 | R\$ 6.400.000,00 | R\$ 19.220.000,00 |

PROJEÇÃO ORÇAMENTÁRIA GERAL DA SAÚDE (CONSOLIDADA)

| Bloco | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | ACUMULADO |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| CUSTEIO | R\$ 14.113.215,28 | R\$ 14.785.215,46 | R\$ 14.785.215,46 | R\$ 14.785.215,46 | R\$ 58.468.861,66 |
| INVESTIMENTO | R\$ 4.170.000,00 | R\$ 4.250.000,00 | R\$ 4.400.000,00 | R\$ 6.400.000,00 | R\$ 19.220.000,00 |
| TOTAL | R\$ 18.283.215,28 | R\$ 19.035.215,46 | R\$ 19.185.215,46 | R\$ 21.185.215,46 | R\$ 77.688.861,66 |

Comentário Técnico:

O gasto crescente na saúde pública e a redução de receitas por conta de ajustes no erário público em consequência da crise econômica que ao país atravessou nos últimos anos, tem sido um grande desafio para os gestores da saúde. As políticas públicas de saúde vêm se expandindo em Ipixuna do Pará, ao longo dos últimos 5 anos. A expansão destes serviços exige da gestão municipal atenção financeira especial, o que fez com que a gestão municipal, que está sensível à pasta da saúde, investisse bem mais da arrecadação própria do que os 15% constitucionais da arrecadação municipal, chegando a 31,12% de investimento dos recursos próprios no ano de 2017, superando os 17,29% investidos no ano anterior. Refletiu consequentemente no investimento percapta em saúde, que saltou de R\$256,71 em 2016 para R\$348,65 em 2017.

A meta da gestão para os próximos anos, é tentar maximizar os recursos da saúde até onde for possível, de modo de que se consiga obter o maior

número e a melhor qualidade de serviços a um custo realizável e dentro dos padrões financeiros do município, de modo que não ocorra um endividamento ainda maior do poder público, nem tão pouco um estrangulamento da oferta de serviços e ações de saúde para a população local.

Análise e classificação diagnóstica:

O uso dos recursos da saúde de forma inteligente e racional, deixa de ser apenas uma alternativa diferenciada de gestão, e passa a ser uma necessidade imediata no contexto de prover um número maior de ações e serviços de saúde capazes de atender as necessidades da população e as diretrizes do SUS.

Ipixuna do Pará necessitará implantar práticas de gestão financeira no âmbito da saúde pública, que permitam fazer uma avaliação e controle periódicos do uso de recursos relativos, de modo a agir de forma eficaz e eficiente em sua aplicabilidade, provendo serviços e ações de saúde otimizados, porém efetivos, e principalmente, a um custo exequível.

A qualificação das ações em saúde, registro e transmissão desta qualificação também auxiliam na captação de recursos das demais esferas de gestão.

A análise da tabela “**Demonstrativo das despesas com saúde, por bloco de financiamento, tipo de repasse e ano de execução**” elucidada que a gestão contábil não vem sendo eficiente ao ponto de controlar o aporte financeiro próprio por bloco contemplado, evidenciado pelo grande volume de recursos municipais que compõem o bloco **OUTROS**. Isto reduz a capacidade da gestão em saúde de mensurar o aporte financeiro às áreas de atuação, o que dificulta o planejamento das ações, a elaboração de relatório orçamentário e a visualização concreta e simplificada das despesas com saúde.

Classificado como Relevante, média intervenção, nota 27.

Proposta da gestão:

- Manter atualizada a alimentação bimestral do SIOPS;
- Implantar práticas de gestão financeira que permitam um melhor e mais qualificado controle dos gastos com saúde no município.

3.1.8. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Gestão do Trabalho é um conjunto de ações que visam a valorizar o trabalhador e o seu trabalho, tais como: a implementação das Diretrizes Nacionais para a instituição ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS e o apoio às instâncias do SUS neste sentido; a desprecarização dos vínculos de trabalho na área da saúde; o apoio à implantação de Mesas de Negociação Permanente do SUS; a criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde – para debater, em especial, as questões relacionadas à regulamentação de novas profissões na área da saúde, e a proposta de organização da gestão do trabalho e da educação na saúde nas três esferas de governo, por meio do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS - ProgeSUS (Brasil, 2006), dentre outras.

Um grande passo para esse avanço é a proposta de retomada da discussão para revisão das diretrizes que compõem o Planos de Carreiras, Cargos e Salários do município, o qual deve ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no SUS.

Tabela - Demonstrativo de necessidades e oferta de quantidade de ações educativas no município, por temática de qualificação

| Nº | Especificação da Temática das Capacitações e treinamentos | Necessidades | Capacidade Instalada | Cobertura | Oferta | Relação dos Capacitações / Treinamentos |
|----|---|--------------|----------------------|-----------|--------|--|
| 01 | ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | 03 | 1 | 33,3% | 1 | - Farmácia Básica; - Protocolos Farmacêuticos na AB; - Gestão de Medicamentos |
| 02 | ATENÇÃO BÁSICA | 04 | 2 | 50% | 2 | - Rede Cegonha; - Avaliação de indicadores na AB; - PMAQ-AB; - Tabagismo; |
| 03 | ATENÇÃO HOSPITALAR | 03 | 2 | 66,6% | 2 | - Primeiros Socorros; - Protocolos Clínicos para Acidentados; - Protocolos Clínicos para Cardíacos |
| 04 | GESTÃO DO SUS | 04 | 1 | 25% | 1 | - Instrumentos de Gestão do SUS; - Gestão de Recursos Humanos; - Ouvidoria no SUS; - Controle Interno na Administração Pública. |
| 05 | REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO | 02 | 1 | 50% | 1 | - Regulação de Serviços de Saúde; - Pactuação Interfederativa. |
| 06 | SISTEMAS DE INFORMAÇÕES | 07 | 4 | 57,1% | 4 | - E-SUS; - SIPNI; |

| | | | | | | |
|----|---------------------|----|---|-------|---|--|
| | | | | | | - SISREG; - SISPRENATAL; - SIES; - SINAN; - TABWIN. |
| 07 | VIGILÂNCIA EM SAÚDE | 07 | 2 | 28,6% | 2 | - Testes Rápidos; - Vigilância do Óbito; - Hanseníase; - Tuberculose; - Notificação de Agravos; - Saúde do Trabalhador; - Vigilância de Agrotóxicos. |

Fonte: SMS

Comentário Técnico:

A falta de instrumentos que permitam mensurar as informações dos trabalhadores é um grande problema para a gestão local que não consegue avaliar em tempo oportuno as deficiências e potencialidades de sua força de trabalho, nem tão pouco mapear as necessidades relativas, informações essas que tende a contribuir para a tomada de decisão com relação a uma série de situações, por exemplo: Concurso Público, Plano de Cargos e Salários, Gestão de Recursos Humanos, entre outros.

A equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde é composta por técnicos com uma extensa lista de qualificações e especialidades que os tornam aptos no processo de qualificar a força de trabalho da saúde do município, em ações educativas que estejam dentro de suas competências e capacidades pedagógicas.

A gestão em saúde iniciou o desenvolvimento de um banco de dados em planilha, no intuito de dominar a capacidade técnica dos profissionais da rede, identificando sua formação, aprimoramento e pós-graduações, para que em caso de necessidade, tais profissionais possam somar na qualificação dos demais e/ou executar os serviços especializados.

A ausência de um Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde dificulta bastante elaboração de ações educativas voltadas para os reais problemas apresentados pela força de trabalho da secretaria, bem como, não permite avaliar de maneira mais técnica e coerente, o real impacto das ações educativas realizadas com os trabalhadores de saúde do município.

Análise e classificação diagnóstica:

A adoção de uma política contínua e regular de Gestão de Recursos

Humanos faz-se necessária no contexto da Secretaria de Saúde, que encontra dificuldades para gerir de forma potencializada a sua força de trabalho, perdendo eficiência e gerando focos de desmotivação e comodismo.

A implantação de um Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde será um marco na secretaria, pois as ações realizadas até então foram bem desenvolvidas, porém há necessidades de aperfeiçoamento das técnicas pedagógicas, de modo, que o aprendizado do trabalhador em saúde seja direcionado para a sua auto valorização e para o compartilhamento de seu conhecimento na construção de um saber coletivo moldado dentro das necessidades da saúde do município.

A retomada da revisão do PCCR é de extrema importância. Observa-se que os proventos previstos até mesmo pelo Regime Jurídico Único do município são em parte negligenciados, aparentemente, pela falta de domínio sobre o mesmo.

As categorias profissionais cuja remuneração não se embasam pelo salário mínimo, como as de nível técnico e nível superior, estão a pelo menos 5 anos sem reajuste salarial.

Em 2017 a gestão municipal passou a incluir na remuneração dos profissionais de nível superior a gratificação por insalubridade, nunca paga antes. Esta atitude foi fator estimulante para os profissionais, que desenvolveram expectativa pela melhor valorização dos recursos humanos. A criação do banco de dados das formações complementares dos profissionais de saúde e o aproveitamento destas formações dentro do próprio município já mostra que a gestão galga passos na busca da valorização profissional.

Em janeiro de 2018, a prefeitura municipal executou concurso público que contemplava a pasta da saúde. Este processo está em fase de conclusão para homologação do resultado final, e constitui estratégia para garantia do vínculo protegido dos trabalhadores de saúde.

Classificado como Execução Permanente, baixa intervenção, nota 18.

Proposta da gestão:

- Implantar práticas de gestão de recursos humanos;
- Implantar o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde;
- Apoiar a qualificação técnica de iniciativa própria dos profissionais da rede;
- Manter-se regular perante a Lei de Responsabilidade Fiscal no que diz respeito à

proporção de servidores contratados/efetivos;
- Implementar o PCCR existente e realizar atualização do mesmo.

3.1.9. CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), estabelecida tem como seu principal objetivo, contribuir para que o desenvolvimento da saúde se faça de modo sustentável, estimulando a produção de novos conhecimentos direcionados às necessidades do SUS.

Nesse contexto, as secretarias municipais de saúde exercem papel estratégico, pois as ações e atividades de saúde produzem informações e uma série de conhecimentos que serve de base científica para o desenvolvimento de estudos e pesquisas que resultam em melhores condições de vida e saúde para a população.

O município ainda não possui em seu território a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde legalmente instituída, porém busca através de suas atividades de rotina que remetem a pesquisa de condicionantes e determinantes de saúde contribuir, sempre que solicitado, para o fortalecimento das práticas governamentais e privadas que buscam a melhoria da saúde da população através de pesquisas e estudos específicos.

Comentário Técnico:

A Base De Pesquisa De Saúde Realizada Pelo Município Tem Como Aporte Tecnológico Os Diversos Sistemas De Informações De Saúde, Sendo Eles:

- **Sim;**
- **Sinasc;**
- **Sinan;**
- **Sivep;**
- **Sipni;**
- **Sisagua;**
- **Sisvan;**
- **Bpa;**
- **Sisprénatal;**
- **Sispacto;**
- **Siscan;**
- **Sihsus;**
- **Fpo;**
- **Sna;**
- **Sisaud/Sus;**
- **Sia;**
- **Scnes**
- **Cadsus Web;**
- **Sigtap;**
- **Sargsus;**
- **Sisreg;**
- **Tabwin;**
- **Siops;**
- **E-Sus Atenção;**
- **Saips;**
- **E-Gestor;**
- **Fns;**

À parte dos sistemas de saúde, Ipixuna do Pará conta com dois sistemas de gerenciamento locais, o ASPEC e o FOPAG, que se dispõem a gerenciar o movimento de insumos e de recursos orçamentários, e a gerenciar a folha de pagamento, consecutivamente.

Análise e classificação diagnóstica:

Todos os sistemas funcionam de forma regular, atendendo as necessidades relativas da secretaria de saúde, no que concerne as práticas de produção, fluxo de informações no SUS, pesquisas e estudos de interesse.

Observamos que alguns sistemas apresentam instabilidade e constante atualizações críticas, implicando na redução de registros importantes e custos desnecessários com atualização de impressos, como o eSUS e o SIPNI, que apresentam falhas de centralização das informações até mesmo a nível federal.

A gestão e os operadores de sistemas não conseguem fazer uso dos recursos dos sistemas implantados em sua plenitude. Pode ser comprovado pelo simples fato de muitos não terem conhecimento de quais os tipos de relatório que os sistemas emitem e tão pouco a finalidade e funcionalidade dos mesmos, implicando na subutilização do sistema e do investimento financeiro para utilização destes.

Ipixuna do Pará apresenta um ponto potencial, que é um departamento exclusivamente dedicado para os sistemas, o Centro de Informações em Saúde – CISA, que conta com um coordenador local e mão de obra técnica qualificada em manutenção de microcomputadores e rede.

Classificado como Relevante, média intervenção, nota 27.

Proposta da gestão:

- Garantir condições mínimas necessárias para o funcionamento dos sistemas de informação.
- Renovação dos equipamentos de informática a cada 3 anos;
- Qualificar os operadores de sistema além dos treinamentos ofertados pelo governo estadual;
- Melhorar a prática de uso dos relatórios de sistema pelos coordenadores municipais;
- Manter política de crítica da funcionalidade dos sistemas e documentar os

| |
|----------------------|
| resultados da mesma. |
|----------------------|

2.4.3 CONTROLE SOCIAL

A expressão ‘controle social’ tem origem na sociologia. De forma geral é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados.

Constitui um “conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem”.

Na perspectiva das políticas públicas de saúde, o ‘controle social’ é do povo sobre o Estado para a garantia da soberania popular. As idéias de participação e controle social estão intimamente relacionadas: por meio da participação na gestão pública, os cidadãos podem intervir na tomada da decisão administrativa, orientando a Administração para que adote medidas que realmente atendam ao interesse público e, ao mesmo tempo, podem exercer controle sobre a ação do Estado, exigindo que o gestor público preste contas de sua atuação.

A participação contínua da sociedade na gestão pública é um direito assegurado pela Constituição Federal, permitindo que os cidadãos não só participem da formulação das políticas públicas, mas, também, fiscalizem de forma permanente a aplicação dos recursos públicos.

Assim, o cidadão tem o direito não só de escolher, de quatro em quatro anos, seus representantes, mas também de acompanhar de perto, durante todo o mandato, como esse poder delegado está sendo exercido, supervisionando e avaliando a tomada das decisões administrativas.

É de fundamental importância que cada cidadão assuma essa tarefa de participar de gestão pública e de exercer o controle social do gasto do dinheiro público.

Na participação social, interagem os atores: institucionais, da esfera pública ou privada, organizados em torno de interesses ou entidades e associações; sujeitos e lideranças; parlamentares e outras autoridades. As formas de participação social podem ser:

- Institucionalizadas, em conselhos; e
- Não institucionalizadas, em fóruns participativos.

Aqui chamamos atenção para a Ouvidoria do SUS, que também é uma forma institucionalizada de participação social. A Ouvidoria Geral do SUS é a instância que escuta, acolhe, analisa e encaminha as demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde em todo Brasil. É um mecanismo institucional que contempla as manifestações individuais dos cidadãos e atribui transparência às ações do Ministério da Saúde.

Como assinalado na política criada para aperfeiçoar a gestão democrática do SUS – ParticipaSUS –, “[...] a participação social é um princípio e [uma] diretriz fundamental do SUS [...]” e é, também, “[...] componente estratégico inerente ao processo da Reforma Sanitária brasileira, e sua marca emblemática.” (BRASIL, 2005b, p. 8).

A Lei n. 8.142/90 estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as **Conferências de Saúde** e os **Conselhos de Saúde**. Nestes, as comunidades, por intermédio de seus representantes, podem formular, opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas e ações de saúde nas três esferas de governo, expressando e defendendo os seus interesses na gestão da saúde. (BRASIL, 2005c, p. 8).

No ano de 2017, Ipixuna do Pará promoveu três momentos amplos e coletivos de deliberação sobre a situação de saúde do município. Foram eles: X Conferência Municipal de Saúde; I Conferência Municipal de Vigilância em Saúde; e a I Plenária Municipal de Saúde da Mulher.

2.4.3.1 – CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

As conferências são previstas através da Lei Federal 8.142/1990 e tem o propósito de avaliar a real situação no município e propor diretrizes para a formulação da política de saúde, ou seja, tem objetivo de discutir ações que possam melhorar a qualidade do atendimento de saúde pública da população.

No mês de julho de 2017 ocorreu a X Conferência Municipal de Saúde de Ipixuna do Pará com o tema central "Extensão das ações de saúde por meio dos serviços com acesso, qualidade, equidade e humanização". Também elegeram-se

as entidades que compõem o atual Conselho Municipal de Saúde para o biênio 2017 a 2019.

2.4.3.2 – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

O controle social pode ser feito individualmente, por qualquer cidadão, ou por um grupo de pessoas. Os conselhos gestores de políticas públicas são canais efetivos de participação, que permitem estabelecer uma sociedade na qual a cidadania deixe de ser apenas um direito, mas uma realidade. A importância dos conselhos está no seu papel de fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas.

Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Os conselhos são o principal canal de participação popular encontrada nas três instâncias de governo (federal, estadual e municipal).

Os conselhos devem ser compostos por um número par de conselheiros, sendo que, para cada conselheiro representante do Estado, haverá um representante da sociedade civil (exemplo: se um conselho tiver 14 conselheiros, sete serão representantes do Estado e sete representarão a sociedade civil).

Os conselhos de saúde são compostos por 25% de representantes de entidades governamentais, 25% de representantes de entidades não governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS. Dentre as principais atribuições do Conselho Municipal de Saúde tem-se a de:

- Controlar o recurso financeiro da saúde;
- Acompanhar as verbas que chegam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os repasses de programas federais;
- Participar da elaboração das metas para a saúde;
- Controlar a execução das ações na saúde;
- Reunir pelo menos uma vez por mês.

Ipixuna do Pará tem um Conselho de Saúde atuante, participativo, que se reúne regularmente através de reuniões ordinárias mensais e extraordinárias, geralmente às terças-feiras na sala de reuniões da base municipal do SAMU.

3.2. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

DIRETRIZ 1: 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, ESPECIAL, AMBULATORIAL E HOSPITALAR, GARANTIDO ACESSO A MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DO SUS.

OBJETIVO 1: 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, ESPECIAL, AMBULATORIAL E HOSPITALAR.

| Meta | Indicador | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Responsável | Financiamento |
|--|---|-------|-------|-------|-------|--|--|
| Aumentar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF). | Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família (PBF). | 95,0% | 95,0% | 95,0% | 95,0% | Coordenação Atenção Básica / Gestão | CUSTEIO Atenção Básica |
| Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica. | Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica. | 22,0% | 25,0% | 30,0% | 30,0% | Coordenação Atenção Básica / Gestão | CUSTEIO Atenção Básica |
| Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada. | Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. | 0,34% | 0,41% | 0,48% | 0,48% | Coordenação Atenção Básica | CUSTEIO Atenção Básica |
| Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica. | Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica | 65,0 | 67,0 | 68,0 | 70,0 | Coordenação Atenção Básica / Gestão | CUSTEIO Atenção Básica |
| Redução de internações de causas sensíveis à Atenção Básica. | Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). | 48,0 | 46,0 | 42,0 | 40,0 | Coord. Atenção Básica / Coord. Vigilância em Saúde / Coord. Regulação / Gestão | CUSTEIO Atenção Básica/ Vigilância em Saúde / MAC |
| Aumentar o nº de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para a população residente. | Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente. | 0,43 | 0,45 | 0,47 | 0,50 | Coordenação de Regulação / Gestão | CUSTEIO MAC |
| Aumentar o nº de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para a população residente | Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente. | 12,0 | 15,0 | 15,0 | 17,0 | Coordenação de Regulação / Gestão | CUSTEIO MAC |
| Ampliar o nº de leitos em % | Número de Leitos hospitalares do SUS por mil habitantes. | 0,91 | 0,91 | 0,91 | 0,91 | Coordenação de Regulação / Gestão | INVESTIMENTO MAC |
| Meta Municipal: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou enviar o | Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService. | 40,0 | 50,0 | 50,0 | 50,0 | Coordenação Atenção Básica / Gestão | INVESTIMENTO Atenção Básica/ Assistência |

| conjunto de dados por meio do serviço WebService, em X% dos estabelecimentos farmacêuticos (farmácias e centrais de abastecimento Farmacêutico da Atenção Básica.) | | | | | | | Farmacêutica |
|--|---|------|------|------|------|--|--|
| Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatológico a cada três anos. | Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. | 0,31 | 0,32 | 0,33 | 0,35 | Coordenação Atenção Básica / Coordenação de Regulação | CUSTEIO MAC |
| Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade. | Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária. | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | Coordenação Atenção Básica / Coordenação de Regulação | CUSTEIO MAC |
| Ampliar as ações de matriciamento realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica. | Ações de Matricialmente realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica. | - | 100 | 100 | 100 | Coordenação Atenção Básica / Coordenação de Regulação | CUSTEIO MAC |
| Realizar Processo Seletivo para Contratação de ACS | Nº de processo seletivo realizado | 1 | - | 1 | - | Coordenação Atenção Básica / Gestão | INVESTIMENTO Gestão do SUS |
| Ampliar as equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) | Nº de equipes de NASF implantadas | 2 | 2 | 3 | 3 | Coordenação Atenção Básica / Gestão | CUSTEIO Atenção Básica Gestão do SUS |
| Construção do Hospital Municipal de Ipixuna do Pará | Proporção de conclusão da obra | 0 | 30% | 60% | 100% | Gestão | INVESTIMENTO MAC |
| Equipar o Hospital Municipal de Ipixuna do Pará | Hospital equipado conforme padrões para o perfil assistencial adotado | 0 | 0 | 1 | 1 | Coordenação de Regulação / Gestão | INVESTIMENTO MAC |
| Implantação do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviço de Atenção Especializada (SAE) Ipixuna do Pará | CTA/SAE Implantado | 0 | 1 | 1 | 1 | Coord. Atenção Básica / Coord. Vigilância em Saúde Gestão | CUSTEIO Vigilância em Saúde Gestão |

| | | | | | | | |
|---|--|------------|------------|------------|-------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Informatização de Unidades Básicas de Saúde para utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/eSUS) | Proporção de UBS com kit de informatização (1 kit contém: 7 computadores com monitor, mouse e teclado; 7 nobreaks; 4 impressoras; 1 roteador). | 30% | 60% | 90% | 100% | Gestão | INVESTIMENTO Atenção Básica |
| Informatização hospitalar para utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/eSUS Hospitalar) | Hospital contemplado com kit de informatização (1 kit contém: 5 computadores com monitor, mouse e teclado; 5 nobreaks; 3 impressoras; 1 roteador). | 0 | 1 | 1 | 1 | Gestão | INBESTIMENTO Gestão do SUS |
| Implantar pontos de internet nas UBS | Proporção de UBS com ponto de internet ativo | 30% | 60% | 90% | 100% | Gestão | INVESTIMENTO Atenção Básica |
| Implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/eSUS) | Proporção de UBS com o PEC implantado | 30% | 60% | 90% | 100% | Coordenação Atenção Básica / Gestão | INVESTIMENTO Atenção Básica |
| Construção e conclusão de UBS | Número de UBS construídas e entregues no ano | 3 | 2 | 2 | 1 | Gestão | INVESTIMENTO Atenção Básica |
| Ampliação ou Reforma de UBS | Número de UBS que passaram por processo de ampliação ou reforma no ano | 4 | 4 | 2 | 4 | Gestão | INVESTIMENTO Atenção Básica |
| Aquisição de equipamentos para as UBS | Número de UBS que receberam equipamentos novos no ano | 7 | 6 | 7 | 6 | Gestão | INVESTIMENTO Atenção Básica |
| Aquisição transporte sanitário para o TFD | Número de veículos estilo Micro-ônibus para transporte sanitário – TFD | 0 | 1 | 1 | 1 | Gestão | INVESTIMENTO MAC |
| Construção do Laboratório Municipal de análises clínicas | Proporção de conclusão da obra | 0 | 30% | 60% | 100% | Gestão | INVESTIMENTO MAC |

DIRETRIZ 2 - Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

OBJETIVO 1 - APRIMORAR E IMPLANTAR AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NAS REGIÕES DE SAÚDE, COM ÊNFASE NA ARTICULAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, REDE CEGONHA, REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA, E DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS.

| Meta | Indicador | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Responsável | Financiamento |
|--|---|------|------|------|------|---|----------------------------------|
| Acompanhar as ações de saúde, em 100% da tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos. | Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos. | 34% | 33% | 32% | 31% | Coordenação Atenção Básica | CUSTEIO Atenção Básica |
| Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal. | Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré – Natal. | 30% | 32% | 33% | 35% | Coordenação Atenção Básica | CUSTEIO Atenção Básica |
| Ampliar o nº de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas. | Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente | 35% | 36% | 37% | 38% | Coordenação de U/E / Coord. De Regulação | CUSTEIO MAC |
| Reduzir a proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) | Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM). | 0% | 0% | 0% | 0% | Coordenação Atenção Básica / Coordenação de U/E / Coord. De Regulação | CUSTEIO Atenção Básica MAC |
| Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida. | Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. | 95% | 95% | 95% | 95% | Coord. Atenção Básica / Coord. Vigilância em Saúde | CUSTEIO Vigilância em Saúde |
| Aumentar a proporção de parto normal. | Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar. | 70% | 70% | 70% | 70% | Coord. De Regulação | CUSTEIO MAC |
| Aumentar a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192). | Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192). | 100% | 100% | 100% | 100% | Coord. U/E / Gestão | CUSTEIO MAC |
| Implantar serviço de UPA 24h | Serviço UPA 24h implantada | 1 | 1 | 1 | 1 | Coord. U/E / Gestão | CUSTEIO MAC |

| | | | | | | | |
|---|--|-------------|-------------|-------------|-------------|---|--|
| Aumentar o número de ambulâncias para simples remoção pré e inter-hospitalar | Aquisição de ambulâncias para simples remoção | 1 | 2 | 2 | 1 | Gestão | INVESTIMENTO Gestão do SUS |
| Implantar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) | CAPS Implantado | - | 1 | 1 | 1 | Coordenação Atenção Básica / Regulação / Gestão | CUSTEIO MAC |
| Ampliar o número de RN acompanhados por enfermeiro na 1ª semana de vida. | Proporção de RN acompanhados até a 1ª semana de vida, pelo enfermeiro | 50% | 70% | 70% | 70% | Coordenação Atenção Básica | CUSTEIO Atenção Básica |
| Ampliar a cobertura de consultas puerperais em tempo hábil | Proporção de pré-natais finalizados com pelo menos uma consulta puerperal até o 42º dia pós parto. | 50% | 70% | 70% | 70% | Coordenação Atenção Básica | CUSTEIO Atenção Básica |
| OBJETIVO 2 - 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, AS ESPECIFICIDADES E A DIVERSIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA, NAS REDES TEMÁTICAS E NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. | | | | | | | |
| Meta | Indicador | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Responsável | Financiamento |
| Reduzir a mortalidade infantil. | Taxa de mortalidade infantil. | 5 | 5 | 4 | 4 | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde / Regulação / Gestão | CUSTEIO Atenção Básica Vigi Saúde MAC |
| Investigar os Óbitos maternos. | Número de Óbitos Maternos em determinado período e local de residência. | 1 | 1 | 1 | 1 | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde / Regulação / Gestão | CUSTEIO Atenção Básica Vigi Saúde MAC |
| Investigar os Óbitos materno em Idade fértil(MIF). | Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) investigados. | 100% | 100% | 100% | 100% | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Atenção Básica Vigi Saúde |
| Reduzir o número de óbitos maternos. | Proporção de óbitos maternos em determinado período e local de residência. | 100% | 100% | 100% | 100% | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Atenção Básica Vigi Saúde |

| | | | | | | | |
|--|---|-----------|-----------|-----------|-----------|--|-----------------------------------|
| Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências. | Nº de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado. | 10 | 14 | 16 | 16 | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Atenção Básica Vigi Saúde |
|--|---|-----------|-----------|-----------|-----------|--|-----------------------------------|

Diretriz 3 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

OBJETIVO 1 - REDUZIR E PREVENIR RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DA POPULAÇÃO, CONSIDERANDO OS DETERMINANTES SOCIAIS, 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.

| META | Indicador | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Responsável | Financiamento |
|---|--|-------------|-------------|-------------|-------------|--|---------------------------------------|
| Reduzir a incidência de sífilis congênita | Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. | 0 | 0 | 0 | 0 | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Atenção Básica Vigi Saúde MAC |
| Reduzir a mortalidade prematura (de 30 a 69anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). | a) Para município e região com menos de 100 mil habitantes: 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). | 30 | 29 | 28 | 27 | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde / Regulação | CUSTEIO Atenção Básica Vigi Saúde MAC |
| Alcançar, nacionalmente, em pelo menos 75% dos municípios, as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança. | Proporção de vacinas selecionadas do Calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada. | 75% | 75% | 75% | 75% | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Atenção Básica Vigi Saúde |
| Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. | Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. | 100% | 100% | 100% | 100% | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Atenção Básica Vigi Saúde |
| Realizar exames anti-hiv em 100% dos casos novos de tuberculose. | Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. | 100% | 100% | 100% | 100% | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Vigi Saúde |
| Ampliar a proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados, passando de X % em 2016 para X % em | Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados. | 1 | 1 | 1 | 1 | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Atenção Básica |

| | | | | | | | |
|--|--|-------------|-------------|-------------|-------------|---|---|
| 2017, em âmbito nacional. | | | | | | | |
| Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos. | Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. | 0 | 0 | 0 | 0 | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Atenção Básica |
| Aumentar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes. | Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. | 90% | 90% | 90% | 90% | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Atenção Básica Vigilância em Saúde |
| > 80% dos contatos examinados dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes. | Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase. | 97% | 97% | 97% | 97% | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Atenção Básica |
| Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica. | Número de casos autóctones da malária. | 0 | 0 | 0 | 0 | Coordenação de Vigilância em Saúde | CUSTEIO Vigilância em Saúde |
| Reduzir o número absoluto de óbito por dengue | Número absoluto de óbitos por dengue. | 0 | 0 | 0 | 0 | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde / Regulação | CUSTEIO Atenção Básica Vigi Saúde MAC |
| Realizar visitas domiciliares para controle da dengue. | Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. | 4 | 4 | 4 | 4 | Coordenação de Vigilância em Saúde | CUSTEIO Vigilância em Saúde |
| Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. | Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. | 12% | 13% | 14% | 15% | Coordenação de Vigilância em Saúde | CUSTEIO Vigilância em Saúde |
| Ampliar o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos. | Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. | 100% | 100% | 100% | 100% | Coordenação Atenção Básica / Coord. Vigi Saúde | CUSTEIO Atenção Básica |
| Realizar Processo Seletivo para Contratação de ACE | Nº de processo seletivo realizado | 1 | - | 1 | - | Gestão | CUSTEIO Gestão do SUS |

Objetivo 2 - Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.

| META | Indicador | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Responsável | Financiamento |
|--|--|------|------|------|------|---|--------------------------------|
| Ampliar o % de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias. | Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano. | 100% | 100% | 100% | 100% | Coordenação de Vigilância em Saúde | CUSTEIO Vigilância em Saúde |
| Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), em até 60 dias a partir da data de notificação. | Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em 60 dias após notificação. | 85% | 85% | 90% | 90% | Coordenação de Atenção Básica / Vigilância em Saúde | CUSTEIO Vigilância em Saúde |
| Realizar testes rápidos de Sífilis e HIV nas gestantes do município usuárias do SUS. | Proporção de gestantes cadastradas no SUS que realizaram pelo menos 3 testes rápidos de Sífilis e 3 de HIV durante a assistência pré-natal (1º e 3º trimestre e pré-parto) | 50% | 75% | 100% | 100% | Coordenação Atenção Básica | CUSTEIO Atenção Básica |
| Implantar Código Municipal de Vigilância Sanitária | Código Municipal de Vigilância Sanitária Homologado por decreto municipal e implementado | 1 | 1 | 1 | 1 | Coordenação de Vigilância em Saúde / Gestão | INVESTIMENTO Gestão do SUS |

Diretriz 4 - Fortalecer o papel do estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas, pela década de gestão do trabalho e educação em saúde, iniciada em 2013.

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

| Meta | Indicador | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Responsável | Financiamento |
|--|--|------|------|------|------|-------------|--------------------------------|
| Implementar ações de educação permanente para qualificação das áreas prioritárias do SUS. | Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas. | 20% | 22% | 25% | 30% | Gestão | CUSTEIO Gestão do SUS |
| Ampliar o número de pontos do Telessaúde Brasil Redes. | Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados. | 1 | 1 | 1 | 1 | Gestão | INVESTIMENTO Atenção Básica |

Diretriz 5 - Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e união, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.

Objetivo 1 - Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.

| Meta | Indicador | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Responsável | Financiamento |
|--|--|------|------|------|------|-------------|--------------------------|
| Ampliar o número de planos de saúde enviados aos conselhos de saúde. | Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde. | 1 | 1 | 1 | 1 | Gestão | CUSTEIO Gestão do SUS |

Diretriz 6 - Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.

Objetivo 1 - Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.

| Meta | Indicador | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Responsável | Financiamento |
|--|---|------|------|------|------|-------------|--------------------------|
| Meta Municipal e Estadual: Realizar pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde. | Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde. | 0 | 0 | 0 | 0 | Gestão | CUSTEIO Gestão do SUS |
| Meta Municipal: Implantação de um serviço de ouvidoria. | Proporção de municípios com ouvidoria implantada. | 1 | 1 | 1 | 1 | Gestão | CUSTEIO Gestão do SUS |
| Meta Municipal e Estadual: Estruturação do componente municipal/estadual do SNA. | Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado. | 0 | 0 | 0 | 0 | Gestão | CUSTEIO Gestão do SUS |

3.3. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A Avaliação do Plano Municipal de Saúde será realizada anualmente pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde. As decisões sobre as ações desenvolvidas e a análise dos resultados obtidos servirão para readequação e ajustes do Plano Municipal de Saúde a qualquer tempo, se assim for necessário.

Ao Plano Municipal de Saúde poderão ser adicionadas informações, programações, projetos, entre outros, desde que aprovados em plenário pelo Conselho Municipal de Saúde, através de resolução específica.

O monitoramento será através de:

- ✓ Relatórios Quadrimestral e Anual de Gestão, utilizando os dados dos sistemas de informação em saúde já implantados no município, da SESPÁ e do DATASUS;
- ✓ Avaliação mensal da produção quantitativa e qualitativa dos profissionais vinculados ao Sistema de Saúde do município (avaliação de produtividade);
- ✓ Audiências Públicas realizadas quadrimestralmente nos meses de fevereiro/maio/setembro;
- ✓ Avaliação da qualidade dos serviços em saúde prestados na rede pública do Município, através de instrumentos próprios e de instrumentos instituídos pelo Ministério da Saúde;
- ✓ Reuniões mensais com a equipe de trabalho visando repasse de informações sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, os indicadores e resultados obtidos, entre outros monitoramentos que se mostrarem pertinentes.

4. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
2. _____. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2000.
3. _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990a.
4. _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.
5. _____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de Junho de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jun. 2011a.
6. _____. Ministério da Saúde. Lei nº 12.466, de 24 de Agosto de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2011a.
7. _____. Ministério da Saúde. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jan. 2012a.
8. _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006c.
9. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2008.
10. _____. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2009.
11. _____. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
12. _____. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 187, 26 set. 2013a. Seção I. p. 60.