

Prefeitura Municipal de Castanheira
Secretaria Municipal de Saúde

Plano Municipal de Saúde

2018 -2021

Castanheira - MT

2017

AUTORIDADES MUNICIPAIS

MABEL DE FÁTIMA MILANEZI ALMICI
Prefeita Municipal

JANDIR ALBERTO SCHEFFLER
Vice-Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

IVANIA VARGENS TIGRE WEBER
Secretária Municipal de Saúde

MARISA APARECIDA JARDINI
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

SILVANA MARQUES REIS
Odontóloga - Técnica da Secretaria Municipal de Saúde

Stella Costa da Silva
Enfermeira – Técnica responsável pela Vig. Epidemiológica e Ambiental

Lucas Valero Macedo
Tec. em Agropecuária – Extensionista Rural 2 – Empaer/MT

Franciele Vanessa Reis Marcoantonio
Fisioterapeuta do Centro de Reabilitação “João Sebastião Ramos”

Marilene Marques dos Santos de Camargo
Técnica responsável pelo sistema: SIM, SINASC e Dengue on-line

Gilmar Rezer
Contador

Juciane Alves Silva
Técnica do ERS-Juina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	05
2	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	07
2.1	Histórico.....	07
2.2	Identificação Geográfico.....	07
2.3	Dados Demográfico.....	09
3	ANALISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	22
3.1	Estrutura do Sistema.....	22
3.1.1	Modelo de Gestão.....	22
3.1.2	Recursos Humanos da saúde Pública.....	26
3.1.3	Rede Física Instalada.....	30
3.1.3.1	Unidades Prestadoras de Serviços de Saúde.....	31
3.1.3.2	Principais Equipamentos existentes na rede de serviços públicos.....	31
3.2	Rede de Atenção à Saúde.....	32
3.2.1	Funcionamento das Unidades de saúde Pública.....	33
3.2.2	Assistência Ambulatorial.....	39
3.2.2.1	Equipe e Cobertura da Estratégia de Saúde da Família.....	39
3.2.2.2	Brasil Sorridente – Ações de Saúde Bucal.....	41
3.2.2.3	Centros de Especialidades Odontológicas – CEO.....	41
3.2.2.4	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária	42
3.2.2.5	Consultório Odontológico.....	42
3.2.2.6	Programa do departamento de Atenção Básica.....	44
3.2.3	Assistência Ambulatorial Especializada.....	54
3.2.3.1	Apoio Diagnostico e Terapêutico.....	55
3.2.4	Participação no Consorcio Intermunicipal de Saúde.....	56
3.2.5	Assistência Hospitalar.....	57
3.2.6	Produção Hospitalar SUS.....	62
3.2.7	Assistência de Urgência e Emergência.....	66
3.2.7.1	Serviços de Referencia e Contra – Referência.....	66
3.2.7.2	Alta Complexidade.....	67
3.3	Assistência Farmacêutica.....	67
3.3.1	Sistema Horus.....	69
3.3.2	Imunizações e Doenças Imunopreviníveis.....	69
3.4	Vigilância em Saúde.....	72
3.4.1	Vigilância Sanitária.....	72
3.4.2	Vigilância Epidemiológica.....	72
3.4.3	Vigilância Ambiental.....	73
3.4.4	Controle de Zoonose.....	74
3.4.5	Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT.....	74
4	FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	74
4.1	Previsão das Receitas da Saúde – 2018/2021.....	80
4.2	Previsão de Despesas da Saúde com Saúde.....	83
5	GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	84
6	CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO....	85
7	INFRAESTRUTURA.....	86

8	DEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.....	87
8.1	Diretrizes, Objetivos e Metas Plurianuais	88
9	PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	123
9.1	PLANEJAMENTO.....	124
10	CONCLUSÃO.....	126

1 – INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Castanheira considera o planejamento o instrumento fundamental para o desempenho de seu papel como Gestora do Sistema Municipal de Saúde. Este Plano Municipal de Saúde – PMS está formulado sob a óptica do planejamento, compreendendo as etapas de monitoramento e avaliação.

Planejar saúde é um desafio tanto para o gestor, quanto para os conselhos, e requer ampla reflexão sobre a realidade do município e sobre o processo saúde/doença. Requer compreender as inter-relações que permeiam o sistema de saúde, para então compatibilizar as questões metodológicas, orçamentárias, e os anseios da população, em um documento que prima, sobretudo, pela busca de soluções para os nossos problemas de saúde.

O Plano Municipal de Saúde de Castanheira aqui apresentado, é o resultado do exercício democrático da sociedade, dos trabalhadores e gestores na formulação da política pública municipal de saúde que deverá nortear a equipe de saúde no quadriênio 2018 a 2021. Para a elaboração e desenvolvimento das propostas do Plano Municipal de Saúde, teve-se o cuidado de obtenção de um amplo conjunto de informações e questões que incluíram a consulta ao Plano 2014/2017, aos Relatórios de Gestão dos anos anteriores- RAG, ao Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde e aos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde.

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 tem como princípio o contínuo aperfeiçoamento e a consolidação do SUS no Município de Castanheira. Foi elaborado após a análise dos documentos citados, da identificação de problemas e situações que interferem na saúde dos munícipes. Apresenta uma visão geral da cidade, das condições de saúde da população, dos serviços existentes e da produção e desempenho dos serviços. É importante destacar também, a estrutura organizacional da Secretaria Municipal da Saúde que a credencia para exercer o papel de Gestora do Sistema Municipal de Saúde de Castanheira.

O Plano Municipal segue orientações estratégicas que visam:

1. Ampliar o acesso da população, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade e das ações e serviços de saúde;
2. Consolidar a Estratégia Saúde da Família, considerando as singularidades regionais;
3. Aumentar a resolubilidade buscando propiciar a atenção integral ao usuário;
4. Oferecer assistência médica com qualidade, promovendo a equidade da atenção;

5. Fortalecer o Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
6. Consolidar a rede informatizada nos serviços municipais;
7. Monitorar os Indicadores de Avaliação do Pacto pela Saúde;
8. Qualificar a Gestão e integrar as áreas técnicas;
9. Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e o desenvolvimento dos trabalhadores no âmbito da SMS;
10. Proteger e promover a saúde da população e suas gerações futuras por meio de um conjunto de atividades, ações e serviços em Vigilância em Saúde;
11. Implementar políticas públicas para as Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS;
12. Propiciar o acesso e garantir a regularidade na dispensação de medicamentos para toda a população;
13. Implementar a atenção integral em Saúde Mental e garantir o acolhimento, a proteção, a defesa de direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade social;
14. Assegurar a participação e o controle social na elaboração e execução de políticas públicas, garantindo a transparência da Gestão;

No Município de Castanheira, o Plano Municipal de Saúde expressa a síntese das propostas e ações estratégicas da Prefeitura Municipal na área da saúde, visando intervenções de longo prazo, na perspectiva de transformar Castanheira numa cidade mais justa, sustentável, saudável, criativa, empregadora, eficiente e inclusiva. O Plano Municipal de Saúde 2018/2021 dá continuidade ao processo de planejamento e contempla todas as áreas da atenção à saúde, visando à integralidade e a universalidade da atenção.

O PMS 2018-2021 obedece à seguinte estrutura na sua apresentação:

1. Caracterização do Município;
2. Análise Situacional, que compreende os aspectos demográficos, socioeconômicos e ambientais, bem como a situação de saúde com o quadro epidemiológico do Município;
3. Estrutura do Sistema - Descrição da organização e desempenho dos serviços - Secretaria Municipal da Saúde;
4. Definição das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores;
5. Processo de Monitoramento e Avaliação;
6. Sistemas de informações em Saúde do Ministério da Saúde utilizado no município.

O Plano Municipal de Saúde da Cidade de Castanheira contempla todas as áreas

de atenção à saúde, garantindo a sua integralidade. A elaboração do PMS compreende dois momentos: a análise situacional da saúde no Município e o estabelecimento de objetivos e metas a serem alcançados nos próximos quatro anos.

2 – CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

2.1 Histórico

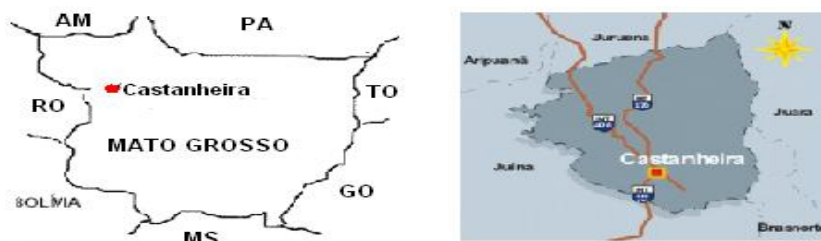
O município de Castanheira originou-se a partir de uma rota de passagem entre os municípios de Juína, Aripuanã, Juruena e Cotriguaçu. Suas terras eram pertencentes ao município de Juína. O órgão responsável pela colonização desta região foi a Companhia de Desenvolvimento de Mato Grosso – CODEMAT. Castanheira desenvolveu-se e passou a Distrito em 1986. Ganhou sua emancipação política através de um plebiscito, tornando-se município em 04 de julho de 1988, pela Lei Estadual nº 5.320.

O nome "Castanheira" foi sugerido pelo Dr. Hilton Campos, engenheiro civil responsável pelo Projeto Juína, que colonizou vasta área na região noroeste mato-grossense. O nome foi sugerido devido à grande quantidade de árvores castanha-do-pará existentes na região. O que posteriormente apelidou o município de Castanheira como Rainha das Árvores da Amazônia.

2.2 Identificação Geográfica

O município de Castanheira situa-se na região noroeste do estado de Mato Grosso. A extensão territorial do município é de 3.909,537 Km², pertence ao Escritório Regional de Saúde de Juína que está dividido em sete municípios de pequeno porte, dentro da Amazônia Legal, abrangendo um território de 112.706,08 Km², a um percurso de 45 Km de Castanheira a Juína, sendo este percurso com pavimentação asfáltica.

Figura 01: Mapa de Localização do Município - Castanheira-MT

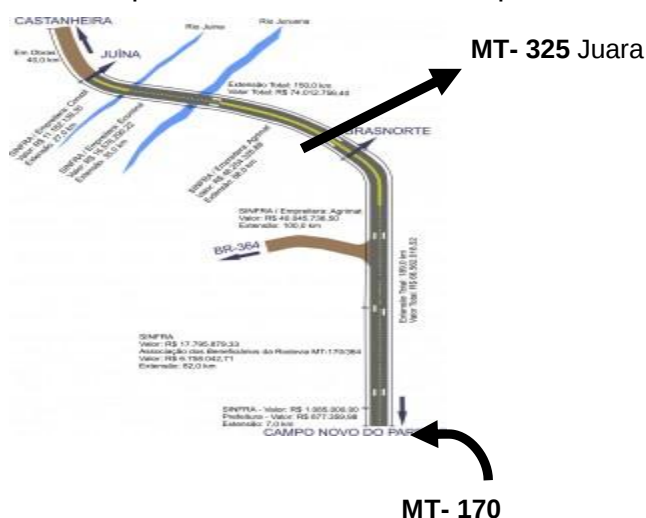


Fonte : Portal do Brasil 2012, Prefeitura Municipal de Castanheira.

A rodovia que dá o principal acesso ao município de Castanheira é a **MT- 170** fica 782 Km distante da capital do Estado de Mato Grosso, Cuiabá, o município limita-se ao norte com Aripuanã e Juruena, ao sul com Juína, a leste com Brasnorte e a oeste com Juína.

Com o asfalto da MT-170 com Campo Novo, Castanheira e Juína, a ligação será pela MT-170, com Sapezal, pela BR-364 e com Juara, pela MT-325.

Figura 02: Rodovias que dão Acesso ao Município de Castanheira- MT



Fonte: Secom-MT/2010

O Clima é Equatorial (quente e úmido), com períodos definidos de seca e chuvas com altos índices pluviométricos nos meses de dezembro a abril.

A economia do município é de indústria moveleira, laticínios, pecuária de corte e pequenas propriedades com lavoura (feijão, milho, mandioca, arroz, café e banana).

Castanheira localiza-se a uma latitude 11°07'57" sul e a uma longitude 58°36'09" oeste, estando a uma altitude de 400 metros. Sua população estimada em 8.428 habitantes/2016 - IBGE. Possui uma área da unidade territorial 2016 (Km) de 3.909,537 km².

Seu território é cortado pelo Rio Tucana ao Norte, córrego das Pedras-Sete-Indio e Emilia ao Sul, córrego Vermelho-Engano-Fatex-Amarelo e Amarelinho ao Oeste e Rio Juruena a Leste.

Tabela 01: Demonstrativo dos municípios da área de abrangência do município de Castanheira em distância geográfica da capital (Cuiabá-MT) e da cidade pólo da Regional (Juína-MT).

MUNICIPIOS	DISTÂNCIA DE CUIABÁ	DISTÂNCIA DE CASTANHEIRA
Aripuanã	947,6 km – Via MT 170	173 Km
Brasnorte	554,0 km – Via MT 170	201 Km
Castanheira	810,7 km – Via MT170	-----
Cotriguaçu	949,7 km – Via MT170	175 Km
Colniza	1114 km – Via MT170	291 Km
Juína	732,9 km – Via MT170	44,1Km
Juruena	929 km – Via MT170	110 Km

Fonte: maps.google.com.br

2.3 Dados Demográficos

De acordo com os dados preliminares do Ministerio da Saúde, Departamento de Atenção Basica o município de Castanheira possui população de 8.428 (2016) habitantes, sendo 52.36% de zona rural e 47.64% de zona urbana, em uma área territorial de 3.909.537Km², pertencendo a Microrregião: Aripuanã e Mesorregião:Norte Mato-Grossense, sob o Código do IBGE 5102850.

2.3.1 - População total: distribuição por sexo, faixa etária, rural e urbana

Tabela 02: Número de domicílios, segundo uso e tipo – 2010

Domicílios	Total
Coletivos	12
Particular	3126
Particular Ocupados	2537
Particular Não Ocupados	589
Particular de uso ocasional	251
Particular Vagos	338

Fonte: IBGE – Censo 2010 Nota: Dados da sinopse

Tabela 03: População censitária, segundo tipo de domicílio e sexo – 2010

Tipo de Domicilio	Masculino	Feminino	Total
Total Rurais	2.390	1.920	4.310

Total Urbanos	1.955	1.966	3.921
TOTAL	4.345	3.886	8.231

Fonte: IBGE – Censo 2010 Nota: Dados do universo

Tabela 04: Evolução da estimativa populacional por residente, por ano

Ano	População	Método
2013	8.353	Estimativa
2014	8.379	Estimativa
2015	8.408	Estimativa
2016	8.428	Estimativa
2017	8.428	Estimativa

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>. Acesso 07/2017

- 2000 a 2013 - Estimativas preliminares efetuadas em estudo patrocinado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa.
- 2014 e 2015 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE.

2.3.2 Dinâmica populacional:

Tabela 05: População de Castanheira, segundo faixa etária e sexo – 2008 a 2016

Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Menor 1 ano	151	148	128	124	125	130	130	131	131
1 a 4 anos	612	599	515	522	523	523	524	525	528
5 a 9 anos	760	763	741	746	746	744	730	709	765
10 a 14 anos	762	736	826	831	833	776	769	766	852
15 a 19 anos	757	749	775	778	780	757	761	755	735
20 a 29 anos	1386	1369	1344	1348	1356	1377	1333	1322	1387
30 a 39 anos	1212	1226	1288	1292	1299	1289	1328	1349	1329
40 a 49 anos	1095	1109	1110	1114	1120	1126	1113	1106	1146
50 a 59 anos	676	719	783	786	790	894	955	1006	808
60 a 69 anos	409	413	464	466	467	468	466	467	479
70 a 79 anos	178	180	193	194	195	210	221	234	199
80 anos e mais	42	48	64	64	64	69	74	80	66
Total	8040	8059	8231	8265	8298	8353	8379	8408	8428

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>. Acesso 07/2017

Tabela 06: Evolução da população por Gênero, Rural/Urba e Taxa de Urbanização em Castanheira, MT

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	10.009	100	7.790	100	8.231	100
Homens	5.385	53,8	4.139	53,13	4.345	52,79
Mulheres	4.625	46,21	3.651	46,87	3.886	47,21
Urbana	3.629	36,26	3.680	47,24	3.921	47,64
Rural	6.380	63,74	4.110	52,76	4.310	52,36
Taxa de Urbanização	-	36,26	-	47,24	-	47,64

Fonte: PNUD Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

Entre 2000 e 2010, a população de Castanheira teve uma taxa média de crescimento anual de 0,55%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de -2,75%. No Estado do Mato Grosso, estas taxas foram de 1,02% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 31,39%.

Tabela 07: População residente por faixa etária e sexo, Castanheira, Mato Grosso, 2017

CATEGORIA	FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	
CRIANÇAS	Menor 4 anos	330	333	663	1.428
	5 a 9 anos	416	349	765	
ADOLESCENTES	10 a 14 anos	422	430	852	1.587
	15 a 19 anos	358	377	735	
ADULTOS	20 a 24 anos	366	353	719	4.670
	25 a 29 anos	326	342	668	
	30 a 34 anos	366	343	709	
	35 a 39 anos	322	298	620	
	40 a 44 anos	299	277	576	
	45 a 49 anos	328	241	570	
	50 a 54 anos	250	204	454	
	55 a 59 anos	209	144	354	
IDOSOS	60 a 64 anos	144	109	254	744
	65 a 69 anos	124	101	225	
	70 a 74 anos	80	42	123	

	75 a 79 anos	40	36	76	
	80 anos e mais	36	30	66	
	Total	4.418	4.010	8.428	8.428

Fontes: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>. Acesso 07/2017

A população masculina do município é proporcionalmente maior que a feminina, representando um total de 4.418 população masculina. Quanto a distribuição etária, Castanheira pode ser considerada uma cidade jovem, com 4.670 jovens na população nas faixas etárias entre 20 e 59 anos e apenas com 744 nas faixas etárias acima de 60 anos (Tabela 07).

2.3.4 - Estrutura Etária

Tabela 08: Evolução da Estrutura Etária da População de Castanheira – MT

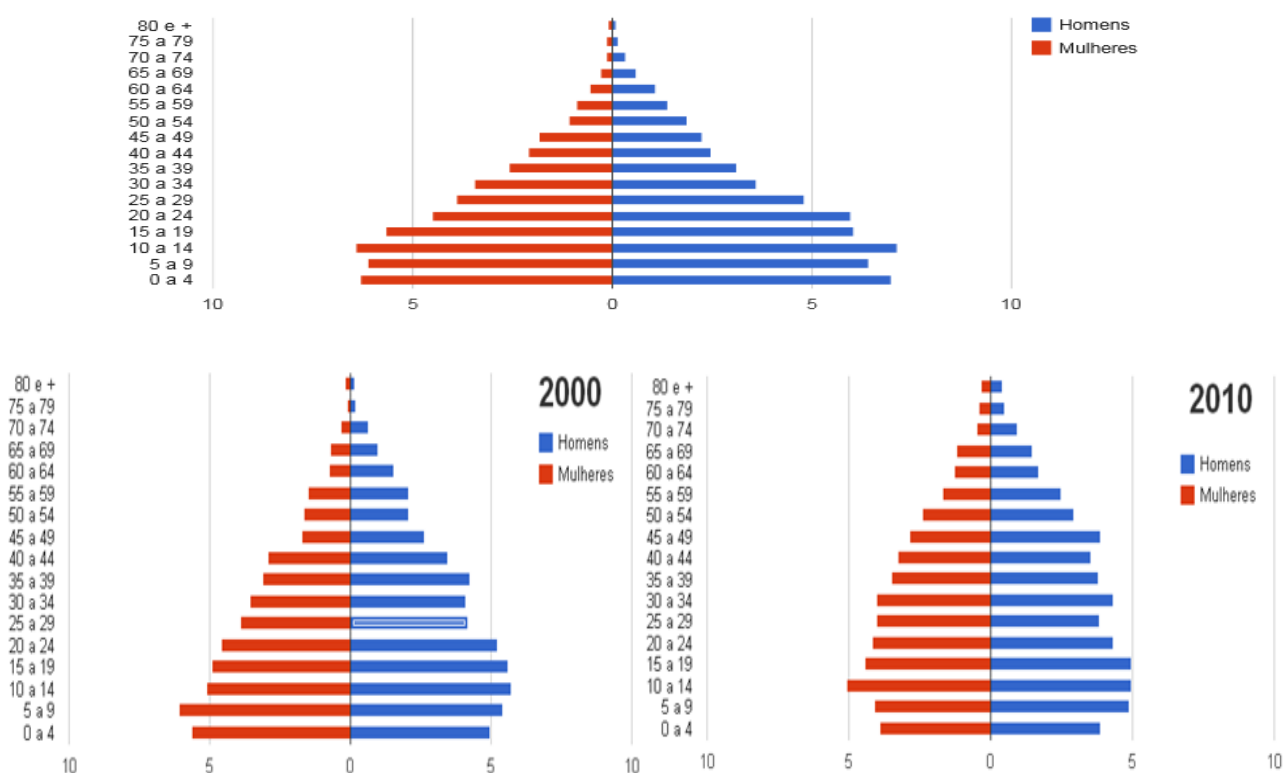
Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	3.897	38,93	2.566	32,94	2.210	26,85
15 a 64 anos	5.927	59,22	4.968	63,77	5.546	67,38
65 anos ou mais	185	1,85	256	3,29	475	5,77
Razão de dependência	68,87	0,69	56,8	0,73	48,41	0,59
Índice de envelhecimento	-	1,85	-	3,29	-	5,77

Fonte: PNUD Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência de Castanheira passou de 56,80% para 48,41% e o índice de envelhecimento evoluiu de 3,29% para 5,77%. Entre 1991 e 2000, a razão de dependência foi de 68,87% para 56,80%, enquanto o índice de envelhecimento evoluiu de 1,85% para 3,29%.

Figura03: Evolução da Pirâmide Etária por sexo segundo os grupos de idade, Castanheira, Mato Grosso.

1991 Pirâmide etária - Castanheira - MT
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



Fonte: PNUD Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

A pirâmide etária 2010 (figura 03) evidencia a transição demográfica e reflete a queda da mortalidade devido ao aumento da expectativa de vida, bem como o declínio da natalidade. O Brasil está passando por uma transição demográfica provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 60. O aumento da longevidade bem como a redução da mortalidade infantil também contribui para a mudança do padrão demográfico. Essa estrutura segue a mesma tendência do estado e do país.

Tabela 09: Evolução da Longevidade, Mortalidade e Fecundidade em Castanheira – MT

Indicador	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer (em anos)	64	70	73
Mortalidade até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos)	32,9	25,3	18,7
Mortalidade até 5 anos de idade (por mil nascidos vivos)	36,5	28,1	22,9

Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)	3,5	3,2	2,3
---	-----	-----	-----

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Castanheira reduziu 26%, passando de 25,3 por mil nascidos vivos em 2000 para 18,7 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 16,8 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Castanheira, a esperança de vida ao nascer aumentou 8,9 anos nas últimas duas décadas, passando de 64,0 anos em 1991 para 70,0 anos em 2000, e para 73,0 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 74,3 anos e, para o país, de 73,9 anos.

A Taxa de fecundidade total corresponde ao número médio de filhos nascidos vivos durante o período reprodutivo, na população feminina residente em determinado espaço geográfico. É um componente importante da dinâmica demográfica, sendo que, em geral, níveis mais altos são associados à pobreza (DATASUS IDB 2006). O município de Castanheira apresenta 2.596 mulheres em idade fértil nas faixas etária ente 10 e 49 anos no ano de 2012, representando uma proporção de 66,4% mulheres em idade fértil.

As mudanças no perfil demográfico apontam para a necessidade de novas demandas para o sistema de saúde. A implementação de programas de saúde específicos para essa população e o desenvolvimento de novas tecnologias se faz necessário para o novo quadro epidemiológico.

O principal grupo vulnerável no município de Castanheira é constituído por assentados rurais, como se segue:

Tabela 10: Número de famílias de assentamentos rurais em Castanheira, MT.

Assentamentos/Rural	Nº de Famílias
Oficiais	
Comunidades – diversas	560

P. A Vale do Seringal – assentamento Incra	549
Não oficiais	
São Sebastião	186
Comunidade Santa Rita	26
Total de Famílias	1.321

Fonte: Empaer – agricultores familiares, 2015. Acesso em 07/2017

2.3.5 - Vulnerabilidade Social

Tabela 11: Evolução da Vulnerabilidade Social em Castanheira, MT.

INDICADORES	1991	2000	2010
Crianças e jovens			
Mortalidade infantil	32,9	25,3	18,7
% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola	-	81,38	72,39
% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola	37,17	19,62	3,23
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza	-	16,32	13,13
% de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos	0	0	0
% de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos	9,33	6,69	10,42
Taxa de atividade - 10 a 14 anos (%)	-	17,42	14,14
Famílias			
% de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos	9,45	2,06	14,57
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	1,25	1,94	2,53
% de crianças extremamente pobres	28,83	15	9,83
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	68,72	56,23	41,73
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	70,82	55,65
Condição de Moradia			
% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	1,39	66,84	8,7

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, PNUD. 2013.

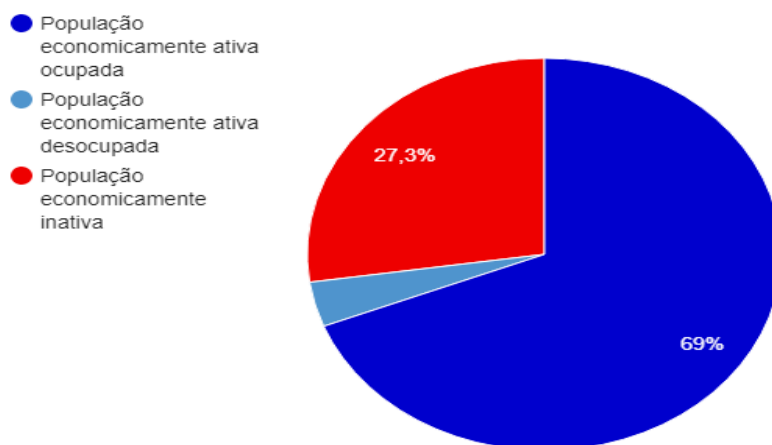
A política de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Castanheira está estruturada e organizada conforme a Política Nacional de Assistência Social e a Norma Operacional Básica NOB/SUAS 2005. Sua principal função é garantir os direitos de Proteção Social Básica a grupos da população em situação de vulnerabilidade pela pobreza e pela exclusão.

Para prestar atendimento de proteção Social Básica, a Secretaria Municipal de Assistência Social conta com um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), que atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social (Suas), sendo o responsável pela organização e oferta de serviços nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Dentro do contexto da organização das políticas sociais, Castanheira possui um centro de convivência de idosos, serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e um Conselho Tutelar. O CRAS é também responsável pelo planejamento, implementação, execução e controle dos programas habitacionais e tem-se constituído num instrumento importante na redução das desigualdades sociais e na melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo na diminuição do déficit habitacional de Castanheira. Atualmente há no município dois conjuntos habitacionais, COHAB, que possuem 63 casas cadastradas no CRAS. Há ainda o Projeto Minha Casa Minha Vida II que beneficiou 40 famílias com materiais de construção para suas casas. São constantes os investimentos do município na área de habitação, no intuito de garantir a seus moradores de baixa renda o direito à moradia digna.

A Prefeitura de Castanheira vem desenvolvendo projetos de melhorias na infraestrutura do município, nas políticas de cunho social e no aprimoramento da qualidade dos serviços públicos, consolidando as propostas estruturais de crescimento sustentável e investindo na qualidade de vida do cidadão.

2.3.6 - Trabalho e Rendimento

Figura 04: Composição da população de 18 anos ou mais de idade - 2010



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 68,02% em 2000 para 69,03% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 1,85% em 2000 para 3,70% em 2010.

Tabela 12: Indicador de população ocupada e rendimento nos anos de 2000/2010

INDICADOR	2000	2010
Ocupação da população de 18 anos ou mais		
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	68,02	69,03
Taxa de desocupação -18 anos ou mais	1,85	3,70
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	23,46	30,45
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo	22,82	42,04
% dos ocupados com médio completo	11,63	26,07
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m.	54,00	38,10
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m.	85,52	79,90
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m.	96,14	95,87

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 47,57% trabalhavam no setor agropecuário, 0,00% na indústria extrativa, 3,71% na indústria de transformação, 4,49% no setor de construção, 0,00% nos setores de utilidade pública, 7,83% no comércio e 29,71% no setor de serviços.

Em 2015, o salário médio mensal era de 2.2 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 7.0%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 73 de 141 e 131 de 141, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1176 de 5570 e 4351 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 42.9% da população nessas condições, o que o colocava na posição 12 de 141 dentre as cidades do estado e na posição 2373 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Tabela 13: Trabalho e Rendimento da população, ano 2010 e 2015.

Trabalho e Rendimento	2010/2015
Salário médio mensal dos trabalhadores formais	2,2 salários mínimos
Pessoal ocupado	592 pessoas
População ocupada	7%
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo (2010)	42,9%

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mt/castanheira/panorama> - Acesso 07/2017

2.3.7 - Educação

De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2013), no período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 64,18% e no de período 1991 e 2000, 1.237,29%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 139,57% entre 2000 e 2010 e 108,33% entre 1991 e 2000.

A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 128,65% no período de 2000 a 2010 e 679,74% no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 255,16% entre 2000 e 2010 e 691,77% entre 1991 e 2000.

Em 2010, 37,16% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 22,39% o ensino médio. Em Mato Grosso, 53,20% e 35,59% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 5,10% nas últimas duas décadas.

De acordo com Secretaria Municipal de Educação (2017), Castanheira consta com 09 escolas na total, sendo 03 na área urbana e 06 na área rural, todas de iniciativa pública, contemplando 2.379 alunos matriculados na Educação Regular e Especial, voltados para a pré-escola, ensino fundamental e médio. A pré-escola é oferecida à população através da Escola Municipal Castanheira, que possibilitam a integração do cuidado especializado ao menor de quatro anos de idade com alfabetização conforme a legislação atual do Ministerio da Educação .

No município não há instituição de Ensino Superior, fazendo com que jovens busquem graduação em municípios vizinhos. O município de Juína é referencia em Educação de Ensino Superior na região e fica apenas a 45Km de distância. Entretanto,

há no município ofertas de cursos de Educação a Distância e cursos profissionalizantes através de empresas privadas sem fins lucrativos como: Senac, Senai, Sesc, Sebrae, e outras instituições privadas com fins lucrativos.

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.4 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.4. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 83 de 141 municípios do estado. Já considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava para 72 de 141 municípios. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96.8 em 2010.

Isso posicionava o município na posição 77 de 141 dentre as cidades do estado e na posição 3870 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Tabela 14: Taxa de escolaridade, IDEB inicial e final, ano 2010 e 2015.

Educação	2010/2015
Taxa de escolaridade de 6 a 14 anos de idade (2010)	96,8%
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (2015)	5,4
IDEB – Anos finais do ensino fundamental (2015)	4,4
Matriculas no ensino fundamental (2015)	1.203 matriculas

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mt/castanheira/panorama> - Acesso 07/2017

2.3.8 - Renda

Tabela 15: Renda, Pobreza e Desigualdade, Castanheira, Mato Grosso, 2010.

INDICADOR	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	261,91	345,89	520,54
% de extremamente pobres	22,86	12,88	5,54
% de pobres	43,26	28,91	20,79
Índice de Gini	0,54	0,53	0,55

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, PNUD. 2013

A renda per capita média de Castanheira cresceu 98,75% nas últimas duas décadas, passando de R\$261,91 em 1991 para R\$345,89 em 2000 e R\$520,54 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 32,06% no primeiro período e 50,49%

no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 22,86% em 1991 para 12,88% em 2000 e para 5,54% em 2010.

A desigualdade aumentou: o Índice de Gini passou de 0,54 em 1991 para 0,53 em 2000 e para 0,55 em 2010.

Tabela 16: Porcentagem da Renda Apropriada por Estratos da População Castanheira, Mato Grosso, 2010.

ESTRATO	1991	2000	2010
20% mais pobres	2,74	2,57	3,29
40% mais pobres	9,66	10,55	10,56
60% mais pobres	22,52	23,93	22,67
80% mais pobres	42,49	43,67	41,54
20% mais ricos	57,51	56,33	58,46

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, PNUD. 2013

Em 2014, tinha um PIB per capita de R\$ 13.222,95. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 115 de 141. Já na comparação com cidades do Brasil todo, sua colocação era de 2896 de 5570. Em 2015, tinha 84,6% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação às outras cidades do estado, estava na posição 48 de 141 e, quando comparado a cidades do Brasil todo, ficava em 3190 de 5570.

Tabela 17: PIB, receitas oriundas e IDHM.

Economia	2010/2014/2015
PIB per capita (2014)	13.222,95 R\$
Percentual das receitas oriundas de fontes externas (2015)	84,6%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - 2010	0,665

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mt/castanheira/panorama> - Acesso 07/2017

2.3.9 Habitação e Saneamento

Tabela 18: Evolução das condições de habitação em Castanheira, MT.

Indicador	1991	2000	2010
-----------	------	------	------

% da população em domicílios com água encanada	12,38	9,74	96,7
% da população em domicílios com energia elétrica	32,94	62,41	90,54
% da população em domicílios com coleta de lixo. *Somente para população urbana.	34,49	63,91	90,99

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

O município conta com energia fornecida por hidroeletrica através de Linhão, que é rebaixada numa estação no município. A luz do campo contempla cerca de 90,64% da população possui energia elétrica em seus domicílios.

No município de Castanheira, o tratamento de água é de responsabilidade do Departamento de Água e Esgoto – DAE, órgão da administração direta do município e a coleta de lixo é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Urbanismo.

Saneamento é o conjunto de medidas que visa preservar ou modificar as condições do ambiente com a finalidade de prevenir doenças e promover a saúde.

Tabela 19: Condições de Saneamento por UBS, Castanheira, Mato Grosso, 2013.

DESTINAÇÃO DOS DEJETOS	PSF Urbano		PSF Rural		PSF Vale do Seringal	
População atendida com fossa séptica	1140	99,91%	469	99,79%	582	96,05%
Domiciliares com céu aberto	-	-	1	0,21%	24	3,95%
Sistema de Esgoto	-	-	-	-	-	-

Fonte: SIAB/2013 acesso em 03/09/2013

Tabela 20: Moradores por tipo de destino de lixo.

Coleta de Lixo	Total Município %
Coleta Publica	90,99
Queimado/ Enterrado	47,2
Céu Aberto	0,11

Fonte: SIAB/2013 acesso em 03/09/2013

A coleta de lixo domiciliar atende 90,99% da área urbana, com coleta dias alternados. O município desenvolve a coleta seletiva do lixo, nos bairros da cidade onde destina ao Lixão.

A coleta do setor privado (farmácias, consultórios odontológico, laboratório de análise, laboratório veterinário) o proprietário terceiriza uma empresa pra estar realizando a coleta destes resíduos biológicos, sendo que cada estabelecimento consta com o plano de gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde.

A proporção de moradores que realiza o sistema de destino de lixo queimado/enterrado no município de castanheira é 47,2% com 1.046 domicílios, com céu aberto consta com 0,11% com 25 domicílios.

Tabela 21: Território e Ambiente

Área da unidade territorial – 2016	3.909,537Km ²
Esgotamento sanitário adequado – 2010	7,6%
Urbanização de vias publicas – 2010	0%
Arborização de vias publicas – 2010	4%

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mt/castanheira/panorama>

Apresenta 7.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0% 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 82 de 141, 135 de 141 e 110 de 141, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 4567 de 5570, 5488 de 5570 e 4835 de 5570, respectivamente.

3 – ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

3.1 – Estrutura do Sistema

3.1.1 - Modelo de Gestão

O processo de municipalização da Saúde em Castanheira teve início em meados da década de 80, com assinatura de convênio com o Governo Estadual, através do qual o município passou a assumir, gradativamente, as ações e serviços de saúde.

O município de Castanheira foi habilitado, pelo Ministério da Saúde, na Gestão Plena do Sistema de Saúde, assumindo as competências e responsabilidades do

Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito municipal. Aderindo ao Pacto pela Saúde em 2007, sendo habilitado pela Portaria nº 155 GM/MS de 25/01/2008 que estabelece o Termo de Compromisso de Gestão Municipal - TCGM pelo Pacto pela saúde.

Objetivando a consolidação e qualificação do SUS, o Ministério da Saúde estabelece através das Portarias 399GM, de 22/02/2006, e 699/GM, de 30/03/2006, o PACTO PELA SAÚDE: *“Compromisso público dos gestores das três esferas, baseado nos princípios do SUS e construído coletivamente em função as necessidades de saúde da população e na busca da equidade social”*.

O município de Castanheira é integrante da Comissão Intergestores Regional Noroeste Matogrossense (CIR NO) composta pelos municípios de Aripuanã, Cotriguaçu, Juruena, Colniza, Juina, vinculados ao Escritório Regional de Saúde de Juina, da Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso.

A estrutura administrativa responsável pela gestão da assistência à saúde é a Secretaria Municipal de Saúde, através da Autarquia Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, o qual confere a Autarquia a finalidade de coordenar as políticas de saúde no Município de Castanheira, em consonância com as diretrizes definidas pelo Sistema Único de Saúde, promover a saúde e qualidade de vida da população, implementando políticas que, direta ou indiretamente, estão relacionadas à saúde, através de ações integrais e intersetoriais, de forma resolutiva, humanizada, com equidade e participação popular. A Autarquia Municipal de Saúde é constituída das seguintes unidades organizacionais: Departamento do PSF, Departamento de Farmácia e Laboratório, Departamento da Vigilância em Saúde e Sanitária, conforme Decreto nº 026/2015.

Nos últimos anos, SMS de Castanheira buscou expandir seus serviços de atendimento para melhor atender sua população. O município dispõe da Lei complementar N.º 460/2005 que Estabelece a Nova Organização da Estrutura Administrativa da Prefeitura Municipal de Castanheira, Estado de Mato Grosso e LEI COMPLEMENTAR N.º 717/2013 que dispõe sobre a reorganização da Estrutura Administrativa do Poder Executivo do Município de Castanheira.

A Política Municipal de Saúde tem como objetivo promover o cumprimento do 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 e gestão participativa do Sistema Municipal de Saúde. Tem como objetivo geral levar a saúde mais perto da população implementando Redes de Atenção à Saúde, organizando-as para reduzir tempo de resposta no atendimento das necessidades, prevenir e gerenciar doenças crônicas, aumentando a resolubilidade dos serviços prestados.

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e de usuários, que atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Castanheira foi criado pela Lei nº 148/92, alterada pela Lei nº 55/2005, fundamentado no Artigo 68º da Lei Orgânica do Município, possui regimento interno e realiza reuniões mensais.

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 12 membros (12 titulares/12 suplentes), representando 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de representantes da administração. Não possui sede própria, atualmente reúne-se na sala da Vigilância em Saúde, não dispõe de linha telefônica e de estrutura administrativa, contrariando a quarta diretriz da Lei nº 8142/90 que trata da estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde: os governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do conselho de saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

Os conselheiros se reúnem ordinariamente uma vez por mês sempre na primeira sexta-feira do mês e extraordinariamente quando necessário.

O SUS tem como base os princípios de igualdade e de universalidade a saúde. A participação da comunidade é uma forma de controle social que possibilita a população, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas públicas de saúde. A lei orgânica estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão SUS: as conferências e os conselhos de saúde.

As Conferências de Saúde são espaços institucionais destinados a discutir e propor diretrizes para a formulação de Políticas de Saúde e são vitais para o exercício do controle social, pois estabelecem diretrizes para a atuação dos Conselhos de Saúde nas três esferas do Governo.

No dia 15 de Julho de 2011 foi realizada a IVª Conferência Municipal de Saúde do município de Castanheira – MT, com o Tema municipal: “ATENÇÃO BÁSICA, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, HANSENÍASE E PARTICIPASUS”, de acordo com o decreto nº.036/2011.

Em 2015 no município aconteceu a V CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CASTANHEIRA-MT, no dia: 08 de Julho de 2015, com o tema Central: “SAÚDE PUBLICA DE QUALIDADE PARA CUIDAR BEM DAS PESSOAS – DIREITO DO POVO BRASILEIRO”, Eixo Temático: “Acesso e Acolhimento com Qualidade: Um Desafio para o SUS”, de acordo com o decreto nº 030 de 01/06/2015.

No ano de 2017 foi realizado a 1ª Conferência Municipal de Saúde das Mulheres do Município de Castanheira, dia 03/05/2017 com o TEMA CENTRAL: SAÚDE DAS MULHERES “Desafios para Integralidade com Equidade”, de acordo com o decreto nº 013 de 12 de abril de 2017,

No ano de 2017 foi realizado a 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de Castanheira, dia 23/08/2017 com TEMA CENTRAL: “Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e Defesa de um SUS Público de Qualidade”. Eixo principal: “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro”, Eixos Temáticos: de acordo com o decreto nº 038 de 11/08/2017.

Com referencia a Audiência Publica a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993, e dá outras providências. A União, Estados, Distrito Federal e Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, asseguradas inclusive a participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde, e Seção III da Prestação de Contas Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

Desta forma o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 expressa o compromisso da gestão com a implementação e o fortalecimento do SUS municipal em busca da universalidade, da equidade e integralidade, objetivando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida da população.

3.1.2 - Recursos Humanos da Saúde Pública

Tabela 22: Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, segundo as categorias, em Castanheira, Mato Grosso, no ano de 2017.

RECURSOS HUMANOS										
Categoria Profissional	Vínculos/ Quantidade									
	Municipal			Estadual			Total			
	Efetivo	Contratado	Outros	Efetivo	Contratado	Outros	Efetivo	Contratado	Outros	Carga Horária semanal
Nível Superior										
Medico Anestesiologista										
Clinico Geral		03						03		40h
Cirurgião										
Ortopedista										

Pediatra										
Ginecologista Obstetrícia										
Medico Veterinário										
Enfermeiro		04						04		40h
Enfermeiro (PSF)	01	02					01	02		40h
Odontologo	04						04			20h
Odontologo (ESB)		02						02		40h
Nutricionista										
Bioquímico		01						01		40h
Bioquímico 20horas										
Farmacêutico		01						01		40h
Assistência social	01						01			30h
Fisioterapeuta		01						01		20h
Psicólogo		01						01		20h
Administrador										
Economista										
Contador										
Fonoaudiólogo										
Nível Médio										
Técnico de Enfermagem	04	01					04	01		40h
Ag. Vig. Sanitária										
Auxiliar Enfermagem										
Técnico de Enfermagem (PSF)	04						04			40h
Auxiliar Enfermagem (PSF)										
Tec. Radiologia		01						01		20h
Tec. Laboratório		01						01		40h
Auxiliar Saneamento	01						01			40h
Agente Administrativo	02						02			40h
Aux. Radiologia										
Nível Elementar										

Agente Comunitário de Saúde – ACS	17						17			40h
Agente de Combate às Endemias – ACE	03						03			40h
Motorista	04	02					04	02		
Vigia	04						04			
Copeira										
Auxiliar de serviços gerais	06	02					06	02		30h
Guarda de endemias										
Outros										

Fonte: SMS de Castanheira / CNES, acesso em 09/2017.

Tabela 23: Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde , segundo a lotação, instituição e formação profissional em Castanheira, MT.

Tipo de Serviços Castanheira	Identificação da Unidade de Saúde	Identificação da Categoria Profissional	Total de servidores
Pronto Atendimento	Pronto atendimento de Castanheira	Médico/ plantonista	
		Enfermeiro (a) / plantonista	02
		Serviços Gerais	01
		Guarda	02
		Técnica de Enfermagem	04
		Técnica em Radiologia	01
		Cozinha	01
		TOTAL	11
Secretaria de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde de Castanheira	Secretario Municipal	01
		Motorista	04
		Assistente Administrativo	01
		Farmaceutica	01
		Técnica de Enfermagem	02
		Serviços Gerais	01
		TOTAL	10
Atenção Básica	Unidade do Programa Saúde da Família – PSF Urbano	Médico	01
		Enfermeiro(a)	01
		Agente Comunitario de Saúde – ACS	06
		Tec. Enfermagem	02
		Serviços Gerais	01
		Recepcionista	01
		Odontólogos	01
		ACE	01
		Aux. Odontologia	01
		TOTAL	15
	Unidade do Programa Saúde da Família – PSF Rural	Médico	01
		Enfermeiro(a)	01
		Tecnico de Enfermagem	02

		Agente Comunitario de Saúde – ACS	04
		Serviços Gerais	01
		Odontólogos	02
		ACE	01
		Aux. Odontologia	01
		TOTAL	13
Atenção Básica	Unidade do Programa Saúde da Família – PSF Vale do seringal	Médico	01
		Enfermeiro(a)	01
		Tecnico de Enfermagem	01
		Agente Comunitario de Saúde – ACS	08
		Serviços Gerais	01
		Odontólogos	02
		ACE	01
		Aux. Odontologia	01
		TOTAL	16
Atenção Básica	Posto de Saúde Novo Horizonte (zona rural)	Serviços Gerais /repcionista em geral	-
		Técnica de Enfermagem	-
		TOTAL	-
Atenção Básica	Posto de Saúde 3º assentamento (z. Rural)	Enfermeira	01
		Motorista	02
		Tec. de Enfermagem	02
		Aux. Odontologico	01
		TOTAL	06
Média Complexidade	Unidade de Vigilância em Saúde de Castanheira	Digitador	05*
		Fiscal Sanitario	03*
		Microscopista	01
		Diretor da Vigilancia em Saúde	01
		Guarda/ responsavel de cemiterio	01
		TOTAL	11
Média e Alta Complexidade	Central de Regulação	Assistente Administrativo	02
		Assistente Social	01
		TOTAL	03
Média Complexidade	UDR João Sebastião Ramos	Psicóloga	01
		Assistente social	01
		Fisioterapeuta	01
		Recepcionista	01
		TOTAL	04
		Total Geral	89 servidores

Fonte: SMS de Castanheira, 2017

*Vigilancia em Saude – digitador 03 dos profissionais atua como fiscal sanitario tambem;

* Central de Regulação – o assistente Social é o mesmo que atua na UDR João Sebastião Ramos

A grande dificuldade do município é a rotatividade dos profissionais contratados de nível superior e médio, seja por organização da empresa, seja por questões pessoais dos próprios trabalhadores. As mudanças de quantitativos de funcionários apresentados

pelo CNES e pela SMS nos da uma visão de acúmulo de atribuições de serviços para alguns funcionários. Dessa forma fica evidente a necessidade da efetivação profissional com realizações de concurso público.

A gestão do trabalho, nos últimos anos, vem apresentando dificuldades no dimensionamento de pessoal específico para as áreas de atuação do SUS em Castanheira, com algumas exceções, como a ESF. Entre as áreas de atuação do SUS em Castanheira, destaca-se também a área administrativa ou “áreas meio”, que não tem destaque na regulação do trabalho e de seus processos, com consequente ausência de dimensionamento de pessoal.

A dificuldade inclui a ausência de histórico local e de referenciais para os diferentes serviços de saúde, como Pronto Atendimento, Centro de Reabilitação e também para os serviços administrativos dentro da secretaria de saúde. Outro problema é o de monitoramento, avaliação e qualificação da gestão do trabalho, como qualidade dos registros, o que inclui os registros locais e na base de dados nacional – CNES e os demais sistemas de informações da área da Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde.

Precisa incluir, ainda, a definição dos métodos para a realização do dimensionamento de pessoal que atenda à demanda dos diferentes serviços, baseado em critérios técnicos e epidemiológicos, bem como a definição do incentivo à qualidade na prestação dos serviços e das estratégias de humanização e de saúde do trabalhador.

Além do exposto, a elaboração de um Plano de Cargos Carreira e Salários, ainda não disponível aos servidores da saúde, esta envolvendo a mediação da equipe da gestão do trabalho da SMS com a equipe da Secretaria Municipal de Administração, responsável primeira por esta atividade.

3.1.3 – Rede Física Instalada

A Atenção à Saúde corresponde a todos os cuidados com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS a atenção à saúde está estruturada em níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, visando a melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema.

Os estabelecimentos disponíveis para a atenção à saúde em Castanheira estão abaixo relacionados.

3.1.3.1 – Unidades Prestadoras de Serviços de Saúde:

Tabela 24: Prestadoras de Serviços de Saúde, no ano de 2017 em Castanheira, MT.

Tipo de Estabelecimento	Público	Privado	Outros	Total
Centro de saúde/Unidade básica de saúde – UBS	3	-	-	3
Clinica especializada/Ambulatório especializado	-	1	-	1
Consultório	-	3	-	3
Posto de Saúde	2	-	-	2
Pronto Atendimento	1	-	-	1
Secretaria de Saúde	1	-	-	1
Unidade de serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1	1	-	2
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	-	-	1
Unidade Descentralizada de Reabilitação – UDR	1	-	-	1
Consultório Odontológicos	-	4	-	4
Farmácia	1	3	-	4
Laboratório de Análises Clínicas	1	1	-	2
Unidade de Vigilância em Saúde	1	-	-	1
Total	13	13	-	26

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Acesso em 07/2017.

3.1.3.2 – Principais Equipamentos existentes na rede de serviços públicos

Tabela 25 - Equipamentos existentes na rede de serviços públicos, ano 2017 do município de Castanheira - MT.

Tipo	Total Existente	DISPONÍVEL NO SUS						
		Próprio	Contratado	Danificado	Em condição de uso	Em manutenção	Existente e não utilizado	Observações
Unidade móvel terrestre/ Ambulância	5	5					1	
Unidade Móvel/ Ônibus	1	1			1			

Veículos	3	3						
Raio X	1	1			1			
Eletrocardiograma	1	1			1			
Monitor de Pressão Não invasivo	1	1			1			
Reanimador pulmonar -AMBU	2	2			2			
Desfibrilador	2	2			2			
Respirador – ventilador	1	1						
Eletrocardiógrafo	-	-						
Eletroencefalógrafo	-	-						
Bomba de infusão	3	3			3			
Grupo gerador	1	1					1	
Aparelho de Diatermia por Ultrassom/Ondas curtas	1	1			1			
Aparelho de Eletroestimulação	1	1			1			
Equipo odontológico	4	4						
Compressor odontológico	4	4						
Fotopolimerizador	5	5		1	4		1	
Caneta de alta rotação	3	3		2	3		2	
Caneta de Baixa Rotação	3	3			3			
Amalgamador	4	4		2	2		2	
Ap. de profilaxia c/jato bicornato	2	2		0	0		2	

FONTE: Ministério da Saúde – CNESNet –DATASUS – acesso em 07/2017

3.2 - Rede de Atenção à Saúde

A Atenção Básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde e engloba um conjunto de ações individuais ou coletivas, que envolvem a promoção da saúde, a

prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Deve ser a entrada/acesso preferencial ao sistema de saúde, oferecendo as especialidades básicas: clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, inclusive as emergências referentes a essas áreas.

A atenção básica é realizada pelas Unidades Básicas de Saúde com a Estratégia Saúde da Família. A Saúde da Família é uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para organização da atenção básica, estabelecendo vínculo de corresponsabilização com a população adstrita. Serviços básicos de qualidade e eficientes devem apresentar resolubilidade de 80% das demandas e referenciar os encaminhamentos necessários para a atenção de média e alta complexidade.

No município de Castanheira a Atenção Básica é desenvolvida nas seguintes Unidades de Saúde:

Tabela 26: Estabelecimentos por Endereçamento, para a Atenção Básica, no ano de 2017 em Castanheira Mato Grosso.

CNES	NOME	ENDEREÇO
6297994	Posto de Saude Nova C/onquista	P A Vale do Seringal III assentamento s/n zona rural -CEP-78345000
2393026	Posto de Saude Novo Horizonte	Distrito Novo Horizonte s/n zona rural - CEP-78345000
2393387	Unidade de Saude da Familia Rural Castanheira	Rua das Garcas s/n Bosque da Saude - CEP-78345000
2393018	Unidade de Saude da Familia Urbana Castanheira	Rua Projetada s/n Guadalupe CEP-78345000
3317099	Unidade de Saude da Familia Vale do Seringal	Rua das Garcas s/n Bosque da Saude - CEP-78345000

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Acesso 07/2017.

3.2.1 - Funcionamento das Unidades de Saúde Pública

Tabela 27: Funcionamento das Unidades

Unidades em Funcionamento no Município	Dias /Semana	Horários de Funcionamento
Posto de Saude Nova Conquista	2ª f a 6ª f	07:00h as 17:00hs

Unidade de Saude da Familia Rural Castanheira	2ª f a 6ª f	07:00h as 17:00hs
Unidade de Saude da Familia Urbana Castanheira	2ª f a 6ª f	07:00h as 17:00hs
Unidade de Saude da Familia Vale do Seringal	2ª f a 6ª f	07:00h as 17:00hs
Pronto Atendimento – PA	2ª f a Domingo	24:00hs
Unidade Descentralizada de Reabilitação –UDR	2ª f a 6ª f	07:00h as 17:00hs
Farmácia Básica	2ª f a 6ª f	07:00h as 17:00hs
Laboratório de Análises Clínicas	2ª f a 6ª f	07:00h as 17:00hs
Unidade de Vigilância em Saúde	2ª f a 6ª f	07:00h as 17:00hs
Secretaria de Saúde	2ª f a 6ª f	07:00h as 17:00hs
Central de Regulação de Serviços de Saúde	2ª f a 6ª f	07:00h as 17:00hs

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. Acesso 07/2017

Tabela 28: Atividades desenvolvidas por Unidade em Funcionamento

Unidades em Funcionamento no Município	Atividades Desenvolvidas
Unidade de Saude da Familia Rural Castanheira	*Mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território como escolas, associações comunitárias, ONG's, etc. * Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área adscrita. *Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas. * Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças.
Unidade de Saude da Familia Urbana Castanheira	* Consultas médicas e/ou de enfermagem. * Consultas e procedimentos odontológicos, quando existir a equipe de saúde bucal.
Unidade de Saude da Familia Vale do Seringal	*Realização de procedimentos médicos e de enfermagem:Imunizações;Inalações;Curativos, drenagem de abscessos e suturas;Administração de medicamentos orais e injetáveis;Terapia de reidratação oral, etc. *Acolhimento em urgências básicas de médicos, de enfermagem e de odontologia. *Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade.

Unidade descentralizada de reabilitação –UDR	* Atendimento de Psicologia - terapia individual - atividade educativa, - orientação e palestras; *atendimento de fisioterapia nas alterações motoras; *avaliação neurológica simplificada por hanseníase; *atendimento de fisioterapia em pacientes no pré e pós-operatório nas disfunções músculo esqueléticos; *atendimento de fisioterapia nas desordens do desenvolvimento neuro motor; *atendimento em pacientes com distúrbios neurocineticos-funcionais; * atendimento de fisioterapia em pacientes no pré e pós-cirurgia oncologica.
Posto de saude Nova Conquista	*Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área adscrita. *Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas. * Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças. * Consultas médicas e/ou de enfermagem. * Consultas e procedimentos odontológicos, quando existir a equipe de saúde bucal. *Realização de procedimentos médicos e de enfermagem: - Imunizações - Inalações - Curativos, drenagem de abscessos e suturas - Administração de medicamentos orais e injetáveis - Terapia de reidratação oral, etc. *Acolhimento em urgências básicas de médicos, de enfermagem e de odontologia. *Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade.
Farmácia Básica	*Controlar os medicamentos sujeitos a controle especial; •manter todos os medicamentos em bom estado de conservação, garantindo ao usuário sua eficácia; • manter o sigilo profissional; •promover, na farmácia, a garantia de qualidade e segurança dos medicamentos dispensados; •fazer com que sejam prestados ao público, esclarecimentos quanto ao modo de utilização dos medicamentos, nomeadamente de medicamentos que tenham efeitos colaterais indesejáveis ou alterem as

Farmácia Básica	funções nervosas superiores; • promover o uso racional de medicamentos; •selecionar produtos farmacêuticos – no caso de prescrição pelo nome genérico do medicamento – levando em consideração os dados sobre sua biodisponibilidade; •prestar sua colaboração ao Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição e demais autoridades sanitárias. •estabelecer critérios para o processo de aquisição de medicamentos e demais produtos e supervisioná-lo; •avaliar as prescrições de medicamentos, prevenindo eventuais erros de médicos e odontólogos; •organizar as áreas da drogaria e operacionalizar as atividades desta; •prestar assistência farmacêutica necessária ao consumidor; • promover treinamento inicial e contínuo dos funcionários •estabelecer rotinas por escrito para o bom funcionamento do estabelecimento, referente às boas práticas de dispensação de medicamentos, boas práticas de manipulação, armazenamento, aplicação de injetáveis, controle e registro de uso e venda de medicamentos, e outras que se fizerem necessárias; •executar programas de fármaco vigilância em cooperação com os Serviços Estaduais e Municipais de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; •cabe ao farmacêutico responsável técnico a notificação de reações adversas, e qualquer desvio de qualidade e/ou irregularidade relacionada a medicamentos e produtos dispensados no estabelecimento. •prever e prover os recursos financeiros, humanos e materiais necessários ao funcionamento do estabelecimento; •estar comprometido com as Boas Práticas de Dispensação em farmácia; •favorecer e incentivar programas de educação continuada para todos os profissionais envolvidos nas atividades da farmácia; •a farmácia deve imediatamente informar a autoridade sanitária a ocorrência de suspeita de fraude ou falsificação de pras sumir a responsabilidade pela execução de todos os atos farmacêuticos praticados na farmácia, cumprindo-lhe respeitar e fazer respeitar as normas referentes ao exercício da profissão farmacêutica;
-----------------	--

Farmácia Básica	• manter os livros de substâncias sujeitas a regime de controle especial em ordem e assinados, demais livros e documentos previstos na legislação vigente (Portaria no 344/1998) (BRASIL, 1999b); • garantir a seleção de produtos farmacêuticos na intercambialidade, no caso de prescrição pelo nome genérico do medicamento (Lei no 9.787/1999) (BRASIL, 1999a); • favorecer e incentivar programas de educação continuada para todos os envolvidos nas atividades realizadas na farmácia; • gerenciar aspectos técnico-administrativos de todas as atividades.
Laboratório de Análises Clínicas	A coleta de material para exames laboratoriais e a dispensação de medicamentos devem ser analisadas sob a perspectiva do custo benefício da centralização ou descentralização dessas ações de acordo com o planejamento municipal. Hematologia, Parasitologia, Microbiologia, Bioquímica Clínica, Urinálise, Sorologia, Enzimologia, Toxicologia, Micologia e Citologia
Unidade de Vigilância em Saúde	A vigilância Epidemiológica: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas. A vigilância em Saúde Ambiental: visa à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana; recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho. A vigilância em Saúde do Trabalhador: destina à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. A vigilância sanitária: Cadastro de Serviços, Cadastro de Estabelecimentos, exclusão de cadastro, Inspeção de Serviços, Inspeção de Estabelecimentos, Licenciamento de Serviços, Licenciamento de Estabelecimentos, Investigação, Atividades educativas, Sistema de gestão da

Unidade de Vigilância em Saúde	qualidade auditorias internas,Relatórios de inspeção, procedimentos operacionais padrão (POP), Recebimento de denúncias/ reclamações, Atendimento a denúncias/ reclamações ,Instauração de processo administrativo sanitário, Conclusão de processo administrativo sanitário, Fiscalização do uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em ambientes coletivos fechados, públicos ou privados, Laudo de análise laboratorial do programa de monitoramento de alimentos recebidos pela vigilância sanitária
Secretaria de Saúde	Tem como atribuições planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do município, compreendendo tanto o cuidado ambulatorial quanto o hospitalar; é de sua responsabilidade também planejar, desenvolver e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica afetas à sua competência.
Central de regulação de serviços de saúde	*cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES; *cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS; *contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério; *credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; *elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; *supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; *Programação Pactuada e Integrada - PPI; * avaliação analítica da produção; *avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS; *avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; *avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e *utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.
Pronto Atendimento –PA	* curativos; * ECA;

Pronto Atendimento - PA	* PA * realização de medicamentos; * consultas medicas; * atendimento de urgência /emergência; * HAT; * nebulização; *sutura; *imobilização temporário (tala gessada); *Triagem; *retirada de pontos e corpo estranho.
-------------------------	---

Fonte: DAB, SMS/2017

3.2.2 – Assistência Ambulatorial

3.2.2.1 - Equipes e Cobertura da Estratégia de Saúde da Família-Referência agost/2017.

O município de **CASTANHEIRA** possui população para cálculo de PAB-Fixo (**Faixa 1 - 28,00 per capita**) de **8.429** habitantes, corresponde a **R\$ 19.362,00** de repasse mensal. Apresenta cobertura^(*) de Atenção Básica de **100,00 %**, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de **100,00 %**.

(*) Parâmetro de cobertura utilizado na PNAB, IDSUS e COAP, que consideram população de 3.000/hab./equipe, sendo que para equipes organizadas de outras formas, considera-se a carga horária médica na Atenção Básica de 60h/semanais para 3.000 hab.

Tabela 29: Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde – agosto 2017

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
eSF	4	3	3	R\$ 32.085,00
ACS	25	23	14	R\$ 14.196,00

Fonte: <http://dab.saude.gov.br/portaldab>, acesso em 08/2017.

Os incentivos mensais de custeio para a Equipe de Saúde da Família são: **modalidade I** R\$ 10.695,00 (dez mil e seiscentos e noventa e cinco reais), **modalidade II** R\$ 7.130,00 (sete mil e cento e trinta reais) e equipes com profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento e fixação em áreas de difícil acesso

e/ou de populações de maior vulnerabilidade econômica ou social - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica/PROVAB e Programa Mais Médicos R\$ 14.482,93 (quatorze mil reais) sendo R\$ 10.482,93 para a bolsa do médico e R\$ 4.000,00 fundo a fundo para o município. A Equipe Ribeirinha recebe o mesmo valor da Modalidade I + custeio de logística de $\frac{1}{4}$ da modalidade I por unidade de apoio e/ou embarcação vinculada (sendo no máximo 4 de cada) + custeio da equipe ampliada de acordo com o número de profissionais agregados. A UBS Fluvial recebe custeio de R\$80.000,00 ou R\$ 90.000,00 c/ Saúde Bucal + custeio de logística de $\frac{1}{4}$ da modalidade I por unidade de apoio e/ou embarcação vinculada (sendo no máximo 4 de cada) + custeio da equipe ampliada de acordo com o número de profissionais agregados. Para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é repassado incentivo de R\$ 1.014,00 (um mil e quatorze reais) a cada mês, sendo que no último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação definido para este fim, no mês de agosto do ano vigente.

Tabela 30: Características Assistenciais da Atenção Básica em Castanheira Mato Grosso, 2017.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS								
Ano	Mês	População	Teto	Credenciados pelo Min. da Saúde	Cadastrados no Sistema- CNES	Implantados	Estimativa População coberta por ACS	Cobertura populacional estimada
2017	1	8429	25	23	15	15	8429	100%
2017	2	8429	25	23	15	15	8429	100%
2017	3	8429	25	23	14	14	8050	95,50%
2017	4	8429	25	23	14	14	8050	95,50%
2017	5	8429	25	23	14	14	8050	95,50%
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA								
Ano	Mês	População	Teto	Credenciados pelo Min. da Saúde	Cadastrados no Sistema- CNES	Implantados	Estimativa População coberta por eSF	Cobertura populacional estimada
2017	1	8429	3	3	3	3	8429	100%
2017	2	8429	3	3	3	3	8429	100%
2017	3	8429	3	3	3	3	8429	100%

2017	4	8429	3	3	3	3	8429	100%
2017	5	8429	3	3	3	3	8429	100%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica - Acesso em 07/2017.

3.2.2.2 - Brasil Sorridente – Ações de saúde Bucal

O Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal - é o programa que visa desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal através de uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS).

O município de **CASTANHEIRA** apresenta cobertura de Saúde Bucal de **100,00 %**. Se considerada somente a Estratégia Saúde da Família tem-se uma cobertura de **81,86 %**.

Tabela 31: Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
eSB - I	4	2	2	6.690,00
eSB - II		0	0	0,00

Os incentivos mensais de custeio são: equipe de Saúde Bucal - modalidade I R\$ 2.230,00 (dois mil e duzentos e trinta reais) e modalidade II R\$ 2.980,00 (dois mil, novecentos e oitenta reais). Fazem jus a 50% a mais sobre os valores mensais de custeio as eSB dos Municípios constantes do anexo I a Portaria nº 822/GM/MS, de 17/04/2006, e as eSB dos Municípios constantes no anexo da Portaria nº 90/GM/MS, de 17/01/2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitando o número máximo de equipes definido também na Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008.

3.2.2.3 - Centros de Especialidades Odontológicas – CEO

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. O CEO deve realizar

uma produção mínima mensal em cada especialidade definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011: diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.

O gestor pode optar entre três modalidades de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, com financiamento federal para custeio de R\$ 8.250,00 CEO I; R\$ 11.000,00 CEO II e R\$ 19.250,00 CEO III. No quadro abaixo apresentamos a situação de implantação por modalidade e financiamento dos CEO. **O Município de Castanheira não possui CEO implantado.**

3.2.2.4 - Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. O gestor municipal/estadual interessado em credenciar um ou mais LRPD deve acessar o sistema de Credenciamento de LRPD disponível no site da Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>.

Município com qualquer base populacional pode ter o LRPD e não há restrição quanto sua natureza jurídica, ou seja, a Secretaria Municipal/Estadual de Saúde pode optar por ter um estabelecimento próprio (público) ou contratar a prestação do serviço (privado). A produção de prótese dentária é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo município/estado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

O Ministério da Saúde repassa um recurso mensal aos municípios/estados para confecção de próteses dentárias, de acordo com uma faixa de produção: entre 20 e 50 próteses/mês: R\$ 7.500,00; entre 51 e 80 próteses/mês: R\$ 12.000,00; entre 81 e 120 próteses/mês: R\$ 18.000,00; e acima de 120 próteses/mês: R\$ 22.500,00. **O Município de Castanheira não possui LRPD implantado.**

3.2.2.5 - Consultório Odontológico

Segundo a Portaria GM/MS Nº 2.372, de 07 de outubro de 2009, há o compromisso de doação de equipamentos odontológicos pelo Ministério da Saúde para as Equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas a partir de outubro/2009. Para receber

esses equipamentos, fica disponível no nosso site o Sistema de Plano de Fornecimento de Equipamento Odontológico onde o gestor municipal opta por receber a cadeira odontológica diretamente no município ou receber o recurso para o próprio município realizar a aquisição. Com em Castanheira as implantações ocorreram antes de outubro/2009 não entra neste quesito da portaria citada acima.

Tabela 32: Características assistenciais locais para a Saúde Bucal em Castanheira Mato Grosso, no ano de 2017.

EQUIPE DE SAÚDE BUCAL MODALIDADE I							
Ano	Mês	População	Credenciados pelo Min. da Saúde	Cadastrados no Sistema - CNES	Implantados	Estimativa População coberta por eSB	Cobertura populacional estimada
2017	1	8429	2	2	2	6.900	81,86%
2017	2	8429	2	2	2	6.900	81,86%
2017	3	8429	2	2	2	6.900	81,86%
2017	4	8429	2	2	2	6.900	81,86%
2017	5	8429	2	2	2	6.900	81,86%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica - Acesso em 07/2017.

A Equipe de Saúde Bucal Urbano foi habilitada em 28/03/2001 e a Equipe de Saúde Bucal Vale do Seringal em 01/06/2004, através da Portaria 648/GM, de 28/03/2006, com classificação em modalidade I., na UBS PSF Rural o atendimento odontológico é realizado por tres profissionais da área que atendem:

- Dentística;
- Periodontia;
- Exodontia;
- Clínica Cirúrgica, e todos os procedimentos do RPM-Relatórios de produtividade odontológica;

Se o caso demandar média e alta Complexidade é regulado através da Central de Regulação municipal para o Município de Juina - MT por cotas do Consorcio Intermunicipal Vale do Juruena ou Cuiabá – MT –PPI.

Tabela 33: Numero de Equipes e Cobertura Populacional: ACS, Saúde da Familia, Saúde Bucal, NASF, ACSR.

Tipo de Equipe	Anos				
	2013	2014	2015	2016	2017

Nº ACS	19	18	16	15	14
Cobertura Populacional ACS	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	95,50%
Nº ESF	3	3	3	3	3
Cobertura Populacional ESF	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Nº ESB	2	2	2	2	2
Cobertura Populacional ESB	83,15%	82,61%	82,35%	82,09%	81,86%
Nº NASF	-	-	-	-	-
Cobertura Populacional NASF	-	-	-	-	-
Nº Agente Comunitario de Saude Rural (ACSR)	-	-	-	-	-
Cobertura Populacional ACSR	-	-	-	-	-

Fonte: e-Gestor Atenção Básica - Acesso em 09/2017.

Os pacientes tem como porta de entrada para atendimento:

- Unidade Básica de Saúde Urbana
- Unidade Básica de Saúde - Vale do Seringal
- Unidade Básica de Saúde – Rural
- Posto de Saúde Nova Conquista – 3º Assentamento PA Vale do Seringal
- Posto de Saúde – Distrito de Novo Horizonte
- Centro de Reabilitação UDR
 - ✓ Porta de entrada da maioria dos transtornos psicossociais;
- Pronto Atendimento:
 - ✓ Ambulâncias;
 - ✓ Equipe médica e de enfermagem permanente;
 - ✓ Assistente Social
 - ✓ Pronto atendimento a urgências e emergências psiquiátricas;
 - ✓ Farmácia Básica;
 - ✓ Laboratório Municipal

3.2.2.6 - Programas do departamento de Atenção Basica

A Secretaria de Saúde possui equipe de apoio técnico para as diversas unidades, responsável pelos programas e campanhas que se realizam, seguindo sempre o cronograma do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde. Segue abaixo resumo dos programas desenvolvidos:

- **Cartão SUS**

O CNS - Cartão Nacional de Saúde é uma iniciativa do Ministério da Saúde, a nível Federal, que consiste na identificação dos usuários SUS e de seus domicílios de residência, permitindo após a informatização do sistema, uma maior eficiência na realização das ações de natureza individual e coletiva desenvolvidas nas áreas de abrangência dos serviços de saúde. O cadastramento teve início em 2003 através de uma equipe de cadastradores e digitadores da SMS. Por exigência do próprio Ministério, em todos os procedimentos de baixa, media e alta Complexidade é necessária a anotação do número do Cartão SUS. O município de Castanheira realiza o uso do sistema Cartão SUS Web, que é fornecido gratuitamente.

O cadastro é feito em local definido pela secretaria municipal de saúde no setor da regulação municipal, mediante a apresentação de RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento. Seu uso facilita a marcação de consultas e exames e garante o acesso a medicamentos gratuitos.

- **Programa Bolsa Família**

O Programa Bolsa Família é um Programa do Governo Federal e está vinculado ao Cadastro Único, localizado na Secretaria Municipal de Ação Social. A secretaria municipal de saúde participa, representando a área da saúde e realizando o acompanhamento das famílias cadastradas no sistema e alimentando os dados das crianças beneficiadas no Programa.

A elegibilidade das famílias fica a critério do Serviço Social do município. A inclusão das famílias, no Programa, fica a critério do Governo Federal, através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O acompanhamento das famílias com perfil de saúde fica sob a responsabilidade das Coordenadoras das Unidades de Saúde. O trabalho é realizado em parceria efetiva com o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, onde as famílias participam de reuniões educativas junto à Equipe de Serviço Social e Unidades de Saúde, dentro do território de abrangência.

Acompanhamento das Condiionalidades do Programa Bolsa Família

O município de CASTANHEIRA possui **462** famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde, destas na 2ª vigência de 2016 foram acompanhadas **427** famílias pela Atenção Básica com **92,42 %**.

- **Academia de saúde**

O Programa Academia da Saúde, criado pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, tem como principal objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

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

Os polos do Programa Academia da Saúde são espaços públicos construídos para o desenvolvimento de atividades como orientação para a prática de atividade física; promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato) e organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe de APS e usuários.

Os polos são espaços públicos de saúde da Atenção Básica construídos ou designados para o desenvolvimento das ações previstas e planejadas para o Programa. O polo deverá estar localizado na área de abrangência do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da Atenção Básica, compondo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) local, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

As atividades serão desenvolvidas por profissionais de saúde da atenção primária em saúde, especialmente dos Núcleos de Saúde da Família (NASF), podendo ser agregados profissionais de outras áreas do setor público.

O Ministério da Saúde repassa aos municípios incentivo financeiro de duas naturezas: 1. Investimento – destinado à construção dos polos. O município deve captar Emenda Parlamentar que será destinada a este objeto no Fundo Nacional de Saúde; e 2. Custeio – destinados aos polos construídos e para os quais foi realizada pelo gestor municipal a solicitação de custeio. Este incentivo é transferido regular e automaticamente por meio do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), no valor mensal de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por polo. Tal repasse, no entanto, consiste em um incentivo, devendo o Programa contar também com cofinanciamento dos estados e muni

cípios.

O município foi contemplado com a Construção da Academis de Saude, pela Port. nº 1.401/GM/MS, de junho de 2011, que institui no ambito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para a construção de polos da Academia da Saúde, com oredem de serviço, proposta nº 24772154000/1110-01, localizada Rua Dos Trabalhadores,nº 212, Bairro Santa Rita.

Tabela 34 - Informações referentes à implantação do Programa Academia da Saúde com construção de polo(s).

Ano de habilitação da proposta de construção	Número da proposta	Situação da obra	Valor empenhado	Valor Pago	Situação para o custeio
2011	24772154000111001	Obra concluída	180.000,00	180.000,00	Recebe custeio

Fonte: Sistema de Propostas do Fundo Nacional de Saúde e Sistema de Monitoramento de Obras- Nota técnica DAB/2017

Em relação ao repasse atual do incentivo de custeio, o município o recebe para 1 polo(s).

Tabela 35 - Informações referentes ao incentivo de **custeio** do Programa Academia da Saúde (**construídos ou similares**).

Nº de polos custeados no município	Valor do repasse
1	3.000,00

Fonte: Portarias de habilitação de custeio. Nota técnica DAB/2017

- **Programa PMAQ**

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional

e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.

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

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

O município aderiu a este projeto, conforme consta a Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, com participação da unidade básica de saúde PSF Urbana em 2012. Em 2013 dispõe a adesão do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), conforme Resolução CMS nº 013 de 30 de Agosto de 2013, na qual foi aprovado e VALIDADO a Contratualização/Recontratualização do município de Castanheira-MT ao segundo Ciclo do PMAQ-AB e ao Programa Nacional de Melhoramento do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). O município dispõe também da contratualização do PSF Rural, Vale do Seringal e Recontratualização do PSF através Resolução nº 016 de 20 de Setembro de 2013.

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

Tabela 36: Resultado de adesão ao terceiro ciclo.

ESF/EAB	ESB/EABSB	NASF	CEO
3	2	0	0

Fonte: Nota técnica –Departamento de Atenção Básica. Nota técnica DAB/2017

Tabela 37: Resultado da certificação das equipes de Atenção Básica que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	Freq.	(%)
Desempenho muito acima da média	0	0,0

Desempenho acima da média	0	0,0
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	3	100,0
Insatisfatória	0	0,0
Desclassificada	0	0,0
TOTAL	0	100,0

Fonte: Nota técnica –Departamento de Atenção Básica. Nota técnica DAB/2017

Tabela 38: Resultado da certificação das equipes de Saúde Bucal que aderiram ao PMAQ no segundo ciclo (2014).

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	Freq.	(%)
Desempenho muito acima da média	0	0,0
Desempenho acima da média	0	0,0
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	2	100,0
Insatisfatória	0	0,0
Desclassificada	0	0,0
TOTAL	0	100,0

Fonte: Nota técnica –Departamento de Atenção Básica/2017

- **Programa PSE**

O Programa Saúde na Escola (PSE), Política intersectorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para práticas de promoção, prevenção da saúde e construção de uma cultura de paz. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é, portanto, fundamental para o Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras. Sua sustentabilidade e qualidade dependem de todos nós!

O município fez adesão Municipal ao Programa Saúde na Escola - PSE, com resolução CMS nº 007 de 30 de julho de 2013, que redefine a semana de mobilização saúde na escola (semana saúde na escola), de periodicidade anual.

O PSE constitui estratégia interministerial – Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo

intersectorialmente as equipes de Atenção Básica e as equipes da Educação. Conforme Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, o ciclo do Programa tem vigência de dois anos.

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

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

O município de **CASTANHEIRA** não teve adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), no ano de 2017.

Tabela 39 - Situação do Programa Saúde na Escola

CRECHE	EDUCANDOS PRÉ-ESCOLA	EDUCANDOS ENS. FUND	EDUCANDOS ENSINO MÉDIO.	EDUCANDOS EJA	TOTAL EQUIPES	20% DA ADESAO	80% RESTANTES
0	0	0	0	0	0	2.000,00	0,00

Fonte: Nota técnica –Departamento de Atenção Básica/2017

- **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**

Últimas atualizações: SIA (Janeiro a Dezembro de 2016) CNES (Dezembro de 2016).

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs), denominadas pela Organização Mundial de Saúde como Medicinas Tradicionais e/ou Complementares, foram institucionalizadas no SUS, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. A política contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos da Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia e constitui observatórios de Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia.

As práticas integrativas e complementares trazem, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde, o incremento de diferentes abordagens e a ampliação do acesso à práticas de cuidado que tem em sua essência um outro olhar sobre o indivíduo e sobre o processo saúde-doença.

No município de **CASTANHEIRA** existe(m) **04** estabelecimento(s) que oferta(m) o serviço de PICs, destes nenhum obteve procedimentos, estão:

0 oferta(m) acupuntura,

0 fitoterapia,

0 outras técnicas em medicina tradicional chinesa,

4 práticas corporais/atividade física,

0 homeopatia,

0 termalismo social crenoterapia e **0** oferta(m) medicina antroposófica.

O valor aprovado em **(2016)** para pagamento dos procedimentos de PICs foi de **0,00**, sendo **0,00** para sessões de acupuntura e **0,00** para consultas médicas em acupuntura e homeopatia.

- **Programa Telessaúde Brasil Redes**

Este projeto visa implantar e operacionalizar o Projeto Integrado Interinstitucional de Teleassistência e Teleeducação em saúde “Telessaúde Brasil – Núcleo do Estado de Mato Grosso”, cujo objetivo central é fortalecer a atenção primária, proporcionando um espaço de educação permanente para a equipe de saúde da família, tanto para qualificar, como para a segunda opinião formativa, referente às dúvidas ou problemas que possam ocorrer no cotidiano do trabalho. O município está aderindo a este projeto conforme consta no artigo 4º da Resolução CIB/MT nº 148 de 10 de junho de 2010 e PORTARIA Nº 2.554, DE 28/10/ 2011.

O Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica visa potencializar a qualificação da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família ao estimular o uso das modernas tecnologias da informação e telecomunicações para atividades de apoio matricial e educação à distância relacionadas à saúde. Constitui-se enquanto uma rede que interliga gestores da saúde, instituições formadoras e serviços de saúde do SUS, num processo de trabalho cooperado online. Tem o objetivo de aumentar a resolutividade clínica das equipes de Atenção Básica, ampliando a capacidade clínica e de cuidado; melhorar a qualidade dos encaminhamentos para a atenção especializada, reduzindo o

número de encaminhamentos desnecessários; e informatizar as Unidades Básicas de Saúde.

O processo de adesão ao Componente Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica e Informatização das Unidades Básicas de Saúde aconteceu em novembro de 2011. Na ocasião, 3.256 municípios aderiram à proposta, distribuídos em 63 projetos aprovados, totalizando 16.836 eSF beneficiadas. O financiamento de projetos de informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica comporta valores máximos dependentes do número mínimo de eSF que serão contempladas em cada projeto. Sairá portaria de Custeio desses núcleos com critérios de financiamento em breve.

O município **CASTANHEIRA** está **vinculado ao núcleo Estadual de Telessaúde de Mato Grosso**.

Tabela 41 – Repasses para implantação do Núcleo e número de equipes vinculadas.

Ano do projeto	Tipo de Núcleo	Núcleo	Valor total a receber	Valor da primeira parcela (70%)	Valor da segunda parcela (30%)	Quantidade de ESF participantes do projeto
2012	Estadual	Mato Grosso	1.000.000,00	700.000,00	300.000,00	1

Fonte: Nota técnica –Departamento de Atenção Básica/2017

- **Consultório na Rua**

O Consultório na Rua é um dos componentes da atenção básica na rede de atenção psicossocial. Os Consultórios na Rua são equipes multiprofissionais e itinerantes que oferecem atenção integral a saúde para a população em situação de rua. Além do cuidado direto, também atuam como articuladores da rede local, por compartilhar o cuidado de casos extremamente complexos, implicando assim os atores locais neste cuidado.

Apresenta as seguintes modalidades para implantação e respectivos valores dos incentivos federais de custeio:

Modalidade	Valores dos Incentivos Federais de Custeio mensal
------------	---

Modalidade I	R\$19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais)
Modalidade II	R\$27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais)
Modalidade III	R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais)

Fonte: Nota técnica –Departamento de Atenção Básica/2017

No Brasil atualmente 283 municípios são elegíveis para implantação de equipes de Consultório na Rua (eCR), segundo a Portaria 122 de 26 de janeiro de 2012. Os demais municípios que tenham interesse em implantar eCR devem justificar a existência de, no mínimo, 80 pessoas em situação de rua, através de documento oficial. As 92 (noventa e duas) equipes de consultório de rua constantes do anexo II da referida Portaria, contempladas com financiamento oriundo das Chamadas de Seleção realizadas em 2010 pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do DAPES/ SAS/MS, também poderão ser cadastradas como equipes de Consultório na Rua, desde que se adequem a alguma das modalidades descritas e que seja formalizado o pedido de adequação junto ao Departamento de Atenção Básica /SAS/MS.

O cadastramento de novas equipes de Consultórios na Rua deverá seguir os trâmites previstos para cadastramento de equipes de Saúde da Família, conforme Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

O município de **CASTANHEIRA** não é elegível para implantação do Consultório na Rua.

- **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica**

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

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

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

- **Programa de Requalificação de Unidade Básica de Saúde**

Em 2011, instituiu-se o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com objetivo de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizar e qualificar o atendimento à população, por meio da construção de novas e mais amplas unidades de saúde, recuperação e ampliação das estruturas físicas existentes, além de prover a informatização das UBS. O Programa é composto por cinco componentes: Construção, Reforma, Ampliação, Informatização e implantação de Telessaúde em UBS e Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

Com o intuito de monitorar todas as obras de infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde financiadas com recurso Federal, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB, que se tornou uma ferramenta para o acompanhamento da obra

Destaca-se que em setembro de 2013, o Ministério da Saúde passou a oferecer projetos de arquitetura para a construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS). O Projeto Arquitetônico Padrão para os quatro portes das UBS encontra-se disponível no Portal do DAB (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php).

O município de Castanheira apresenta 5 UBS cadastradas no SCNES.

3.2.3 - Assistência Ambulatorial Especializada

A Atenção Especializada é composta por ações e serviços, de média e alta complexidade, que visam atender os principais problemas de saúde e agravos da população, realizada por profissionais especializados e com o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

O Município de Castanheira oferece este atendimento à população através do Consorcio Intermunicipal de Saúde Vale do Juruena e PPI. Todos estes serviços da Atenção Especializada se localizam na referencia regional no município de Juína - MT e Cuiabá - MT. Há no município apenas o atendimento especializado nas áreas de

Fisioterapia e Psicologia na Unidade Descentralizada de Reabilitação (UDR) “João Sebastião Ramos” que tem por objetivo dar oportunidades aos pacientes de se desenvolverem dentro de suas capacidades e limitações proporcionando uma maior integração social.

Os Ambulatórios de Especialidades acessados são:

- Ambulatório de DST/ AIDS – Centro de Apoio e Aconselhamento Sorológico – Juina-MT
- CERMAC- Centro Estadual de referencia de media e alta complexidade – Cuiabá-MT
- CRIDAC – Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa
- TFD – Tratamento fora de domicilio
- Farmácia de alto custo
- CEOPE – Centro estadual de Odontologia para Pacientes Especiais
- CEM –Centro de especialidades medicas
- Hospital do Câncer
- Atendimentos de Consultas Especializadas – Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Juruena
- Serviços de apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT - Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Juruena
- Hospital Municipal de Juina
- SAMU – 192 – Juina

3.2.3.1- Apoio Diagnostico e Terapêutico (atendimento ambulatoriais)

Laboratórios: para os exames analises de clinicas e bioquímica contamos com o Laboratório Municipal de Castanheira e Laboratórios do município de Juina sendo as pactuações (PPI).

Em relação aos exames de imagem e citopatologia, estes são realizados nos locais de referencia pactuados junto com os municípios da regional Noroeste.

Tabela 42: Serviços de Apoio, Diagnóstico e Terapia – SADT (Oferta)

Rede de Serviços de Apoio, Diagnostico e Terapia
--

Serviços	Publicos	Prividos
Patologia Clinica	01	01
Radiodiagnostico	01	-
Ultra-sonografia – Consorcio /PPI	01	01
Endoscopia -	01	01
Eletrocardiograma	01	-
Fisioterapia e Reabilitação	01	-
Outros.:	-	-

Fonte: SMS/Central de Regulação Municipal/2017

3.2.4 – Participação no Consorcio Intermunicipal de Saúde

Tabela 43: Serviços de Apoio Diagnostico e Terapêutico – SADT e Consultas Cotas de Exames, Quantidades Atendidas e Demanda Reprimida- ano 2016

Serviços Consorciados EXAMES	Quantidades/Ano		Demanda Reprimida Anual
	Programadas Mês/ 2016	Realizadas 2016	
Ex. US Obst/Ginecologica	5	122	62
Ex. US.Transvaginal	4	30	-
Ex. US Geral	4	70	22
Ex. US músculo esquelético	1	12	-
Ex. Endoscopia	2	62	38
Ex. Mamografia	2	29	5
Ex. Tomografia contraste	1	14	2
Ex. RX simples c/ laudo	3	48	12
Ex. RX contrastado	1	34	22
Ex. Eletroencefalograma - EEG	2	-	-
Ex. Eletrocardiograma	3	126	90
Ex. Ecocardiograma	2	25	1
Holter 24hrs ou Mapa (monit. Pressão Art.)	0	3	-
Teste Ergométrico	0	7	-
Risco cirúrgico	2	31	7

Fonte: SMS/Consorcio Intermunicipal de saude do Vale do Juruena/2017

Tabela 44: Serviços de Apoio Diagnostico e Terapêutico – SADT e Consultas Cotas de Consultas, Quantidades Atendidas e Demanda Reprimida – ano 2016

Serviços Consorciados Consultas	Quant. Cotas Mês/2016	Quant. Atendidas Anual/2016	Demanda reprimida 2016
Consultas Cardiológicas	3	77	41
Consultas Oftalmológicas	3	94	58
Consultas Ortopédicas	12	321	177
Consultas Gineco/Obstetricia	5	112	52
Consultas Bucomaxilofacial	1	6	-
Consultas Angiologia	1	41	29
Consultas Endocrinologia	0	4	-
Consulta Cirurgião Geral	3	68	32
Consulta de Neurologia	2	5	-
Consultas Otorrino	2	21	3
Consulta Pediatria	Demanda livre	170	-

Fonte: SMS/Consortio Intermunicipal de saude do Vale do Juruena/2017

3.2.5 - Assistência Hospitalar

A Assistência Hospitalar Geral – SUS é realizada através de Convênio de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde entre Secretaria Municipal de Saúde de Castanheira e PPI/2017, Consortio Intermunicipal de Saúde do Vale do Juruena e Prefeitura Municipal de Castanheira, O Convênio SUS tem como objeto a assistência ambulatorial e hospitalar com disponibilização de leitos gerais, com atendimento de internações/mês, sendo que as internações do município de Castanheira são realizadas no município Regional Juina no Hospital Municipal de Juina.

Tabela 45: Assistência Hospitalar Contratualizada (Oferta)

Programação Hospitalar da Media Complexidade por referencia – PPI-Jan/2017

Município Executor	Especialidade	Leitos
--------------------	---------------	--------

Cuiabá	Ortopedia/traumatologia	Cirúrgicos
Cuiabá	Cardiologia /cirurgia vascular	Clínicos
Cuiabá	Clinica geral	Pediatria Clinica
Cuiabá	Nefrologia/urologia	Clínicos
Cuiabá	Pneumologia	Clínicos
Cuiabá	Gastroenterologia	Cirúrgicos
Cuiabá	Clinica geral	Clínicos
Cuiabá	Psiquiatria	Outras Especialidades
Cuiabá	Ortopedia/traumatologia	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Pneumologia sanitária	Outras especialidades
Cuiaba	Crônicos	Outras especialidades
Cuiabá	Neurocirurgia	Cirúrgicos
Cuiabá	Cardiologia–Pediatria cirúrgica	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Cardiologia- Pediatria Clinica	Pediatria Clinica
Cuiabá	Cardiologia–cirurgia endovascular	Cirurgia endovascular
Juina	Ortopedia/traumatologia	Cirúrgicos
Juina	Cirurgia geral	Pediatria cirúrgica
Juina	Obstétrica cirúrgica	Obstétricos
Juina	Cirurgia geral	Cirúrgicos
Juina	Cardiologia-cirurgia vascular	Clínicos
Juina	Obstetrícia clinica	Obstétricos
Juina	Clinica geral	Pediatria clinica
Juina	Pneumologia	Clínicos
Juina	Gastroenterologia	Cirúrgicos
Juina	Clinica geral	Clínicos
Juina	Psiquiatria	Outras especialidades
Juina	Ortopedia/traumatologia	Pediatria cirúrgica

Fonte: SISPP/MMT-2017

Tabela 46: Assistência Hospitalar Contratualizada (Oferta)

Programação Hospitalar da Alta Complexidade por referencia – PPI-Jan/2017

Município Executor	Especialidade	Leitos
Cuiabá	Cardiologia - cardiologia intervencionista	Cirúrgicos
Cuiabá	Cardiologia - cirurgia cardiovascular	Cirúrgicos
Cuiabá	Cardiologia - cirurgia endovascular	Cirúrgicos
Cuiabá	Cardiologia - cirurgia vascular	Cirúrgicos
Cuiabá	Cardiologia - eletrofisiologia	Cirúrgicos
Cuiabá	Gastroenterologia - esôfago, estômago e duodeno	Cirúrgicos
Cuiabá	Gastroenterologia - intestinos , reto e anus	Cirúrgicos
Cuiabá	Neurocirurgia - coluna e nervos periféricos	Cirúrgicos
Cuiabá	Neurocirurgia - investigação e cirurgia da epilepsia	Cirúrgicos
Cuiabá	Neurocirurgia - neurocirurgias vasculares	Cirúrgicos
Cuiaba	Neurocirurgia - tratamento neuro-endovascular	Cirúrgicos
Cuiabá	Neurocirurgia - tratamento neurocirúrgico da dor funcional	Cirúrgicos
Cuiabá	Neurocirurgia - trauma e anomalias do desenvolvimento	Cirúrgicos
Cuiabá	Neurocirurgia - tumores do sistema nervoso	Cirúrgicos
Cuiabá	Oftalmologia - cavidade orbitaria e globo ocular	Cirúrgicos
Cuiabá	Oftalmologia - conjuntiva, cornea, camara anterior, iris, corpo ciliar e cristalino	Cirúrgicos
Cuiabá	Oftalmologia - palpebras e vias lacrimais	Cirúrgicos
Cuiabá	Oncologia - cabeça e pescoço	Cirúrgicos
Cuiabá	Oncologia - cirurgia torácica	Cirúrgicos
Cuiabá	Oncologia - colo-proctologia	Cirúrgicos
Cuiabá	Oncologia - esofago-gastro duodenal e vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais	Cirúrgicos
Cuiabá	Oncologia - ginecologia	Cirúrgicos
Cuiabá	Oncologia - mastologia	Cirúrgicos
Cuiabá	Oncologia - oftalmologia	Cirúrgicos
Cuiabá	Oncologia - ossos e partes moles	Cirúrgicos
Cuiaba	Oncologia - otorrinolaringologia	Cirúrgicos

Cuiabá	Oncologia - pele e cirurgia plástica	Cirúrgicos
Cuiabá	Oncologia - sistema linfático	Cirúrgicos
Cuiabá	Oncologia – urologia	Cirúrgicos
Cuiabá	Ortopedia/traumatologia - cintura pélvica	Cirúrgicos
Cuiabá	Ortopedia/traumatologia - coluna vertebral e caixa torácica	Cirúrgicos
Cuiabá	Ortopedia/traumatologia - gerais	Cirúrgicos
Cuiabá	Ortopedia/traumatologia - membros inferiores	Cirúrgicos
Cuiabá	Plástica - outras cirurgias plásticas/reparadoras	Cirúrgicos
Cuiabá	Aids	Clínicos
Cuiabá	Oncologia - medicina nuclear - terapeutica oncologica	Clínicos
Cuiabá	Oncologia - quimioterapia - procedimentos especiais	Clínicos
Cuiabá	Cardiologia - cardiologia intervencionista	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Cardiologia - cirurgia cardiovascular	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Cardiologia - cirurgia endovascular	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Cardiologia - eletrofisiologia	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Gastroenterologia - intestinos , reto e anus	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Neurocirurgia - coluna e nervos periféricos	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Neurocirurgia - trauma e anomalias do desenvolvimento	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Neurocirurgia - tumores do sistema nervoso	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Oftalmologia - conjuntiva, córnea, camara anterior, Iris, corpo ciliar e cristalino	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Oftalmologia - pálpebras e vias lacrimais	Pediatria cirúrgica

Cuiabá	Oncologia - cabeça e pescoço	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Oncologia - cirurgia torácica	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Oncologia - colo-proctologia	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Oncologia - esofago-gastro duodenal e vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Oncologia - oftalmologia	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Oncologia - ossos e partes moles	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Oncologia - otorrinolaringologia	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Oncologia - pele e cirurgia plástica	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Oncologia - sistema linfático	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Oncologia – urologia	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Ortopedia/traumatologia - cintura pélvica	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Ortopedia/traumatologia - coluna vertebral e caixa torácica	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Ortopedia/traumatologia - gerais	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Ortopedia/traumatologia - membros inferiores	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Ortopedia/traumatologia - membros superiores	Pediatria cirúrgica
Cuiabá	Aids	Pediatria clínica
Cuiabá	Nefrologia/urologia	Pediatria clínica

Cuiabá	Neurologia	Pediatria clínica
Cuiabá	Oncologia - quimioterapia - procedimentos especiais	Pediatria clínica

Fonte: SISPP/MT-2017

- 1- Existe uma Comissão constituída para acompanhamento e avaliação dos serviços privados contratualiza? () sim (x) não
- 2- Se positivo, qual a periodicidade desta revisão contratual?
- 3- Existe um trabalho de supervisão in loco da equipe, na unidade contratualizada? () sim (x) não
- 4- Se positivo, qual a periodicidade desta supervisão, e se há emissão de relatório?
- 5- Considerando a contratualização, quais as dificuldades do município na formalização dos contratos.

As dificuldades que o município encontra na contratualização dos serviços privados são no processo de licitação.

3.2.6 - Produção Hospitalar SUS

Com relação a Assistência Hospitalar SUS, é realizada pelo Hospital Municipal de Juina e Cuiabá, apresentamos os seguintes dados:

Tabela 47: Mortalidade por grupos de causas, por residência.

Internações por Capítulo CID-10	2013	2014	2015	2016	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	1	1		4
Capítulo II Neoplasias (tumores)	3	7	3	6	19
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	2	2	2	8
Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais			1		1
Capítulo VI Doenças do Sistema nervoso		1	2	2	5
Capítulo VIII Doenças do ouvido e do Apófise Mastoide			1		1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	11	15	10	5	41

Capítulo X Doenças do Aparelho respiratório	4	5	3	2	14
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	1		4	4	5
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinario		1	2	1	4
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	1		1		2
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anormalias cromossômicas	1				1
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.		5			5
Capítulo XX Causas externas de morbidade	5	3		6	14
Total	30	40	37	28	

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/Sim – SARGSUS/ acesso 30/10/2017.

Quanto às causas de óbito no município, de maneira geral, as doenças do aparelho circulatório representaram o maior risco de morte, revelando os maiores coeficientes de mortalidade no período de 2014 a 2015. Analisado, a segunda causa de morte eram as neoplasias, seguidas das causas externas e das doenças do aparelho respiratório. No entanto, ocorre uma modificação nesta sequência de causa a partir de 2015, configurando em 2016 as neoplasias e causas externas como primeira causa de morte, seguida das doenças do aparelho circulatório.

Tabela 48: Morbidade Hospitalar por grupos de causas.

Internações por Capítulo CID-10	2013	2014	2015	2016	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11	16	9	15	51
Capítulo II Neoplasias (tumores)	21	13	8	13	55
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1	1	1	4	7
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5	2		7	16
Capítulo V Transtornos mentais e			2	3	5

comportamentais					
Capítulo VI Doenças do Sistema nervoso	3	6	4	8	21
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	18	25	21	25	89
Capítulo X Doenças do Aparelho respiratório	23	11	14	23	71
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	7	18	18	29	72
Capítulo XII Doenças de pele e do tecido subcutâneo	1	2	2	4	9
Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	9	6	2	4	21
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinario	17	20	17	16	70
Capítulo XI Gravidez, parto e puerperio	52	57	66	55	230
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	2	6	7	4	19
Capítulo XVII Malformações congênitas, deformidades e anormalias cromossômicas	1	2	3	2	19
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.		1	3	2	6
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	57	78	62	77	274
Capítulo XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.	3	7	5	15	30
Total	231	271	244	306	

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH – SARGSUS/ acesso 30/10/2017.

Tabela 49: Morbidade hospitalar por grupos de causas e faixa etária

Internações por Capítulo CID-10	2013													
	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Idade ignorada	Total
Capítulo XI Gravidez, parto e puerperio	0	0	0	0	16	29	7	0	0	0	0	0	0	52
	2014													

Internações por Capítulo CID-10	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Idade ignorada	Total
Capítulo XI Gravidez, parto e puerperio	0	0	0	2	14	26	15	0	0	0	0	0	0	57
Internações por Capítulo CID-10	2015													
	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Idade ignorada	Total
Capítulo XI Gravidez, parto e puerperio	0	0	0	1	23	33	8	1	0	0	0	0	0	66
Internações por Capítulo CID-10	2016													
	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Idade ignorada	Total
Capítulo XI Gravidez, parto e puerperio	0	0	0	1	19	28	3	4	0	0	0	0	0	55

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIH – SARGSUS/ acesso 30/10/2017.

As causas de internações hospitalares ocorridos entre 2013 a 2016 é às internações por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas representam o principal motivo de hospitalização entre os moradores de castanheira.

A segunda causa de internações hospitalares foi Gravidez, parto e puerperio, sendo a faixa etária de 20 a 29 anos a mais acometida. Adolescentes e adultos de 10 a 49 anos concentraram em internações por razão de gravidez, parto e puerperio.

Tabela 50: Informações sobre Nascimento

Condições	2013	2014	2015	2016
	Total	Total	Total	Total
Numero de nascidos vivos	107	113	93	86
Numero de prematuridade	10	7	8	-
Numero de partos cesáreos	32	90	76	69
Numero de partos Normais	22	23	17	17
Numero de mães de 10-19 anos	25	28	27	-

Numero de mães de 10-14 anos	-	2	-	-
Numero de mães com 4 e + consultas de pré-natal	34	29	33	-
Numero de mães com 7 e + consultas de pré-natal	69	77	58	-
Numero com baixo peso ao nascer (Total) <2500g.	6	7	5	-

Fonte: Informações de Saúde DATASUS. Acesso em Nov. de 2017.

Em 2016 foi registrado o nascimento 86 crianças de mães residentes do município (Tabela 50). Castanheira não possui serviços hospitalares desde o ano de 2006, dessa forma, a maioria dos partos são realizadas no município de referencia, Juína. A série histórica acima evidencia uma diminuição no número de nascimentos entre 2013 a 2016. A taxa de cesariana segue representando mais de 50% em todos os anos apresentados.

O município de Castanheira aderiu ao Programa de Humanização ao Pré-Natal e Parto – PHPN, o acesso à assistência pré-natal é avaliado pela frequência de consultas de gestantes.

A adesão do município de Castanheira ao Programa de Humanização ao Pré-Natal e Parto – PHPN foi formalizado em 2002.

3.2.7 - Assistência de Urgência e Emergência

O serviço de atendimento pré-hospitalar é realizado no Pronto Atendimento, que é mantido unicamente pela Secretaria Municipal de Saúde do município, que fornece os materiais de consumo, equipamentos e profissionais plantonistas.

No momento os atendimentos de urgência e emergência são acompanhados pelo médico plantonista da unidade de Pronto Atendimento, que fica de plantão 24hs, inclusive fins de semana e feriados.

Após avaliação médica o usuário é medicado e se necessário fica em observação por um período de até 24h para elucidação diagnóstica. Após este período o usuário é encaminhado para internação na unidade hospitalar de referência no município de Juína.

Se o caso demandar alta Complexidade é regulado através da Central de Regulação Regional para o Município de Juína - MT ou Cuiabá - MT.

3.2.7.1 - Serviços de referência e contra-referência

A referência e contra-referência em nível locorregional tanto para o nível básico da Atenção em Saúde quanto para os níveis mais complexos (Hospitais de Retaguarda) e para os serviços de resgate 192 e transporte sanitário serão os seguintes:

Urgencias Primárias	PSF's e Pronto Atendimento de Castanheira.
Urgencias Secundária	Hospital Municipal de Juina.
Urgencias Secundária e Terciária	Hospital Municipal de Juina, UTI de Juina e Cuiabá (hospitais e UTIs). De acordo com seu nível de complexidade de atendimento.

A contra-referência será dirigida para as Unidades de Saúde da Família PSF Urbano, PSF Rural e PSF Vale do Seringal. A retaguarda técnica ao SAMU-192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade, será garantida através de pactuação já garantida com o SAMU da Região de Juina - MT cuja distância é de 45 km, já que em nosso município por hora não há este serviço instalado.

3.2.7.2 - Alta Complexidade

O município não possui serviço de Alta Complexidade, ficando este nível de assistência, atendido em outros municípios, através de pactuação Estadual-PPI..

3.3 - Assistência Farmaceutica

A política Nacional de medicamentos propõe garantir segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos ao menor custo possível, promover seu uso racional e seu acesso para a população.

Entre as diretrizes e prioridades estabelecidas, está a adoção de relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que deverá servir de base ao desenvolvimento tecnológico e científico à produção de medicamentos no País e as novas listas construídas nos níveis estadual e municipal de atenção à saúde.

O município de Castanheira vem realizando o processo de estruturação e padronização de medicamentos, tendo como objetivo principal a busca da qualidade e o

aumento da oferta dos medicamentos disponibilizados, conforme portaria ministerial da farmácia básica e portaria estadual para medicamento de alto custo.

A aquisição dos medicamentos custeados pelo município é feita através da modalidade licitatória denominada PREGÃO, que foi instituída no ano de 2007. Através do Pregão com registro de preços os medicamentos são adquiridos durante todo o ano pelo mesmo preço sem reajuste, gerando uma economia de até 70% em alguns itens.

Alguns medicamentos são adquiridos através dos Programas, tais como:

- Programa de Saúde Mental:
- Programa de Saúde da Mulher:
- Programa Hipertensão/ Diabetes, Asma /Renite:
- Programa Alimentação/Nutrição:

A aquisição de medicamentos ligados a Programas Estratégicos como Pneumologia, Hanseníase, Aids, Meningite e outras Doenças Endêmicas é de responsabilidade do Estado, sendo fornecidos ao município. São medicamentos utilizados em conformidade com esquemas de tratamento padronizados pelo MS.

O município de Castanheira atua com Assistência Farmacêutica nos dois níveis de complexidade de atendimento à saúde: Na rede primaria de atenção tem como referencia a farmácia municipal central, que atende as demandas das Equipes de Estratégia de Saúde da Família. No nível secundário, a Assistência Farmacêutica está presente na unidade de atendimento pré-hospitalar (PA). Além disso, a Assistência Farmacêutica atua junto na Vigilância Epidemiológica para os medicamentos da hanseníase e tuberculose.

Castanheira conta com uma rede privada de 03 estabelecimentos com venda de medicamentos em farmácias e drogaria. Destes, um atende ao Programa “Aqui tem Farmácia Popular”, com distribuição gratuita de medicamentos para a hipertensão, diabetes e asma.

Na Atenção Primaria a Assistência Farmacêutica está organizada de forma centralizada. Há presença de um farmacêutico responsável pela supervisão técnica dos dispensários, e assessoria. A programação, o Armazenamento e a Distribuição, que compõe o Ciclo da Assistência Farmacêutica esta sob gerenciamento da farmacêutica responsável da farmácia municipal central e uma técnica de enfermagem.

Tabela 51: Rede de Assistência Farmacêutica

Unidades	Publicas	Privadas
Farmacias Privadas	-	03
Farmacias Publicas	-	
Farmacia da Atenção Básica	01	01
Central de Abastecimento Farmaceutico	-	-
Farmacia hospitalar	-	-
Outros		

Fonte: VISA-Municipal /2017

3.3.1 - Sistema Horus

Situação do Sistema Horus no município.

Implantado sim (x) não ()

Técnico capacitado sim (x) não ()

Situação Atual do sistema:

O HÓRUS é um sistema informatizado que permite o registro de todas as entradas, saídas e fluxo de produtos de medicamentos e nos almoxarifados/Central de Abastecimento Farmacêutico e nas Farmácias/Unidades de Saúde. A partir de abril de 2010 o HÓRUS passa a ser disponibilizado por adesão para os municípios brasileiros. O município de Castanheira elaborou o cadastro de adesão/Termo de adesão em julho/2010 seguindo o cronograma proposto pelo Ministério da Saúde para a implantação nacional do HÓRUS. Já implantado mas a alimentação do sistema está desatualizada devido a dificuldade de internet, a farmácia municipal utiliza o livro de controle manual.

3.3.2 - Imunizações e Doenças Imunopreveníveis

A vacinação é o mecanismo usado para controlar algumas doenças infecto-contagiosa. Consiste na inoculação de um antígeno na corrente sanguínea de uma pessoa, visando à produção de anticorpos. É a maneira mais eficaz de se evitar diversas doenças imunopreveníveis, como varíola (erradicada), poliomielite (paralisia infantil), sarampo, tuberculose, rubéola, gripe, hepatite B e febre amarela, entre outras.

Em relação às doenças imunopreveníveis observa-se a tendência decrescente da

incidência e da mortalidade. Outros desafios estão impostos por agravos relacionados ao processo de urbanização, por exemplo, a dengue como também o fácil deslocamento das pessoas entre estados e municípios, oferecendo o risco de reintrodução de vírus eliminados como sarampo e polio.

Tabela 52: Coberturas Vacinais por Imunobiológicos e Ano doses aplicadas, município de Castanheira MT, período:2013 a 2016.

IMUNOBIOLOGICOS	2013	2014	2015	2016
BCG - < 1 ano	117	104	135	113
Contra Febre Amarela (FA) - < 1 ano	88	80	61	52
Contra Hepatite B (HB) - < 1 ano	103	78	135	103
Oral Contra Poliomielite (VOP) - < 1 ano	106	109	98	
Tetralente (DTP/Hib) (TETRA) - <1 ano	103	109	93	
Tríplice Viral D1	129	99	64	57
Tríplice Viral D2	56	49	34	29
Tetra Viral (SRC + VZ)			31	
Oral Contra Poliomielite (1ª etapa) 1-4 anos	137	57	48	45
Oral Contra Poliomielite (2ª etapa) 1-4 anos				
Contra Influenza (INF)				
Meningococo C	82	123	88	68
Meningococo C (1º ref)	116	88	65	61
Pentavalente	93	109	93	77
Rotavírus Humano	104	110	116	82
Pneumocócica 10V	96	104	101	85
Pneumocócica (1ª ref)	132	90	64	28
Tríplice Bacteriana (DTP) (1º ref)	131	76	54	54
Dupla adulto e triplice acelular gestante	72	53	24	1
dTpa gestante	17	55	16	2
Hepatite B	-	109	95	80
Hepatite A	-	65	54	34
HPV Quadrivalente D1 09 anos masc.	-	-	95	15
HPV Quadrivalente D2 09 anos masc.	-	-	8	3
HPV Quadrivalente D1 10 anos masc.	-	-	101	8
HPV Quadrivalente D2 10 anos masc.	-	-	36	5
HPV Quadrivalente D1 11 anos masc.	-	56	38	4
HPV Quadrivalente D2 11 anos masc.	-	8	35	1
HPV Quadrivalente D1 12 anos masc.	-	55	1	1
HPV Quadrivalente D2 12 anos masc.	-	56	9	2

HPV Quadrivalente D1 13 anos masc.	-	63	14	-
HPV Quadrivalente D2 13 anos masc.	-	40	3	2
Total	1.682	1.978	1.820	1.193

Fonte: Programa Nacional de Imunizações-SI-PNI/2017

A Cobertura Vacinal é um importante indicador para avaliação das ações de prevenção do município, uma vez que o programa de imunização nacional é reconhecido internacionalmente pela sua eficácia. A cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde é acima de 95% da vacinação básica da infância, considerando as crianças de até um ano de idade e as vacinas contra Poliomielite - SABIN, Tuberculose – BCG, Tétano/Difteria/Sarampo e - Tetraivalente, Sarampo/Catapora e Rubéola – Tríplice Viral/SCR e Hepatite B. Importante mencionar que a Secretaria de Estado da Saúde/MT e o Ministério da Saúde utiliza a base populacional do IBGE para vacinação de ADULTOS e para vacinação do Calendário básico utiliza o SINASC para avaliação da Cobertura Vacinal. Sendo importante que a equipe de trabalho e coordenador da sala de vacina tem que sempre acompanhar o Sistema SINASC para vacinação de criança.

Esse fato gera vários problemas de avaliação, pois esses dados de população são diferentes entre si. Na série histórica estudada, para Castanheira/MT essa divergência não interfere no que diz respeito a atingirmos a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde. Assim, entendemos ser necessário que o Ministério e a Secretaria de Estado da Saúde cheguem a um consenso para que os municípios tenham suas metas melhor definidas, o que facilitará o monitoramento das ações em saúde.

Em vista das Campanhas de Vacinação que ocorrem todos os anos; da quantidade de vacinas que hoje fazem parte do calendário nacional; da previsão de inclusão de novas vacinas no calendário que hoje são consideradas especiais; da quantidade de vacinas especiais que são fornecidas pelo MS e controladas pelo município, e da quantidade de Unidades de Saúde e de funcionários técnicos que atuam na assistência no município e necessitam de treinamento ou orientações, é necessário estruturarmos a Seção de Imunização, na qual hoje temos uma Técnica de Enfermagem na chefia e uma Técnica de Enfermagem que auxilia esta chefe na vacinação e não contamos com quadro mínimo necessário (Enfermeiro e Auxiliar/Técnico de Enfermagem) para realização de todas as ações com qualidade. É necessário que se elabore quadro de salários para estes funcionários que atenda a qualidade técnica exigida e a carga horária, pois estes funcionários são treinados em serviço, com demora

de muitos meses ou anos para que estejam aptos a executar todas as ações. Isto também se aplica às Seções de Controle de Doenças e de Informação.

3.4 - Vigilância em Saúde

3.4.1 - Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária desenvolve ações que visam à saúde e o bem estar da comunidade como um todo, elevando a qualidade de vida da população. Essas ações objetivam disponibilizar os produtos e serviços para os cidadãos, com qualidade compatível com os requisitos de um sistema público de saúde comprometido com a sociedade. A VISA através de seus agentes realiza ações capazes de eliminar ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde.

A vigilância Sanitária no Município de Castanheira atua na área, realizando ações procedimentos de orientação, cadastramento, inspeção, investigação, notificação, controle e monitoramento de produtos e outras situações de risco, atendimento ao público, e coleta de amostras para análise.

3.4.2 - Vigilância Epidemiológica

O serviço de Vigilância Epidemiológica tem o objetivo de acompanhar a ocorrência de agravos à saúde no município. Com base nessas ocorrências o serviço registra, orienta e desenvolve ações de controle como elaboração de normas técnicas, treinamento e acompanhamento dos profissionais de saúde, tanto do setor público como privado. Está também sob o comando deste serviço o suprimento de vacinas e soros (peçonhentos, anti-ráбicos) que são distribuídos para as Unidades de Saúde do município.

Tem como ações efetivas:

- coordenar, supervisiona as ações das UBS;
- realiza investigações e controle das doenças notificadas, em relação ao encerramento dos casos e condutas;

- avalia cobertura vacinal e implanta medidas necessárias;
- investigação de óbito infantil materno;
- investigação de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos;
- codificação de declaração de nascidos vivos;
- Vacinação na zona rural;
- campanhas de vacinação;
- Programa DST/AIDS;
- divulga informes à população, esclarecendo, alertando ou orientando-a sobre possível situação de risco.
- coletar dados
- Processar dados
- Alimenta os seguintes sistemas:
 - ✓ SIM (Sistema de Informação Mortalidade)
 - ✓ SINAN NET (Sistema de Inf. Notificação de Agravos de Notificação)
 - ✓ SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos)
 - ✓ Tb Web (Programa de Tuberculose)
 - ✓ API (Avaliação do Programa de Imunização)

3.4.3 - Vigilância Ambiental

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

Realiza as ações: atendimento a denúncias, fiscalização, controle de Zoonoses, ações educativas e levantamento de dados.

Atua no campo de:

- Contaminantes ambientais;
- Qualidade da água de consumo humano;
- Qualidade do ar;
- Qualidade do solo;
- Desastres Naturais e acidentes com produtos perigosos;

3.3.4 - Controle de Zoonoses

O Centro de Controle de Zoonoses - CCZ tem como finalidade prevenir e controlar as doenças que são transmitidas pelos animais ao homem. O CCZ presta serviços como: controle de vetores, controle de raiva animal, controle de animais sinantrópicos, controle de roedores, orientação veterinária e controle de população animal. Mesmo o município NÃO tendo o Centro de Controle de Zoonoses implantado, prestamos alguns destes serviços a comunidade. Há também uma parceria com o INDEA – Instituto de defesa Agropecuária do Mato Grosso, onde conjuntamente são desenvolvidos ações e controle de patologias homem/animal.

3.3.5 - Vigilância em Saúde do Trabalhador – VISAT

A Saúde do Trabalhador traz a particularidade de ser uma área que institui práticas potencialmente transformadoras, que perseguem a integralidade da atenção à saúde buscando a superação da dicotomia existente entre assistência individual e coletiva, vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, ações preventivas e curativas. Além disso, traz em sua trajetória a busca da participação e do controle social por parte dos trabalhadores e suas organizações. Na realidade, é uma área que se instaura desde o início a partir da mobilização e luta dos trabalhadores pela saúde no trabalho. O exercício da intersetorialidade é também uma característica fundamental de práticas efetivas em Saúde do Trabalhador.

No município de Castanheira a rede de Sentinela foi implantada no ano de 2009, com 03 profissionais capacitados para atuar na área no ano de 2013, sendo porta de entrada no Pronto Atendimento- PA com atendimento 24h.

4 – Financiamento da Saúde

O financiamento para o Sistema Único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios. O Fundo de Saúde está previsto na Constituição Federal Artigos 34, 35, 156,160,167 e 198 e Emenda Constituição nº 29/2000.

Para acompanhamento da gestão financeira foi criado pelo Ministério da Saúde o

relatório do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS que demonstra a despesa por categoria (corrente e capital), o investimento dos três níveis de governo, União, Estado e Município na Saúde, o percentual do investimento do município de acordo com a EC 29 e os valores arcados anualmente.

O financiamento federal está composto por Blocos de Financiamento antes instituído pela Portaria nº 204 do ano de 2007 que foi alterada pela portaria nº 837 do ano de 2009, acrescentando o bloco de investimento na Rede de Serviços de Saúde. Portaria nº 2.943, de 26 de dezembro de 2016, Portaria GM/MS nº 1378 de 2013, Portaria nº 475 de 2014, Portaria nº 2057 de 21/10/2016. A sua transferência ocorre através de repasse “fundo a fundo”, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Os blocos de recursos para o custeio SUS são os seguintes: Atenção básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em saúde, Gestão do SUS e Assistência farmacêutica e Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

O financiamento da atenção básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais comporão o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois sub-blocos: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável (Fonte de Recurso 495).

Os recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) são utilizados ao custeio de ações de atenção básica à saúde e o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) são recursos financeiros utilizados para o custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal e outras estratégias, programas que o Ministério da Saúde implantar.

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, Fonte de Recurso 496, compreende os recursos do Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, SAMU, CEREST - Saúde Trabalhador e CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.

O financiamento para a vigilância em saúde (Fonte de Recurso 497) estão os recursos financeiros correspondentes às ações do Programa da Vigilância Epidemiológica e Controle das Doenças, Programa HIV/AIDS e outras DSTs, MAC - Vigilância Sanitária, PAB - Vigilância Sanitária, Programa de Tuberculose.

A assistência farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde. O bloco de financiamento da assistência farmacêutica Fonte de Recurso 498 se organiza em sub-bloco básico, sub-bloco estratégico e sub-bloco de medicamentos de dispensação excepcional.

O financiamento para a gestão, Fonte de Recurso 499, destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS. O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos: Regulação, controle, avaliação e auditoria, Planejamento e orçamento, Programação, Regionalização, Gestão do trabalho, Educação em saúde e Incentivo à implementação de políticas específicas.

O financiamento para investimento em Rede de Serviços de saúde destina-se, exclusivamente, às despesas de capital.

Os serviços de saúde do SUS na esfera municipal de Castanheira têm os gastos efetuados através do Fundo Municipal de Saúde, criado pela Lei nº 106/91 de 17/05/1991. A operacionalização do Fundo Municipal de Saúde se dá através de conta própria, movimentada pelas Secretarias Municipais de Saúde e Secretaria Municipal de Administração.

Tabela 53: Evolução dos indicadores financeiros da saúde em Castanheira, MT.

Indicador		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	5,86 %	5,79 %	5,45 %	7,59 %	5,04%	5,51%	5,93%	3,89%
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	77,13 %	72,07 %	65,87 %	66,05 %	69,86%	70,67%	70,91%	73,87%
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	15,15 %	14,29 %	12,94 %	13,50 %	11,86%	11,66%	8,46%	0,00%

1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	70,57 %	67,07 %	76,59 %	73,47 %	74,23%	87,96%	87,52%	79,31%
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	20,80 %	19,06 %	16,56 %	17,37 %	15,64%	17,18%	13,21%	9,60%
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	64,69 %	61,00 %	56,10 %	56,24 %	60,53%	61,60%	58,61%	52,31%
1.7	Para Fins de Cálculo do Percentual da EC-29	64,35 %	61,00 %	56,10 %	56,24 %	60,53%	-	-	-
2.1	Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 315,49	R\$ 347,64	R\$ 402,61	R\$ 413,12	R\$ 557,28	R\$ 472,77	R\$ 539,74	R\$ 709,72
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	44,00 %	44,78 %	40,47 %	41,65 %	33,26%	45,70%	41,87%	34,85%
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	2,81 %	4,06 %	0,92 %	1,90 %	3,21%	3,28%	1,76%	1,20%
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	11,54 %	15,93 %	37,23 %	34,33 %	24,19%	25,69%	30,13%	29,64%
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,68 %	0,99 %	2,85 %	1,14 %	17,15%	0,69%	1,46%	5,13%
2.10	SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	5,64 %	4,75 %	4,38 %	4,99 %	3,52%	3,99%	4,25%	-
2.20	SUBFUNÇÕES VINCULADAS	94,36 %	95,25 %	95,62 %	95,01 %	96,48%	96,01%	95,75%	-
2.21	Atenção Básica	58,63 %	57,22 %	71,61 %	53,05 %	64,23%	56,06%	44,75%	-
2.22	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	33,60 %	33,18 %	21,51 %	39,96 %	29,02%	35,70%	48,76%	-
2.23	Suporte Profilático e Terapêutico	0,42 %	3,89 %	2,24 %	1,90 %	3,21%	3,28%	1,76%	-

2.24	Vigilância Sanitária	1,69 %	0,96 %	0,27 %	0,06 %	0,00%	0,94%	0,47%	-
2.25	Vigilância Epidemiológica	0,01 %	0,01 %	0,00 %	0,03 %	0,02%	0,02%	0,00%	-
2.26	Alimentação e Nutrição	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00%	0,00%	0,00%	-
2.30	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00%	0,00%	0,00%	-
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	52,69 %	51,98 %	50,55 %	55,84 %	36,42%	44,78%	35,46%	28,41%
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	16,92 %	19,04 %	21,55 %	16,59 %	21,35%	15,34%	25,46%	27,65%

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Acesso em 09/2017.

Tabela 54: Receitas Recebidas da União para a Saúde

Especificação	Ano			
	2013	2014	2015	2016
PAB FIXO	204.409,00	232.344,00	232.344,00	232.344,00
Saude da Família - SF	331.545,00	340.394,28	346.092,84	310.070,00
Saude Bucal - SB	73.590,00	76.632,14	86.061,42	80.280,00
Agentes Comunitarios de Saude – ACS	208.050,00	198.606,00	114.582,00	253.500,00
NASF	-	-	-	-
PMAC	-	-	-	-
Assistência Farmacêutica Básica	38.551,38	42.151,56	68.351,56	
Outros Programas Financ. Por Transf. Fundo a Fundo (Assistência Farmacêutica Básica)	30.056,00	-	-	
Teto Municipal da Media e Alta Complexidade – Rede Saude Mental	-	-	-	-
Teto Municipal da Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	149.907,81	174.565,45	177.839,64	

Centro de especialidades Odontologicas	-	-	-	-
FAEC	-	-	-	-
Teto Municipal Brasil sem Miseria (protese dentaria)	-	-	-	-
Vigilância Epidemiologica e Ambiental em Saude	58.258,44	71.852,06	56.763,63	-
Vigilância Sanitaria	5.934,06	4.626,63	-	92.239,22
Investimentos na Rede de Serviços de Saude	158.000,00	278.540,00	100.000,00	92.487,37
Outros Programas Financ. Por Transf. Fundo a Fundo (Gestão do SUS)	-	140.724,40	225.627,67	-
Convenios	-	-	-	-
Total	1.258.301,69	1.560.436,52	1.407.662,76	1.348.058,60

Fonte: siops.datasus.gov.br/dados informados – acesso em 09/2017.

Tabela 55: Receitas Recebidas do Estado para a Saúde

Especificação	Ano			
	2013	2014	2015	2016
PAB FIXO	-	-	-	-
Saude da Familia - SF	186.568,43	94.168,26	73.269,98	277.910,28
Saude Bucal - SB	14.271,22	12.297,80	10.647,49	3.042,14
Agentes Comunitarios de Saude – ACS	-	23.322,10	27.774,50	4.273,00
Outros Programas Financ. Por Transf. Fundo a Fundo (PAB Variavel)	125.985,78	-	17.126,20	1.317,40
NASF	-	-	-	-
PMAC	-	-	-	-
Assistência Farmacêutica Básica	8.618,85	6.734,43	21.130,85	9.864,80
Teto Municipal da Media e Alta Complexidade – Rede Saude Mental	-	-	-	-

Teto Municipal da Media e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	12.278,00	65.261,27	50.814,42	66.956,38
Centro de especialidades Odontologicas	-	-	-	-
FAEC	-	-	-	-
Teto Municipal Brasil sem Miseria (protese dentaria)	-	-	-	-
Vigilância Epidemiologica e Ambiental em Saude	-	-	-	20.749,44
Vigilância Sanitaria	-	-	-	-
Investimentos na Rede de Serviços de Saude	-	-	-	-
Outros Programas Financ. Por Transf. Fundo a Fundo (Gestão do SUS)	-	11.725,52	-	-
Convenios	110.000,00	-	-	-
Total	457.722,28	213.509,44	200.763,44	384.113,44

Fonte: siops.datasus.gov.br/dados informados – acesso em 09/2017.

4.1 - Previsão das Receitas da Saúde – 2018 – 2021

Tabela 56 - Receitas Previstas da Saúde – 2018

Fonte de recursos Blocos de Financiamento	Transferências Fundo a Fundo		Outros	Recursos Próprios	Total
	Federal	Estadual			
Atenção básica	971.889,03	-	-	897.334,67	1.869.223,70
Media e alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial	145.778,81	66.956,38	-	2.863.049,82	3.075.785,01
Assistência Farmacêutica	45.664,19	9.864,80	-	29.505,40	85.034,39

Vigilância em Saúde	92.239,22	20.749,44	-	4.911,35	117.900,01
Gestão do SUS	-	-	-	1.341.867,30	1.341.867,30
Outros	92.487,35	-	-	114.202,24	206.689,59
Próprios Municipal	-	-	-	-	-
Total Geral	1.348.058,60	97.570,62	-	5.250.870,78	6.696.500,00

Fonte: Contabilidade Municipal, acesso em 09/2017.

Tabela 57 - Receitas Previstas da Saúde – 2019

Fonte de recursos Blocos de Financiamento	Transferências Fundo a Fundo		Outros	Recursos Próprios	Total
	Federal	Estadual			
Atenção básica	1.020.483,48	-	-	942.201,40	1.962.684,88
Media e alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial	153.067,75	70.304,20	-	3.006.202,31	3.229.574,26
Assistência Farmacêutica	47.947,40	10.358,04	-	30.980,67	89.286,11
Vigilância em Saúde	96.851,18	21.786,91	-	5.196,92	123.795,01
Gestão do SUS	-	-	-	1.442.135,67	1.442.135,67
Outros	97.111,72	-	-	119.912,39	217.024,07
Próprios Municipal	-	-	-	-	-
Total Geral	1.415.461,53	102.449,15	-	5.546.589,32	7.064.500,00

Fonte: Contabilidade Municipal, acesso em 09/2017.

Tabela 58 - Receitas Previstas da Saúde – 2020

Fonte de recursos Blocos de Financiamento	Transferências Fundo a Fundo		Outros	Recursos Próprios	Total
	Federal	Estadual			
Atenção básica	1.071.507,65	-	-	989.311,47	2.060.819,12
Media e alta	160.721,14	73.819,41	-	3.156.512,43	3.391.052,98

Complexidade Hospitalar e Ambulatorial					
Assistência Farmacêutica	50.344,77	10.875,94	-	32.529,70	93.750,41
Vigilância em Saúde	101.693,74	106.778,43	-	5.414,77	213.886,94
Gestão do SUS			-	1.391.115,27	1.391.115,27
Outros	101.967,31	-	-	125.907,97	227.875,28
Próprios Municipal	-	-	-	-	-
Total Geral	1.486.234,61	191.473,78	-	5.700.791,61	7.378.500,00

Fonte: Contabilidade Municipal, acesso em 09/2017.

Tabela 59 - Receitas Previstas da Saúde – 2021

Fonte de recursos Blocos de Financiamento	Transferências Fundo a Fundo		Outros	Recursos Próprios	Total
	Federal	Estadual			
Atenção básica	1.125.083,03	-	-	1.038.777,04	2.163.860,07
Complexidade Hospitalar e Ambulatorial	168.757,20	77.510,38	-	3.314.338,05	3.560.609,63
Assistência Farmacêutica	52.862,01	11.419,74	-	34.156,19	98.437,94
Vigilância em Saúde	106.778,43	112.117,35	-	5.689,51	224.581,29
Gestão do SUS	-	-	-	-	-
Outros	107.069,68	-	-	132.203,37	239.269,05
Próprios Municipal	-	-	-	-	-
Total Geral	1.560.546,35	201.047,47	-	4.525.164,16	7.716.500,00

Fonte: Contabilidade Municipal, em 09/2017.

Tabela 60 - Resumo das Receitas da Saúde – 2018 – 2021

2018	2019	2020	2021	Total
6.696.500,00	7.064.500,00	7.378.500,00	7.716.500,00	28.856.000,00

Fonte: Contabilidade Municipal, acesso em 09/2017.

4.2- Previsão de Despesas com Saúde

Tabela 61 – Despesas da Saúde por Sub Função – 2018-2021

Sub Função	Anos				Total
	2018	2019	2020	2021	
Atenção básica	2.466.000,00	2.651.000,00	2.816.000,00	2.981.000,00	10.914.000,00
Assistência Hospitalar e Ambulatorial (302)	3.600.000,00	3.735.000,00	3.870.000,00	4.005.000,00	15.210.000,00
Suporte Profilático e Terapêutico (303)	200.000,00	220.000,00	240.000,00	250.000,00	910.000,00
Vigilância Sanitária (304)	155.000,00	162.500,00	136.000,00	143.500,00	597.000,00
Vigilância Epidemiológica (305)	75.500,00	76.000,00	76.500,00	77.000,00	305.000,00
Alimentação e Nutrição (306)	-	-	-	-	-
Administração Geral (122)	200.000,00	220.000,00	240.000,00	260.000,00	920.000,00
Outras Sub Funções	-	-	-	-	-
Total Geral	6.696.500,00	7.064.500,00	7.378.500,00	7.716.500,00	28.856.000,00

Fonte: Contabilidade Municipal, acesso em 09/2017.

Tabela 62 - Despesas com Saúde por Natureza da Despesa – 2018-2021

Natureza da Despesa	2018	2019	2020	2021	Total
Despesas Correntes					

Pessoal e Encargos Sociais	2.400.000,00	2.450.000,00	2.500.000,00	2.550.000,00	9.900.000,00
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	3.396.500,00	3.664.500,00	3.878.500,00	4.116.500,00	15.056.000,00
Despesas de Capital					
Investimentos	900.000,00	950.000,00	1.000.000,00	1.050.000,00	3.900.000,00
Inversões Financeiras	-	-	-	-	-
Amortização da Dívida	-	-	-	-	-
Total Geral	6.696.500,00	7.064.500,00	7.378.500,00	7.716.500,00	28.856.000,00

Fonte: Contabilidade Municipal, acesso em 09/2017

5 – Gestão do Trabalho em Saúde

O objetivo geral da Gestão da Educação e do Trabalho no SUS, enquanto um dos eixos que compõem o Plano Municipal de Saúde é propiciar a adequada qualificação dos trabalhadores da saúde, bem como propiciar melhores condições de trabalho, com vistas à contínua melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à população.

Neste sentido, para que se obtenha bom desempenho na realização das ações, torna-se necessário não somente a qualificação técnica dos trabalhadores da saúde com processos permanentes de aquisição de conhecimento e de aprimoramento de atitudes favoráveis ao bom desempenho do trabalho, mas também instituir mecanismos e estratégias que visem uma valorização do profissional de saúde, como por exemplo, a instituição de um plano de cargos, carreira e salários, fortalecimento do espaço de negociação entre gestores e trabalhadores e uma adequação e organização dos ambientes de trabalho.

Para a realização das suas atividades, a SMS apresenta uma força de trabalho composta por servidores efetivos (municipais e estadual), cargos em comissão,

servidores com contrato temporário e funcionários. Com os vínculos apontados, o SUS em Castanheira conta com uma força de trabalho de 89 trabalhadores envolvidos com a saúde pública do Município, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

É importante destacar que a Secretaria Municipal de Saúde vem atuando com uma estrutura parcialmente formal, com serviços ainda inexistentes e outros com inadequações na estrutura organizacional (CEREST, PSE, PMAQ, e-SUS, TELESAUDE e outros serviços e setores), o que desvaloriza a atuação dos profissionais e o dimensionamento das reais necessidades em pessoal e qualificação profissional.

A gestão do Trabalho com o gerenciamento de pessoal e a Educação Permanente com o gerenciamento dos processos de integração ensino-serviço e de qualificação profissional, devem articular-se para modernizar a estrutura funcional, considerando as coordenações setoriais e as equipes na gestão centralizada e descentralizada, bem como as capacidades para assumir tais funções.

6 - Ciência, Tecnologia, Produção e inovação em saúde e gestão

A Telessaúde se configura como o uso de novas tecnologias de informação e comunicação para fins assistenciais, educacionais e administrativos em saúde. No município de é uma ferramenta de apoio aos profissionais nos processos de educação permanente em saúde. Divide-se em três componentes: teleassistência, tele-educação, e telegestão.

A teleassistência pode ser compreendida como a oferta de teleconsultorias, segunda opinião formativa e telediagnóstico no apoio à tomada de decisão clínica e de processo de trabalho.

A tele-educação consiste em cursos, seminários, aulas por web ou videoconferência, acesso à ambiente virtual de aprendizagem com o objetivo de atualização profissional.

Temos a oferta de capacitações a distancia pelas Instituições de Ensino Superior que compõem a Rede UNA-SUS, quanto pela Secretaria Executiva UNA-SUS. As ofertas possuem enfoque prático, baseado no dia a dia de trabalho dos profissionais do SUS e em suas reais necessidades. Constituídos por módulos, os cursos apresentam casos clínicos comuns. O acesso ao conhecimento é a modalidade de educação a

distância, que traz dinamismo ao aprendizado. Médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, gestores, entre outros trabalhadores do SUS, são certificados em diversos níveis de capacitação. Os conhecimentos adquiridos nos cursos são documentados facilmente e sem burocracia, por meio de provas online e inclusão de certificados na Plataforma Arouca.

7- Infraestrutura

Uma coordenação de apoio em infraestrutura e logística envolve a padronização das compras e outras necessidades apontadas pelos setores da Secretaria Municipal de Saúde, sendo que essa medida demanda a co-responsabilidade entre todos os setores. Como exemplo de problemas identificados nesta questão é a distribuição de materiais de consumo, que deveria possuir um processo de padronização e readequação dos fluxos com a participação das áreas técnicas.

A área de infraestrutura de apoio e logística ainda apresenta desafios, entre eles destaca-se a necessidade de ampliação e construção de estruturas físicas (Centro de Reabilitação, Sala do Conselho Municipal de Saúde e Salas para desmembração da equipe técnica da SMS), ampliação da infraestrutura de apoio logístico (equipamentos, materiais e medicamentos), ampliação da disponibilidade de transporte para locomoção (de profissionais da área da Atenção a Saúde e Vigilância em Saúde, gestor), bem como a qualificação da infraestrutura e a manutenção de unidades e serviços em funcionamento. É necessária uma modernização dos seus sistemas e/ou formas de controle (de estoque e almoxarifado, de custos e de contratações de servidores).

Seria primordial a implementação de uma equipe de projeto com a missão de conduzir a Modernização e Informatização dos projetos. A equipe do projeto tem a responsabilidade de planejar, executar, controlar e avaliar as etapas e processos de implantação do Projeto contemplado para o município.

As dificuldades residem em soluções de infraestrutura por parte da SMS, relaciona - das à:

- 1) criação de estruturas para interoperabilidade entre sistemas, que permitem a integração entre os diferentes sistemas da saúde com o sistema Informatizado da SMS;
- 2) gerenciamento e realização de atividades relativas à administração do Banco de Dados;

3) informatização das UBS com rede de internet e equipamentos, com qualidade de acesso.

Dentro da situação atual é importante destacar o avanço da implantação de ampliação e reforma das UBS Rural e Vale do Seringal e a construção da Academia de Saúde, melhoramento no Pronto Atendimento, PSF Urbano, Vigilância em Saúde, Laboratório Municipal.

8 - Definição das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

As estratégias e diretrizes que compõem este Plano serão apresentadas a seguir junto com os objetivos, indicadores e metas, pois esse conjunto constitui o Pacto Municipal de Saúde.

As diretrizes apresentadas neste Plano foram, em sua maioria, foi elaborado por um grupo de trabalho formado por gestores e trabalhadores com o objetivo de apresentar à rede municipal de saúde os fundamentos que a SMS deseja adotar como orientadores das ações de saúde desenvolvida na sua rede e, assim, consolidar os princípios dos SUS.

Os objetivos expressam o que se pretende na superação, eliminação ou controle dos problemas identificados, e as metas nesse caso, estabelecem onde queremos chegar em quatro anos, quantificando os objetivos.

Os objetivos que compõem este Plano, que serão apresentados a seguir, foram elaborados pelos gestores, trabalhadores e representantes dos usuários em uma oficina de trabalho. Esses atores realizaram essa construção como base no diagnóstico da SMS e na Visão da mesma, a qual foi definida também pelos mesmos autores.

A definição dos indicadores foi realizada a partir de um levantamento dos que compõem o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), da literatura e dos elaborados anteriormente pela SMS e que continuam pertinentes.

As metas foram estipuladas a partir do estudo da linha de tendência dos indicadores selecionados na etapa anterior.

A seguir apresenta-se o Pacto Municipal de Saúde com as estratégias, diretrizes, objetivos, indicadores e metas que se desejam para o período de quatro (04) anos de governo.

8.1 – DIRETRIZES, OBJETIVOS e METAS PLURIANUAIS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE– PMS

Município: Castanheira

Período: 2018-2021

Regional de Saúde: Juína

Diretriz 1 (SISPACTO) – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

Objetivo 1.1- Utilização de mecanismos que propiciem à ampliação e qualificação do acesso a atenção básica.

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				FONTE RECURSOS R\$	PROGRAMA/ PROJETO
		2018	2019	2020	2021		
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica $\geq$ 100%	100%	100%	100%	100%	FNS FES FMS	SISPACTO PMAQ PIAMAB
Ações:							
Reorganizar microáreas, entre 06 a 12, para cada equipe de saúde;		x	x	x	x		
Realizar processo Seletivo Público para cobertura de microáreas e ampliação de equipes;		x		x			
Capacitar os Agentes Comunitários e Agentes de Combate as Endemias com orientações sobre as ações da Atenção Básica (PNAB);		x		x			
Manter o Agente de Combate as Endemias nas Equipes Saúde da Família/Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde;		x	x	x	x		
Elaborar projeto ao ERS Juína para ampliação do número de USF;			x				
Implementar e manter o e-SUS (CDs e PEC) nas Unidades de Saúde da Atenção Básica;		x	x	x	x		
Operacionalizar o e-SUS (CDs e PEC) nas Unidades de Saúde da Atenção Básica (E)		x	x	x	x		
Alimentar e atualizar mensalmente o Sistema de informação da Atenção Básica (SISAB);		x	x	x	x		

Realizar a Classificação de Risco nas Unidades da Atenção Básica e nas Unidades secundárias;		x					
Fortalecer o trabalho da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família;		x	x	x	x		
Construir/ampliar e/ou reformar Unidade Básica de Saúde;		x		x			
Aquisição de equipamentos para instrumentalizar as Unidades de Saúde da Atenção Básica;		x	x	x	x		
Aderir a novos programas/projetos Estaduais e Nacionais referentes a Atenção Básica lançados pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde;		x	x	x	x		
Realizar no mínimo uma visita domiciliar pelo ACS por família/mês;		x	x	x	x		
Realizar no mínimo uma visita por imóvel pelo ACE por ciclo		x	x	x	x		
Implantar 01 Equipe Saúde da família.			x				
Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica	Ampliar o percentual de serviços ofertados pela Atenção Básica	75%	75%	75%	75%		PMAQ
Ações: Garantir acesso à população de serviços de consultas médicas, de enfermagem, de odontologia, curativos, inalações, imunizações, exames laboratoriais, visitas domiciliares, entre outros.		x	x	x	x		
Aprimorar a rede de serviços com ampliação da qualidade dos serviços;		x	x	x	x		
Implantar referência e contra-referência dos serviços de saúde no município na Atenção Básica, Média e Alta Complexidade;		x	x	x	x		
Sensibilizar os profissionais de todas as complexidades do município quanto a importância e necessidade da referência e contra-referência;		x	x	x	x		
Média de atendimentos de enfermeiros por habitante/ano na Atenção Básica	Ampliar a média de atendimentos de enfermeiros por habitante/ano na Atenção Básica	3	3	3	3		PMAQ
Ações: Garantir a média de 3 a 4 atendimentos/habitante/ano nos serviços de enfermagem.		x	x	x	x		
Garantir o registro oportuno de todos os atendimentos ofertados pelos profissionais de enfermagem;		x	x	x	x		
Média de atendimentos médicos por habitante/ano na Atenção Básica	Ampliar a média de atendimentos médicos por habitante/ano na Atenção Básica	2	2	2	2		PMAQ
Ações: Garantir a média de 2 a 3 atendimentos/habitante/ano nos serviços médicos;		x	x	x	x		
Garantir o registro oportuno de todos os atendimentos ofertados pelos profissionais		x	x	x	x		

médicos;						
Índice de atendimento por condição de saúde avaliada	Ampliar em 2% no número de atendimento por condição de saúde avaliada	2%	2%	2%	2%	PMAQ
Ações:						
Intensificar ações de diagnóstico precoce de casos de hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, imunizações, dengue, entre outros;		x	x	x	x	
Realizar busca ativa de pacientes com diagnósticos definidos e/ou faltantes;		x	x	x	x	
Intensificar as atividades educativas em sala de espera, escola, igrejas e comunidade em geral;		x	x	x	x	
Veiculação na mídia sobre problemas de saúde e formas de autocuidado na promoção de saúde;		x	x	x	x	
Percentual de encaminhamentos para serviços especializados.	Garantir 5% de encaminhamentos para serviços especializados comparados com serviços da Atenção Básica	5%	5%	5%	5%	PMAQ
Ações:						
Procurar a área médica ser mais resolutiva com os casos da Atenção Básica;		x	x	x	x	
Reavaliar com precaução os diagnósticos;		x	x	x	x	
Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea	Reduzir a Taxa de atendimentos de consultas por demanda espontânea	80%	60%	40%	20%	PMAQ
Ações:						
Sensibilizar a comunidade quanto à importância do agendamento de consultas para a população em geral reduzindo filas de espera desde a madrugada;		x	x	x	x	
Operacionalizar o e-SUS no uso de agendas para garantir acesso à população com ofertas de consultas agendadas e espontâneas.		x	x	x	x	
Percentual de atendimentos de consultas agendadas	Ampliar a taxa de atendimentos de consultas agendadas	20%	40%	60%	80%	PMAQ
Ações:						
Sensibilizar a comunidade quanto à importância do agendamento de consultas para a população em geral reduzindo filas de espera desde a madrugada;		x	x	x	x	
Operacionalizar o e-SUS no uso de agendas para garantir acesso à população com ofertas de consultas agendadas e espontâneas.		x	x	x	x	

Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	Reduzir em 2% a proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) < 46,86% ano 2014	45,92%	45,00%	44,10%	43,22%		Municipal
Ações: Desenvolver ações de sensibilização da Comunidade quanto à porta de entrada da Saúde e classificação de risco (Atenção Básica e Média/Alta Complexidade);		x	x	x	x		
Capacitar a equipe para a organização dos serviços nas Unidades de Saúde;		x	x	x	x		
Criar grupo gestor nas Unidades de Saúde da Atenção Básica;		x	x	x	x		
Criar agenda/cronograma para atuar com os grupos nas Unidades de Saúde;		x	x	x	x		
Estabelecer parcerias com a Pastoral da Saúde, Pastoral da Criança, Pastoral do Idoso, Pastoral das ISTs para desenvolver ações de promoção à saúde;		x	x	x	x		
Implantar a Classificação de risco nas Unidades de Saúde (Atenção Básica e Média/Alta Complexidade);		x	x	x	x		
Confeccionar banner e panfletos para sensibilizar a comunidade sobre a classificação de risco;		x	x	x	x		
Definir espaço de “acolhimento” nas Unidades Saúde da Família efetivando a classificação de risco;		x	x	x	x		
Implantar ações de geração de renda para pacientes, com atividades de grupos;		x	x	x	x		
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	Ampliar em 2% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família ≥ 76,80	78,80	80,80	82,80	84,80		PBF SISPACTO PMAQ
Ações: Desenvolver cronograma para as ações de pesagem em pontos estratégicos (escola/creches/igrejas) da área;		x	x	x	x		
Estabelecer parcerias com a Pastoral da Saúde, da Criança, do Idoso para desenvolver ações de promoção a saúde;		x	x	x	x		
Otimizar ações da pesagem do SISVAN/PSE/Imunização para execução do serviço e a coleta de dados;		x	x	x	x		
Divulgação nas escolas e creches com bilhetes informando sobre o acompanhamento do Programa Bolsa Família;		x	x	x	x		
Utilização de carros de som para divulgação de campanhas, inclusive nas Unidades de Saúde;		x	x	x	x		
Cobertura populacional estimada pelas	Ampliar a cobertura populacional estimada	100%	100%	100%	100%		SISPACTO

equipes básicas de saúde bucal	pelos equipes básicas de saúde bucal $\geq 100\%$						PMAQ PIAMAB
Ações: Realizar Introdutório em Saúde da Família.		x		x			
Realizar concurso público e/ou Processo Seletivo para contratação de profissionais para a Saúde Bucal;			x				
Estruturar com equipamentos e espaço físico as UBS conforme legislações pertinentes;		x	x	x	x		
Estabelecer e utilizar as referência e contra-referência programadas na PPI e/ou Consórcio;		x	x	x	x		
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Manter/Ampliar em 5% a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, em $\geq 2,5\%$	2,5%	2,62%	2,75%	2,89%		Municipal
Ações: Desenvolver parcerias com a Secretaria de Educação para aquisição de kits para desenvolver ações de promoção à saúde;		x	x	x	x		
Criar agenda/cronograma de atendimento e roteiro para atender nas Unidades de Saúde, Comunidades rurais;		x	x	x	x		
Realizar ações de escovação supervisionada e outras ações nas escolas e creches da área;		x	x	x	x		
Desenvolver projeto Municipal envolvendo todos os odontólogos da rede municipal para ações estratégicas, nas Unidades de Saúde da Família em festividades oportunas (Festa do Peão, Aniversário da cidade, ...);		x		x			
Realizar Levantamento epidemiológico – CPOD para planejamento das ações de Saúde Bucal na área em escolares;		x		x			
Estabelecer parcerias com estabelecimentos de ensino de cursos na área da saúde para desenvolver ações de promoção à Saúde (técnicos em enfermagem, enfermagem, fisioterapia, entre outros);		x	x	x	x		
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	Reduzir em 2% a proporção de exodontia em relação aos procedimentos em $\leq 27,65$ alcançado 2016	27,09%	26,55%	26,02%	25,50%		Municipal
Ações: Realizar Levantamento epidemiológico – CPOD para planejamento das ações de Saúde Bucal na área;		x		x			
Implementar as ações de escovação supervisionada;		x	x	x	x		

Realizar ações de sensibilização sobre o primeiro molar exclusiva para mães/pais nas CEIs		x	x	x	x		
Realizar atividades educativas em escolas, CEI e comunidade em geral sobre higiene bucal		x	x	x	x		
Razão de tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	Ampliar em 2% a razão de tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	2%	2%	2%	2%		PMAQ
Ações: Registrar no e-SUS adequadamente e oportunamente os tratamentos concluídos em relação às consultas odontológicas programáticas;		x	x	x	x		
Estabelecer protocolo municipal para número de faltas em tratamento odontológico que gerará retorno para a fila;		x	x	x	x		
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Ampliar em 2% a cobertura de primeira consulta odontológica programática	2%	2%	2%	2%		PMAQ PIAMAB
Ações: Captar usuário por meio de agendamento e demanda espontânea para definição de primeira consulta odontológica programática.		x	x	x	x		
Percentual de serviços ofertados pela Equipe da Saúde Bucal	Ampliar em 2% o percentual de serviços ofertados pela Equipe da Saúde Bucal	2%	2%	2%	2%		PMAQ
Ações: Desenvolver ações de atividades educativas com a comunidade;		x	x	x	x		
Realizar atividades de educação permanente com a equipe;		x	x	x	x		
Ofertar consultas odontológicas programáticas;		x	x	x	x		
Reduzir o número de extrações de dentes permanentes		x	x	x	x		
Ampliar o número de restaurações;		x	x	x	x		
Realizar atendimento às Urgências e Emergências e definindo encaminhamentos quando necessário;		x	x	x	x		

Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				FONTE RECURSOS R\$	PROGRAMA/ PROJETO
		2018	2019	2020	2021		
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	Garantir unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado $\geq$ 01	01	02	03	04		Municipal
Ações: Estabelecer parcerias com a Polícia, Conselho Tutelar, Promotoria Pública, CRAS, CREAS, hospitais particulares para realizar notificações, quando houver ocorrência;		x	x	x	x		
Capacitar profissionais (Polícia, Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, escolas, US...) para notificação de violências;		x	x	x	x		
Divulgar Protocolo de Violência para todas as Unidades de Saúde;		x		x			
Identificar a rede municipal de serviços de atendimento às violências;		x	x	x	x		
Definir fluxo de notificação e investigação das ocorrências;		x	x	x	x		
Implantar coleta de vestígios nos Prontos Socorros municipais; (PA)		x		x			
Equipar sala para coleta de vestígios nos prontos socorros;		x		x	x		
Capacitar equipes dos prontos socorros para coleta de vestígios;		x	x	x	x		
Capacitar equipes para identificação, diagnóstico, acompanhamento e investigação de violências;		x	x	x			
Confeccionar banner com o fluxo de notificação de violência para cada equipe de saúde;		x		x			
Inserir todas as notificações “suspeitas e confirmadas” de violências no SINAN em tempo oportuno;		x	x	x	x		
Proporção de notificação de violência autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	Ampliar o número de notificação de violência autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida $\geq$ 95%	95%	95%	95%	95%	FNS (Vigilância em Saúde) FMS	PQA-VS
Ações: Capacitação/Orientação sobre preenchimento de notificações, principalmente de campos primordiais a serem informados;		x	x	x	x		

Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	Garantir acesso hospitalar e reduzir em 2% o número de óbitos por acidentes ≤ 66,66%	65,32%	64,02%	62,73%	61,48%		Municipal
Ações: Capacitar as equipes da Unidade de Pronto Socorro para os atendimentos de Urgência e Emergência;		x		x			
Atuar com Protocolo para atendimento de Urgência e Emergência;		x	x	x	x		
Definir o acesso com a Regulação de Urgência e Emergência para referências do paciente;		x	x	x	x		
Manter abastecida as ambulâncias com equipamentos/materiais básicos para atendimentos de EU;		x	x	x	x		
Fazer renovação de frota de ambulâncias para garantir integridade do automóvel.		x		x			
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Reduzir em 2% o número de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) ≤ 60,00% - 06 óbitos em 2016	58,80%	57,62%	56,47%	55,34%		Municipal
Ações: Programar e implementar as ações de diagnóstico precoce e acompanhamento na Atenção Primária;		x	x	x	x		
Distribuir medicamento, conforme disponibilidade na Atenção Primária estabelecido em REMUME.		x	x	x	x		
Atuar com grupos de riscos na Atenção Primária;		x	x	x	x		

Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				RECURSOS R\$
		2018	2019	2020	2021	
Proporção das consultas e exames reguladas pelo SISREG.	Proporção das consultas e exames regulados pelo SISREG. OBS.: será importante para o município ter conhecimento dos atendimentos					Municipal

	em consultas e exames ofertado a população)					
Ações:		x		x		
Capacitar profissionais no SISREG para operacionalização do Complexo Regulador;						
Estruturar e equipar a Central Municipal de Regulação;		x		x		
Implantação/operacionalização do SISREG na Central Municipal de Regulação;		x		x		
Sala de Estabilização	Implementar Sala de Estabilização na Unidade hospitalar municipal e de Pronto Atendimento	1	1	1	1	Municipal
Ações:						
Garantir acesso para usuários com necessidade de estabilização através do resgate do SAMU e/ou atendimento de urgência e emergência;		x	x	x	x	
Capacitar profissionais para atendimentos de Urgência e Emergência.		x	x	x	x	
Equipar sala de estabilização na Unidade Hospitalar/Pronto Atendimento;		x	x	x	x	
Reconhecer e utilizar as referências de urgência e emergência quando necessárias;		x	x	x	x	
Garantir oferta de procedimentos amparados na PPI e/ou Consórcio de Saúde;		x	x	x	x	
Utilizar protocolos para atendimentos de urgência e emergência;		x	x	x	x	

Diretriz (SISPACTO) - 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, aprimoramento a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

Objetivo - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde e às ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				FONTE RECURSOS R\$	PROGRAMA/ PROJETO
		2018	2019	2020	2021		
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	Ampliar em 1% oferta de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária $\geq 0,75$	0,75%	0,76%	0,77%	0,78%		SISPACTO PMAQ PIAMAB (*)
Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 15 a 24 anos e de 65	Ampliar em 5% a oferta de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres	0,78%	0,82%	0,86%	0,91%		PMAQ

mais anos	de 15 a 24 anos e de 65 mais anos. OBS:0,75 pactuado em 2017.						
Ações:							
Ampliar a oferta de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 15 a 24 anos e de 65 mais anos;		x	x	x	x		
Manter vinculação com Laboratório específico para realização de exames preventivos no município;		x	x	x	x		
Enviar lâminas ao laboratório de referência oportunamente garantindo tempo mínimo de espera do resultado.		x	x	x	x		
Monitorar o prazo de execução dos exames preventivos e envio de resultados em tempo oportuno (30 dias) para garantir a confiança das mulheres;		x	x	x	x		
Realizar busca ativa por nome das pacientes na faixa etária que não realizaram exame preventivo de câncer de colo de útero;		x	x	x	x		
Realizar exame de Mama em 80% das pacientes que realizarem exame preventivo de câncer de colo de útero;		x	x	x	x		
Fazer convite individual, com agendamento de data e horário para a mulher comparecer na Unidade de Saúde, por meio do Agente Comunitário de Saúde;		x	x	x	x		
Fazer no mínimo duas campanhas por ano para coletas de exames (março e outubro);		x	x	x	x		
Acompanhar pelo número de mulheres cadastradas por área (e-SUS/SISAB) o número de exames a ser coletado mensalmente;		x	x	x	x		
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	Ampliar/Manter a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária $\geq 0,04$	0,04	0,05	0,06	0,07		SISPACTO
Ações:							
Identificar o número exames a ser oferecido para a população e programar na PPI para referência ou território próprio;		x	x	x	x		
Informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada quanto o número de exames disponíveis para a população e faixa etária prioritária;		x	x	x	x		
Garantir acesso a diagnóstico e tratamento a faixa etária prioritária e casos necessários;		x	x	x	x		
Monitorar e gerenciar a referência e contrarreferência dos pacientes através da Atenção Primária para continuidade das ações;		x	x	x	x		

Contratualizar serviços com empresas privadas habilitadas pelo Ministério da Saúde, para facilitar acesso e agilidade dos exames diagnósticos e/ou de rastreamento e informação no SISCAN.		x	x	x	x		
Realizar Cirurgias de Alta Frequência - CAF	Garantir acesso a população quanto ao serviço de Cirurgia de Alta Frequência $\geq 100\%$	100%	100%	100%	100%		Municipal
Ações:							
Criar agenda com municípios da região para encaminhar pacientes para a referência "Juína";		x	x	x	x		
Acompanhar os dados sobre o tratamento das pacientes "referência e contra-referência" por meio de receita médica/formulário e/ou documentos e sistema de informação;		x	x	x	x		
Capacitar profissionais no município para realização de cauterização química nas Unidades Básicas de Saúde;		x		x			
Adquirir medicamentos manipulados para execução de cauterização química;		x		x			

Diretriz (SISPACTO) – 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: Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade na assistência pré-natal e ao parto.

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				FONTE RECURSOS R\$	PROGRAMA/ PROJETO
		2018	2019	2020	2021		
Proporção de parto normal no SUS e saúde suplementar	Aumentar em 2% a proporção de parto normais no SUS e saúde suplementar em $\geq 30\%$	30,60%	31,21%	31,83%	32,47%		SISPACTO
Ações:							
Sensibilizar as gestantes no pré-natal quanto a importância do parto normal;		x	x	x	x		
Sensibilizar os médicos da Unidade Hospitalar para redução do número de cesáreas;		x	x	x	x		
Fazer avaliação quanto idade, condições de saúde para a definição de partos cesáreos;		x	x	x	x		
Implantar o serviço de Laqueadura e Vasectomia na Unidade Hospitalar, por meio da Habilitação do Ministério da Saúde;		x	x	x	x		
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	Reduzir em 2% a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos em 21%	20,58%	20,16%	19,76%	19,36%		SISPACTO

Implementar as ações de promoção da saúde evidenciando o tema Sexualidade;		x	x	x	x		
Oportunizar ações do PSE nas escolas para abordar o tema gravidez na adolescência;		x	x	x	x		
Implementar as ações no município de distribuição de contraceptivos (preservativos femininos e masculinos, DIU, Diafragma, entre outros);		x	x	x	x		
Distribuir pílula do dia seguinte nas Unidades da Atenção Básica/UPA/Hospital/CTA.		x	x	x	x		
Implementar o Programa de Planejamento Familiar nas Unidades Básicas;		x	x	x	x		
Avaliar quadrimestralmente por meio do SINASC o número de adolescentes grávidas no ano.		x	x	x	x		
Instituir por meio de legislação municipal como mecanismo de utilidade pública com veiculação na mídia (rádio, televisão, shows, sites) informações sobre uso de álcool, meios de contracepções e consequências de gravidez na adolescência.		x	x	x	x		
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência (domiciliar e hospitalar).	Reduzir o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência= 0	0	0	0	0		SISPACTO
Ações:							
Implementar as ações do pré-natal e nascimento com o fortalecimento da Rede Cegonha – SISPRE-Natal;		x	x	x	x		
Garantir a oferta de exames básicos para o pré-natal (urina, glicemia, VDRL, HIV, ultrassonografia...);		x	x	x	x		
Garantir a qualidade na assistência hospitalar no momento do parto;		x	x	x	x		
Investigar oportunamente os óbitos maternos;		x	x	x	x		
Número de testes de HIV realizados.	Aumentar em 15% o número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.	2	2,3	2.6	3,04		PQA-VS
Ofertar pelo menos 2 testes rápidos para as gestantes (1º e 2º trimestre de gravidez);		x	x	x	x		
Realizar teste rápido para as gestantes no momento do parto;		x	x	x	x		
Garantir exame de HIV para (as) os parceiros (as) (Pré-natal do Parceiro);		x	x	x	x		
Garantir exames de HIV para os pacientes de tuberculose;		x	x	x	x		
Ofertar exames de HIV para usuários que buscam o serviço do CTA/SAE;		x	x	x	x		
Garantir oferta de exame de HIV para o público em geral;		x	x	x	x		
Garantir exames ao parceiro no pré-natal;		x	x	x	x		

Número de testes de sífilis por gestante	Garantir no mínimo 3 (três) testes de sífilis por gestante ≥ 3	3	3	3	3		PQA-VS
Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de 1 ano.	Reduzir o número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de 1 ano ≤ 0	0	0	0	0		SISPACTO
Ações:							
Garantir no mínimo 3 (três) testes de sífilis para cada gestante do município;		x	x	x	x		
Aumentar a cobertura de testagem, com a adoção do teste rápido para sífilis no pré-natal.		x	x	x	x		
Monitorar a notificação dos casos de sífilis em gestantes.		x	x	x	x		
Garantir que as 03 Unidades de Saúde da Atenção sejam executoras de teste rápido;		x	x	x	x		
Vigilância Epidemiológica fazer acompanhamento dos casos positivos junto com as Unidades de Saúde notificadoras;		x	x	x	x		
Laboratório Municipal enviar relatório mensal para a Vigilância Epidemiológica acompanhar casos positivos;		x	x	x	x		
Aumentar a cobertura de tratamento adequado nas gestantes com sífilis.		x	x	x	x		
Capacitar profissionais de saúde para realização do teste rápido por meio do TeleLab.		x		x			
Capacitar profissionais dos municípios - no Curso Básico de Vigilância Epidemiológica de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis (CBVE-TV).		x		x			
Publiscizar os protocolos referente os atendimentos as gestantes para médicos e enfermeiros da Atenção Básica, também para profissionais pediatras e obstetras na Unidade Hospitalar pública e privada.		x	x	x	x		
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Aumentar em 2% a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal $\geq 65\%$	65%	66,30%	67,62%	68,97%		PIAMAB (*)
Ações:							
Implementar as ações da Rede Cegonha;		x	x	x	x		
Capacitar todos os profissionais da Atenção Primária e Secundária com ação direta no pré-natal e parto;		x	x	x	x		
Registrar no SISPRENATAL todos os acompanhamentos públicos e privados sobre a gestante;		x	x	x	x		
Sensibilizar estabelecimentos e profissionais privados dos critérios mínimos do pré-natal (exames, acompanhamentos, número de consultas e registro em cartão);		x	x	x	x		

Entregar para as gestantes uma listagem com uma relação de cuidados básicos, materiais a serem levados para o hospital e Cartão da Gestante devidamente preenchido		x	x	x	x		
Implementar a orientação para as gestantes para a utilização do Cartão da Gestante como documento obrigatório a ser apresentado no momento do parto;		x	x	x	x		
Capacitar e sensibilizar os profissionais da rede hospitalar e/ou UBS para a coleta de dados pós parto, por meio do Cartão da Gestante;		x	x	x	x		
Unidade Hospitalar deve adequar ambiente para receber com qualidade os acompanhantes da parturiente;		x	x	x	x		
Equipe hospitalar deve definir um protocolo para receber o acompanhante e garantir acesso no leito hospitalar pós parto, com divisórias de cortinas em sistema de box;		x	x	x	x		
Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida	Ampliar em 5% o número de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida ≥ 50%	52,5%	55,12%	57,87%	60,76%		PMAQ
Aproveitar o momento de realização de vacina para realizar atendimento ao bebe na primeira semana de vida;		x	x	x	x		
Realizar busca ativa dos bebes que não realizarem visita na U.S na primeira semana de vida;		x	x	x	x		
Realizar visita domiciliar para atender recém-nascidos na primeira semana de vida.		x	x	x	x		
Utilizar instituições locais (Conselho Tutelar/Juizado da infância) para sensibilizar famílias quando a equipe esgotar as possibilidades de tentativas de oferta de serviços, visto que e a família negligencia serviços de prevenção de saúde (imunização, entre outros).		x	x	x	x		
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	Investigar 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).	100%	100%	100%	100%		SISPACTO PIAMAB
Ações: Na ocorrência de óbitos fora do domicílio o setor responsável pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) deverá solicitar para a SMS de ocorrência dados para inserção em tempo oportuno no SIM.		x	x	x	x		
Inserir dados de óbitos oportunamente no SIM.		x	x	x	x		
Sensibilizar equipes da Atenção Básica quanto os prazos máximos para investigar e preencher os formulários referentes aos óbitos para inserção no SIM em tempo oportuno;		x	x	x	x		
Proporção de óbitos infantil e fetal com investigação domiciliar e hospitalar	Investigar 100% dos óbitos infantil e fetal (domiciliar e hospitalar)	100%	100%	100%	100%		Municipal

Ações: Capacitar os profissionais de saúde para a vigilância dos óbitos infantis e fetais.		x	x	x	x		
Constituir Grupos Técnicos para análise das investigações de óbitos.		x	x	x	x		
Proporção de óbitos não fetal e infantil por causas definidas e mal definidas, com investigação domiciliar e hospitalar.	Investigar 100% dos óbitos não fetal infantil (domiciliar e hospitalar)	100%	100%	100%	100%		Municipal
Ações: Capacitar os profissionais de saúde para a vigilância dos óbitos infantis e fetais.		x	x	x	x		
Reestruturar o Grupo Técnico para análise das investigações de óbitos.		x	x	x	x		
Taxa de mortalidade infantil	Reduzir o número de mortalidade infantil ≤ 01 casos	≤ 01	0	0	0		SISPACTO
Ações: Fortalecer as ações Rede Cegonha;		x	x	x	x		
Garantir a captação precoce (1º trimestre) da gestante por meio do trabalho do ACS para a participação no pré-natal;		x	x	x	x		
Reestruturar o Grupo Técnico municipal para avaliação de óbitos.		x	x	x	x		
Registrar em prontuários todas as orientações e ações negligenciadas quanto ao autocuidado e cuidado com o bebê		x	x	x	x		

Diretriz (SISPACTO) - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

Objetivo - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				RECURSOS R\$
		2018	2019	2020	2021	
Ações de matriciamento de Centros de Atenção Psicossocial	Realizar ações de matriciamento da Saúde Mental com a Atenção Básica no mínimo 1 por mês	12	12	12	12	SISPACTO
Ações:		x	x	x	x	

Manter cronograma de atividades de matriciamento de Saúde Mental junto com as equipes da Atenção Básica;						
Capacitar profissionais para matriciamento (identificação de usuários e de ações de intervenções);		x	x	x	x	
Fortalecer o diagnóstico e acompanhamento de usuários do SUS pela equipe da Atenção Primária;		x	x	x	x	
Desenvolver projetos intersetoriais e estabelecer parcerias com outras instituições para desenvolver ações de combate às drogas (polícias/Conselho Tutelar/Assist. Social/Câmara de veradores/entre outros).		x	x	x	x	
Sensibilizar as equipes de saúde para utilizar protocolos para atendimentos aos usuários de crack e outras drogas;		x	x	x	x	
Promover discussão com escolares sobre crack e outras drogas;		x	x	x	x	
Rede de Atenção Psicossocial	Atualizar anualmente o Plano da RAPS	1	1	1	1	Municipal
Ações:						
Atualizar plano municipal de RAPS;		x	x	x	x	
Participar ativamente da Rede Regional e Estadual de Atenção Psicossocial;		x	x	x	x	
Realizar e/ou participar de capacitação para atualização da RAPS;		x	x	x	x	
Criar sistema de geração de renda, para reintegrar a população pertencentes as ações psicossociais;		x	x	x	x	

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

Objetivo - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				RECURSOS R\$
		2018	2019	2020	2021	
Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) (SISPACTO)	Reduzir em 2% o número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) ≤ 16 ano de 2016.	15,68%	15,36%	15,05%	14,75%	SISPACTO

Ações: Ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família;	x	x	x	x	
Atuar com grupo de risco para atividades físicas alternativas;	x	x	x	x	
Disponibilizar medicações básicas para a população;	x	x	x	x	
Ofertar exames básicos para controle e acompanhamento aos usuários;	x	x	x	x	
Definir para as áreas descobertas as referências para atendimento a população como porta de entrada;	x	x	x	x	
Utilizar os espaços da Academia da Saúde para desenvolver ações com grupos definidos e organizados pelas Unidades de Saúde;	x	x	x	x	
Realizar ações de promoção em saúde para a orientação do Autocuidado (alimentação saudável/atividades físicas...);	x	x	x	x	

Diretriz (SISPACTO) – 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 - Fortalecer a promoção em saúde e reduzir dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção de vigilância em saúde.

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				RECURSOS R\$
		2018	2019	2020	2021	
Proporção de vacinas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos	Garantir a proporção de vacinas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos $\geq$ 100%	100%	100%	100%	100%	SISPACTO PQA-VS
Proporção de vacinas contra influenza “Campanhas”	Garantir a proporção de vacinas da influenza $\geq$ 80%	80%	80%	80%	80%	Municipal
Cobertura vacinal em tetravalente em menor de 1 ano de idade	Garantir a cobertura vacinal em tetravalente em menor de 1 ano de idade $\geq$ 95%	95%	95%	95%	95%	PIAMAB
Ações: Aproveitar oportunidades da vinda do usuário na Unidade para vacinação e atualização;		x	x	x	x	

Oportunizar eventos (Feira de Saúde/Ações empresariais) da saúde para imunizar as crianças e população em geral;		x	x	x	x	
Manter arquivo de vacina da Unidade de Saúde preenchido e organizado;		x	x	x	x	
Fazer busca ativa de crianças faltosas através do ACS/ACE;		x	x	x	x	
Utilizar informações do SINASC para identificar as mães, endereço e data do parto para realizar a busca ativa;		x	x	x	x	
Utilizar na visita domiciliar mensal do ACS para avaliar o cartão sombra para orientação e atualização dos cartões;		x	x	x	x	
Registrar primeiro a vacina a ser aplicada no mapa de registro, depois no cartão da pessoa e da Unidade, depois fazer a vacina;		x	x	x	x	
Realizar as vacinas nas crianças conforme o calendário vacinal em tempo oportuno;		x	x	x	x	
Captar crianças faltosas nas atividades de pesagem do PBF, PSE entre outras ações pertinentes;		x	x	x	x	
Verificar situação vacinal em escolares		x	x	x	x	
Cadastrar no SI-PNI uma sala de vacina em cada Unidade de Saúde da Família;		x	x	x	x	
Manter atualizado o cadastro de cada sala de vacina municipal;		x	x	x	x	
Alimentar diariamente/mensalmente o SI-PNI com as imunizações realizadas;		x	x	x	x	
Proporção de Salas de Vacinas com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de imunizações (SPNI), por município.	Manter /ampliar o número de Salas de Vacinas com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de imunizações (SPNI) $\geq 80\%$	80%	80%	80%	80%	PQA-VS
Ações: Cadastrar todas as Salas de vacina do município no SIPNI;		x	x	x	x	
Manter sala de Vacina estruturada com equipamentos/materiais necessários em cada Unidade da Atenção Básica;		x	x	x	x	
Alimentar diariamente as informações de imunizações nos sistemas de informações correspondentes;		x	x	x	x	
Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina $\geq 80\%$	80%	80%	80%	80%	Municipal

Ações: Realizar inquérito canino, para identificação do número de cães e gatos do município por meio de visitas domiciliares do ACS e ACE;		x	x	x	x	
Definir pontos estratégicos para imunização;		x	x	x	x	
Definir equipe volante para divulgação e imunização na zona rural;		x	x	x	x	
Divulgar na mídia a importância da vacinação canina em tempo oportuno;		x	x	x	x	
Estabelecer parcerias com INDEA; Secretaria Municipal de Agricultura, igrejas, escolas entre outras sobre a campanha da vacina;		x	x	x	x	
Disponibilizar transporte para a execução da imunização, principalmente na zona rural;		x	x	x	x	
Garantir EPIs para as equipes (luva, corda, flocos...);		x	x	x	x	
Criar estratégias para imunizar os cães soltos na rua e identifica-los como vacinados;		x	x	x	x	
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera $\geq 75\%$	75%	75%	75%	75%	PIAMAB
Ações: Realizar no mínimo uma campanha anual para detecção de casos de tuberculose;		x	x	x	x	
Alimentar oportunamente no “livro verde” os casos suspeitos e confirmados de Tuberculose nas unidades de Saúde;		x	x	x	x	
Manter a descentralizar para as Unidades de saúde a detecção, tratamento e acompanhamento dos pacientes de Tuberculose;		x	x	x	x	
Garantir exames de baciloscopia para diagnóstico e acompanhamento mensal;		x	x	x	x	
Aumentar o número de tratamento diretamente observado de caso novo pulmonar positivo de Tuberculose;		x	x	x	x	
Ofertar o exame de HIV para todos os pacientes suspeitos e/ou diagnosticado com tuberculose;		x	x	x	x	
Realizar notificação de todos os pacientes diagnosticados com tuberculose para garantir acesso a medicação disponibilizada pelo Ministério da Saúde;		x	x	x	x	
Registrar e avaliar os contatos de casos novos de tuberculose;		x	x	x	x	
Ampliar a taxa de tratamento de DOTS para pacientes de tuberculose.		x	x	x	x	
Capacitar profissionais para diagnóstico e tratamento de Tuberculose.		x	x	x	x	
Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com	Realizar avaliação contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com	70%	70%	70%	70%	PQA-VS

confirmação laboratorial	confirmação laboratorial $\geq 70\%$					
Ações:						
Examinar os contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose, dentre os registrados;		x	x	x	x	
Realizar os tratamentos preventivos preconizados.		x	x	x	x	
Realizar vinculações das transferências intramunicipais dos casos de tuberculose;		x	x	x	x	
Registrar atendimentos em Livros de registro específicos;		x	x	x	x	
Garantir exame anti-HIV para os pacientes com Tuberculose confirmados;		x	x	x	x	
Notificar pacientes e alimentar o SINAN mensalmente;		x	x	x	x	
Garantir encaminhamentos de exames e serviços complementares nas referências;		x	x	x	x	
Capacitar profissionais para diagnóstico e tratamento de Tuberculose.		x	x	x	x	
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.	Ampliar a proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação $\geq 80\%$	80%	80%	80%	80%	SISPACTO PQA-VS
Ações:						
Acompanhar a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública;		x	x	x	x	
Atender as especificações da Portaria nº 204/2016 quanto prazo por tipo de notificação;		x	x	x	x	
As unidades notificadoras devem enviar semanalmente as fichas de notificação para a Vigilância Epidemiológica;		x	x	x	x	
Alimentar diariamente o SINAN;		x	x	x	x	
Enviar semanalmente os lotes do SINAN ao ERS Juína.		x	x	x	x	
Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho notificados.	Número de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho notificados. $\geq 90\%$	90%	90%	90%	90%	SISPACTO PQA-VS
Ações:						
Capacitar profissionais notificadores de saúde do trabalhador;		x	x	x	x	
Garantir que a Unidade Sentinela (PA) preencha todos os campos de notificações;		x	x	x	x	
Garantir que as Unidades de Saúde notifiquem doenças relacionadas ao trabalho (DORT, LER, Saúde Mental, entre outros) com campo de ocupação preenchido;		x	x	x	x	

Alimentar diariamente o SINAN.		x	x	x	x	
Aumentar a número de notificações de doenças e agravos relacionados com o trabalho nas Unidades Sentinelas;		x	x	x	x	
Aumentar o número de notificação de casos de intoxicação exógena por agrotóxico relacionada ao trabalho do ano atual em relação ao ano anterior;		x	x	x	x	
Sensibilizar as equipes da Atenção Básica/Secundária para notificação de agravos relacionados ao trabalho (Centro de Reabilitação/Hospital Municipal/Unidades Saúde da Família).		x	x	x	x	
Percentual de ações de vigilância sanitária realizadas no município	Percentual de ações de vigilância sanitária realizadas no município $\geq 100\%$	100%	100%	100%	100%	SISPACTO
Ações: Manter o Código Sanitário Municipal atualizado.		x	x	x	x	
Manter a integração do Código Sanitário e Código de postura municipal para homogeneidade das ações;		x	x	x	x	
Assumir gradativamente as inspeções sanitárias que estão sob a responsabilidade do Estado conforme processo de descentralização;		x	x	x	x	
Utilizar recursos do Ministério da Saúde destinados a VISA para as ações em nível estratégicos e estruturantes;		x	x	x	x	
Manter a equipe mínima da VISA, sendo um profissional de nível superior, preferencialmente, concursado;		x	x	x	x	
Realizar educação permanente referente os serviços ofertados pela VISA;		x	x	x	x	
Capacitar profissionais relativas aos processos de descentralização de serviços.		x		x		
Instrumentalizar a equipe da VISA para realizar as ações necessárias (equipamentos, materiais e logísticas);		x	x	x	x	
Instituir equipe de processo Administrativo Sanitário com termos e legislação que ampare as ações;		x	x	x	x	
Garantir que as instâncias julgadoras do Processo Administrativo Sanitário sejam atuantes quando necessário;			x		x	
Conhecer e manter atualizado o cadastro de todos os estabelecimentos de saúde e interesse a saúde do município;		x	x	x	x	
Manter cadastros dos estabelecimentos de saúde homogêneos com o Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).		x	x	x	x	

Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos ≤ 0	0	0	0	0	SISPACTO
Ações: Captar precocemente (1º trimestre) as gestantes no pré-natal;		x	x	x	x	
Garantir os exames básicos para o pré-natal às gestantes;		x	x	x	x	
Realizar testes rápidos no momento do parto na Unidade de referencia (PPI);		x	x	x	x	
Utilizar protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde;		x	x	x	x	
Número de indivíduos residentes, maiores de 15 anos, infectados pelo HIV e virgens de tratamento antirretroviral, com contagem inicial de CD4 abaixo de 200 cel/mm3.	Número de indivíduos residentes, maiores de 15 anos, infectados pelo HIV e virgens de tratamento antirretroviral, com contagem inicial de CD4 abaixo de 200 cel/mm3 ≤ 0	0	0	0	0	Municipal
Ações: Garantir a oferta do teste rápido de HIV;		x	x	x	x	
Descentralização para realização de teste rápido para as Equipes da Atenção Básica;		x	x	x	x	
Atividades educativas em escolas, comunidade em geral;		x	x	x	x	
Distribuição de preservativos em Unidades de Saúde e festividades;		x	x	x	x	
Parceria com empresas para realização de teste rápido;		x	x	x	x	
Coleta de exames básicos trimestralmente triglicerídeos, glicose, TGO, TGP , entre outros.		x	x	x	x	
Implantar uma sala de coleta para CD4CD8, Hepatites virais, sífilis		x	x	x	x	
Número de testes sorológicos anti-HCV realizados	Ampliar em 10% o número de testes sorológicos anti-HCV realizados realizado em 2017: 258 de 01/01/17 a 30/09/17	≥ 283	≥ 312	≥ 343	≥ 377	Municipal
Oferta de teste rápidos nas Unidades da Atenção Básica e Unidades da Atenção Especializada;		x	x	x	X	
Garantir coleta e oferta de exames complementares para diagnóstico;		x	x	x	X	
Garantia de entrega de medicamentos aos usuários no CTA/SAE – referencia;		x	x	x	X	
Realizar notificações e inserções no SINAN;		x	x	x	X	
Informar no SAI a produção ambulatorial dos procedimentos de exames e coleta;		x	x	x	X	
Realizar ações educativas no Dia (D) – 28 de julho;		x	x	x	x	
Ofertar e distribuir Preservativos ;		x	x	x	x	

Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes $\geq 90\%$	90%	90%	90%	90%	SISPACTO PIAMAB
Ações: Detectar casos novos de hanseníase;		x	x	x	x	
Notificar os casos novos de hanseníase em tempo oportuno, informando no SINAN com garantia de recebimento de medicação a ser disponibilizado para os usuários;		x	x	x	x	
Tratar os casos novos diagnosticados de hanseníase, conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde;		x	x	x	x	
Atualizar os dados do boletim de acompanhamento de hanseníase no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).		x	x	x	x	
Preencher devidamente Livros de controle para gerenciamento de medicação		x	x	x	x	
Avaliar grau de incapacidade física no diagnóstico dos casos novos de hanseníase e na avaliação da alta do usuário pelo Centro de Reabilitação.		x	x	x	x	
Garantir a contra-referência do Centro de Reabilitação às Unidades quanto ao grau e incapacidade dos usuários avaliados;		x	x	x	x	
Capacitação para os profissionais do Centro de Reabilitação sobre hanseníase;			x		x	
Capacitar profissionais para diagnóstico e tratamento de Hanseníase.			x		x	
Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	Ampliar o percentual de exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase. $\geq 80\%$	80%	80%	80%	80%	PQA-VS
Ações: Examinar os contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase, dentre os registrados;		X	X	X	X	
Realizar vinculações das transferências intramunicipais dos casos de hanseníase;		X	X	X	X	
Realizar os tratamentos preventivos preconizados.		X	X	X	X	
Realizar busca ativa dos contatos resistentes à avaliação;		X	X	X	X	
Número absoluto de Chagas no município	Reduzir o número de caso de Chagas no município	0	0	0	0	Municipal
Ações: Oferta de exames Elisa IGG e IGM para Chagas;		x	x	x	x	
Realizar ações de bloqueios do triatomíneo “barbeiro”;		x	x	x	x	

Investigação de casos notificados;		x	x	x	x	
Realização de controle vetorial de Chagas;		x	x	x	X	
Coleta de besouros vivos para avaliação de inseto contaminado;		x	x	x	x	
Sensibilização da comunidade por meio de palestras e atividades educativas;		x	x	x	x	
Confecção de boletim epidemiológico bimestral;		x	x	x	x	
Capacitar profissionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de Chagas.		x	x	x	x	
Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral ≤ 0	0	0	0	0	Municipal
Ações:						
Notificar todos os casos identificados no SINAN;		x	x	x	x	
Solicitar medicação, conforme especificação médica, pelo SIES;		x	x	x	x	
Capacitar profissionais da Atenção primária e secundária para diagnóstico e tratamento em tempo oportuno;		x	x	x	x	
Encerrar oportunamente o caso com inserção de dados no SINAN;		x	x	x	x	
Identificar focos através de levantamento entomológico e realizar bloqueio;		x	x	x	x	
Capacitar profissionais para a realização de levantamento entomológico;			x		x	
Utilizar protocolos para tratamento dos casos identificados;		x	x	x	x	
Garantir exame anti-HIV realizados entre os casos novos de Leishmaniose e registrar no SINAN.		x	x	x	x	
Número de casos autóctones de malária	Reduzir anualmente em 0,5% o número de casos autóctones de malária	0	0	0	0	SISPACTO
Ações:						
Reduzir anualmente 0,5% a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária mantendo sempre $\leq 3,00$;		x	x	x	x	
Manter o SISLOCALIDADE atualizado conforme identificação de mudança de localidades;		x	x	x	x	
Alimentar SIVEP Malária sempre que houver notificação de casos (suspeitos e positivos);		x	x	x	x	
Manter as equipes estruturadas e equipadas para ações estratégicas e intervenções necessárias;		x	x	x	x	
Atuar rotineiramente em pontos estratégicos com potencial de foco de malária;		x	x	x	x	
Identificar e investigar casos reincidente individual e/ou coletivos;		x	x	x	x	

Fazer doses supervisionadas de pacientes reincidentes, para acompanhar o tratamento completo;		x	x	x	x	
Fazer busca ativa de casos febril através do Guarda Epidemiológico, principalmente nos lugares com focos (garimpos, assentamentos...);		x	x	x	x	
Manter em alerta equipe volantes para trabalhos estratégicos;		x	x	x	x	
Articular ações entre os entes federados intermunicipal e interestadual na identificação de focos e eliminação dos mesmos;		x	x	x	x	
Identificar, notificar e tratar os casos em tempo oportuno;		x	x	x	x	
Garantir a distribuição dos medicamentos, conforme esquema específico, por meio das notificações inseridas no SIVEP Malária;		x	x	x	x	
Enviar TODAS as lâminas (positivas e negativas) ao ERS Juína para controle de qualidade (laboratórios particulares e públicos);		x	x	x	x	
Monitorar regularmente o estoque de medicamentos e insumos e sua validade, assim como a solicitação, por meio do SIES;		x	x	x	x	
Manter a atualização do cadastro do responsável pelo acesso ao SIES;		x	x	x	x	
Na identificação de casos, agilizar o bloqueio para redução de casos;		x	x	x	x	
Registrar nas laminas BA – para as laminas de busca ativa e para as laminas de demanda espontânea o nº de sequencia de busca passiva (sequencial de 1, 2...);		x	x	x	x	
Coordenação de Vigilância deve realizar semanalmente um monitoramento sobre as lâminas realizadas;		x	x	x	x	
Utilizar dados do SIVEP Malária para planejamento estratégico de ações de intervenção;		x	x	x	x	
Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento adequado até 48 hs (quarenta e oito horas) a partir do início dos sintomas.	Iniciar tratamento adequado para malária até 48 hs (quarenta e oito horas) a partir do início dos sintomas.	70%	70%	70%	70%	PQA-VS
Ações:						
Capacitar microscopista para identificação de casos de malária;		x		x		
Sensibilizar as Equipes da Atenção Primária para identificação de casos e encaminhamento oportuno para a referência laboratorial, principalmente no acolhimento;		x	x	x	x	
Manter um laboratório estruturado e equipado, como referencia para a população, para coleta de lâminas e realização de exames no espaço e tempo oportuno;		x	x	x	x	
Realizar exames em tempo oportuno, para início de tratamento;		x	x	x	x	
Utilizar protocolo clínico para tratamento da Malária.		x	x	x	x	

Garantir leito em unidade hospitalar, para tratamento e observação dos usuários com casos graves;		x	x	x	x	
Identificar , notificar e tratar os casos em tempo oportuno;		x	x	x	x	
Garantir a distribuição dos medicamentos, conforme esquema específico, por meio das notificações inseridas no SIVEP Malária;		x	x	x	x	
Monitorar regularmente o estoque de medicamentos e insumos e sua validade, assim como a solicitação, por meio do SIES;		x	x	x	x	
Número absoluto de óbitos por dengue	Reduzir o número absoluto de óbitos por dengue ≤ 1	0	0	0	0	Municipal
Ações:						
Coletar dados do SISLOCALIDADE para identificar o número ideal de Agentes de Combate as Endemias para atuar no controle e combate a Dengue;		x	x	x		
Capacitar profissionais ACE, Supervisor de campo; Coordenação de área para atuar no controle e combate a Dengue;		x		x		
Definir e capacitar profissional para realizar identificação de larvas e alimentação do SISPNCD;		x				
Atualizar anualmente e executar o Plano de Contingência da Dengue, com discussão e compreensão de todos os integrantes da equipe da Vigilância e Atenção Básica;		x	x	x	x	
Inserir ACE nas equipes da Atenção Básica conforme Portaria 1707/2010 e atuar em áreas adstritas da ESF;		x	x	x	x	
Monitorar regularmente o estoque de medicamentos e insumos e sua validade, assim como a solicitação, por meio do SIES;		x	x	x	x	
Manter a atualização do cadastro do responsável pelo acesso ao SIES;		x	x	x	x	
Capacitar todos os profissionais da Atenção Primária e Média Complexidade para identificação de casos e diagnóstico e tratamento em tempo oportuno;		x	x	x	x	
Na identificação de casos, agilizar o bloqueio para redução de casos;		x	x	x	x	
Garantir leito em unidade hospitalar, para tratamento e observação dos usuários com casos graves;		x	x	x	x	
Identificar, notificar e tratar os casos em tempo oportuno;		x	x	x	x	
Equipe da Atenção Básica acompanhar os resultados dos exames laboratoriais juntamente com a equipe da Vigilância Epidemiológica;		x	x	x	x	
Garantir a oferta de testes rápidos para Dengue;		x	x	x	x	

Realizar coletas para isolamento viral;		x	x	x	x	
Garantir leitos de observação para soroterapia nas unidades da Atenção primária;		x	x	x	x	
Seguir protocolo clínica da Dengue para oportunamente identificar os casos e consequentemente o garantir tratamento;		x	x	x	x	
Desenvolver ações em parcerias com a Vigilância Sanitária para atividade de ações educativas sobre a Dengue;		x	x	x	x	
Estabelecer parcerias com escolas, creches, igrejas entre outros para atividades de promoção a saúde;		x	x	x	x	
Mobilizar a sociedade, aproveitando a realização de audiências públicas trimestrais obrigatórias da saúde;		x	x	x	x	
Elaborar boletim epidemiológico bimestralmente, sobre a Dengue;		x	x	x	x	
Estabelecer parcerias com rádios, TV e mídias em geral sobre a importância do controle e combate a Dengue com definição de calendário para notificação da população do número de casos atuais.		x	x	x	x	
Fixação de outdoors em pontos estratégicos com dados estatísticos de número de casos de DENGUE;		x	x	x	x	
Garantir estruturação e material (formulários, bolsas, uniformes, protetor solar...) necessário para a atuação da equipe de Agentes de Combate as Endemias;		x	x	x	x	
Garantir a manutenção dos equipamentos para a continuidade das ações (carros, bombas, motocicletas...);		x	x	x	x	
Oportunizar o trabalho do PSE nas escolas e desenvolver palestras/ações sobre Dengue;		x	x	x	x	
Número de ciclos que atingiram no mínimo 80% de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Atingir no mínimo 80% de imóveis visitados para controle vetorial da dengue em pelo menos 5 ciclos dos 6 ciclos preconizados $\geq 80\%$	80%	80%	80%	80%	SISPACTO PQA-VS
Ações:						
Homogeneizar o número de imóveis por ACE para atuar nas áreas;		x	x	x	x	
Manter a integração dos ACE nas Equipes Saúde de Família;		x	x	x	x	
Alimentar diariamente o e-SUS com informações de cadastros e visitas;		x	x	x	x	
Estabelecer parceria com a VISA notificação e aplicação de multas para casas com identificação de focos e/ou reincidentes;		x	x	x	x	

Divulgar número de telefone para denúncias de focos de Dengue;		x	x	x	x	
Divulgar o site de ouvidoria municipal para denúncias;		x	x	x	x	
Resgatar Lei Municipal de aplicação de multa para casos de focos e/ou reincidência de focos de Dengue;		x	x	x	x	
Manter o Código Sanitário Municipal atualizado e em consonância com o Código de Postura do município;		x	x	x	x	
Alimentar semanalmente o SISPNCd;		x	x	x	x	
Manter SISLOCALIDADE atualizado;		x	x	x	x	
Proporção de tratamentos Soroterápicos incorretos dos acidentes com Animais Peçonhentos	Reduzir em 5% a proporção de tratamentos soroterápicos incorretos dos acidentes com Animais Peçonhentos	5%	4%	3%	2%	Municipal
Ações:						
Notificar as ocorrências de acidentes de animais peçonhentos no SINAN;		x	x	x	x	
Registrar soro aplicado no SIPNI;		x	x	x	x	
Controlar estoques de entradas e saídas de soros por meio do SIES.		x	x	x	x	
Utilizar protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde;		x	x	x	x	

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

Objetivo - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento.

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				FONTE RECURSOS R\$	PROGRAMA/ PROJETO
		2018	2019	2020	2021		
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Ampliar 5% a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez $\geq$ 75%	75%	80%	85%	90%		SISPACTO

Proporção de análises realizadas para o parâmetro Coliformes Totais em água para consumo humano.	Realizar, pelo menos, 90% do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais.	90%	90%	90%	90%		PQA-VS
Ações:		x	x	x	x		
Adquirir Turbidímetro para a Vigilância Sanitária;		x	x	x	x		
Adquirir Clororímetro para a Vigilância Sanitária;		x	x	x	x		
Alimentar e operacionalizar rotineiramente o SISAGUA;		x	x	x	x		
Atualizar o cadastro no SISAGUA até dia 30/03 de cada ano;		x	x	x	x		
Implantar Laboratório Regional de Análise de água;		x	x	x	x		
Estabelecer agenda e cotas de amostras de água dos municípios da Regional de Saúde de Juína, para análise de coliformes fecais;		x	x	x	x		
Pactuar número e exames e contrapartida financeira com os municípios através da Comissão Intergestora Regional – CIR;		x	x	x	x		

Diretriz (SISPACTO) – 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 – Operacionalizar e alimentar oportunamente os sistemas de informação do SIM, SINAN e SINASC

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				RECURSOS R\$
		2018	2019	2020	2021	
Proporção de registro de óbitos alimentados no SIM em até 60 dias do final do mês de ocorrência	Aumentar o número de registros de óbitos alimentados no Sistema de Mortalidade (SIM) até 60 dias do final do mês de ocorrência ≥ 90%	90%	90%	90%	90%	PQA-VS
Ações:		x	x	x	x	
Alimentar regularmente e oportunamente o Sistema de Informação de Óbitos – SIM;		x	x	x	x	
Fazer retroalimentação do SIM mensalmente para atualização de dados;		x	x	x	x	
Preencher os resultados das investigações de óbitos no sistema online independente da localização do óbito (residência/ocorrência);		x	x	x	x	
Capacitar as equipes para o preenchimento completo das D.Os		x	x	x	x	

Exportação de mensal de lotes ao Ministério da saúde;		x	x	x	x	
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Ampliar a proporção de D.O com campo causa básica definida	100%	100%	100%	100%	SISPACTO
Ações:						
Reestruturar o Comitê de Morte Materna;		x		x		
Capacitar as equipes para o preenchimento completo das D.Os		x	x	x	x	
Reduzir proporção de DO com campo causa básica em branco;		x	x	x	x	
Solicitar dos municípios de ocorrências as informações e o preenchimento completo das D.Os		x	x	x	x	
Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em até 60 dias do final do mês de ocorrência	Aumentar o número de registros de nascidos vivos alimentados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) até 60 dias do final do mês de ocorrência ≥ 90%	90%	90%	90%	90%	PQA-VS
Ações:						
Alimentar regularmente e oportunamente o Sistema de Informação de Nascidos Vivos -SINASC;		x	x	x	x	
Suporte da SMS para deslocamento do técnico p/ alimentação oportuno do registro de nascidos vivos;;		x	x	x	x	
Número de semanas epidemiológicas com informação no SINAN	Enviar pelo menos 50 semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou surto) no período de um ano.	50 lotes	50 lotes	50 lotes	50 lotes	PQA-VS
Ações:						
As notificações de Dengue e investigação devem ser inseridas periodicamente no sistema online (SINAN DENGUE);		x	x	x	x	
Realizar fluxos de retorno e complementar o processo de investigação;		x	x	x	x	
Enviar semanalmente lotes positivos e/ou negativos ao ERS		x	x	x	x	
Na formação de lotes deve se considerar todas as unidades independentes de haver ou não notificações de agravos de Semana Epidemiológica;		x	x	x	x	
Realizar encerramento oportuno conforme portaria nº 1271 de 06/06/2014		x	x	x	x	
Os agravos de MH e TB nas alimentações das fichas de investigação/acompanhamento devem ser concomitantes;		x	x	x	x	

Diretriz - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Objetivo - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS como estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS e qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				RECURSOS R\$
		2018	2019	2020	2021	
Percentual de serviços farmacêuticos da Atenção Básica com Sistema HORUS implantado no município	Manter/Implantar serviços farmacêuticos da Atenção Básica com Sistema HORUS implantado no município $\geq 100,00\%$	100%	100%	100%	100%	Qualifar-SUS
Ações: Manter adesão ao sistema HORUS da Atenção Básica;		x	x	x	x	
Capacitar profissionais Farmacêuticos responsáveis para Serviços farmacêuticos na Atenção Básica com a operacionalização do HORUS;		x		x		
Instalar em todas as Unidades Descentralizadas da Farmácia Básica Municipal que dispensam medicamentos da Atenção Básica um equipamento com o sistema de informação HORUS/e-SUS;			x	x	x	
Proporção de serviços farmacêuticos da Atenção Básica estruturados no município	Ampliar/Manter o número de serviços farmacêuticos da Atenção Básica estruturados no município $\geq 100\%$	100%	100%	100%	100%	Municipal
Ações: Manter profissional farmacêutico como RT pela Farmácia Básica;		x	x	x	x	
Aderir ao Programa Ministerial Qualifar-SUS;		x	x	x	x	
Cadastrar Farmácia Básica na Vigilância Sanitária Estadual;		x	x	x	x	
Manter o cadastro da Farmácia Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;		x	x	x	x	
Implantar e operacionalizar o HORUS;		x	x	x	x	

Diretriz – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Objetivo - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				
		2018	2018	2020	2021	RECURSOS R\$
Proporção de ação de educação permanente realizada e/ou implementada	Proporção de ação de educação permanente realizada e/ou implementada	50%	50%	50%	50%	Municipal
Ações:						
Elaborar Plano Municipal de Educação Permanente Municipal - PAMEPS;		x		x		
Estabelecer parcerias com a Secretaria de Educação para certificação das capacitações municipais;		x	x	x	x	
Definir estrategicamente profissionais para participar de Oficinas/Capacitações ofertadas pela Secretaria de Estado de Saúde e/ou Ministério da Saúde;		x	x	x	x	
Definir no estatuto do servidor, critérios e prazos (formulários/declaração/termo) para a multiplicação das capacitações e/ou responsabilidades com a execução das ações mediante conhecimento adquirido.			x			
Participar da CIES ERS Juína;		x	x	x	x	
Utilizar a Teleducação como ferramenta de capacitação, treinamento, informação e formação dos profissionais;		x	x	x	x	
Utilizar as teleconsultorias para ampliar conhecimento e reduzir incertezas profissionais;		x	x	x	x	
Estabelecer parceria com o ERS Juína para treinamentos, capacitações e atualizações dos profissionais;		x	x	x	x	

Diretriz - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				RECURSOS R\$
		2018	2019	2020	2021	
Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	Confeccionar e enviar o Plano Municipal de Saúde do período de 2018-2021 ao Conselho Nacional de Saúde	01	01	01	01	Municipal
Ações: Participar da capacitação do ERS Juína sobre a confecção do PMS;		x	x	x	x	
Discutir com as equipes municipais envolvendo todas as áreas, assim como Administração e Finanças para elencar ações/procedimentos as serem contemplados no Plano Municipal de Saúde;				x	x	
Realizar Oficinas com as equipes de Saúde, Educação, Assistência Social para definir estratégias de ação para compor o PMS;				x	x	
Aproveitar as Audiências públicas trimestrais para obter sugestões da comunidade em geral;				x	x	
Utilizar o PPA para a confecção do Plano Municipal de Saúde;					x	
Confeccionar a Programação Anual de Saúde a partir do PMS;		x	x	x	x	
Revisar anualmente o PMS através da atualização da Programação Anual de Saúde e novos programas/projetos do Ministério da Saúde/Estado;		x	x	x	x	
Resgatar na confecção do PMS e PAS os Planos Específicos de Projetos (Dengue, Malária, VISA).				x	x	
Conselho de Saúde cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS	Conselho de Saúde cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS	01	01	01	01	Municipal
Ações: Sensibilizar os Conselheiros Municipais de Saúde para a importância do cadastro do Conselho Municipal de Saúde no SIACS;		x	x	x	x	
Cadastrar o Conselho Municipal de Saúde No SIACS;		x	x		x	
Manter atualizada as informações do CMS no SIACS;		x	x	x	x	
Repassar as informações enviadas pelo SIACS para os Conselheiros nas reuniões do CMS;		x	x	x	x	
Capacitar Conselheiros Municipais de Saúde;		x		x		
Conferencia Municipal de Saúde	Realizar Conferencia Municipal de Saúde				01	Municipal

Realizar chamamento da população e entidade para participação da Conferencia;					x	
Cumprir as diretrizes da Lei 8080/90					x	
Cumprir as diretrizes da Lei 7508/2011					x	
Cumprir as diretrizes da Lei 8.142/90					x	
Audiências Públicas	Realizar 03 audiências públicas no ano (Abril, Agosto e Dezembro)	03 audiências	03 audiências	03 audiências	03 audiências	Municipal
Ações: Realizar as audiências (Cumprimento da Lei 141/2012);		x	x	x	x	

Diretriz – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Objetivo – Qualificar os instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

INDICADOR/AÇÕES	META	PERÍODO				RECURSOS R\$
		2018	2019	2020	2021	
Número de Ouvidoria Implantada no município	Número de Ouvidoria Implantada no município 01	01	01	01	01	Municipal
Ações: Capacitar profissional para atuar como ouvidor municipal;		x		x		
Numero de alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde	Numero de alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde	01	01	01	01	Municipal
Ações: • Articular parceria com o setor de Compras/Finanças da Prefeitura Municipal e/ou Fundo Municipal de Saúde para alimentação do Banco de preço;		x	x	x	X	
• Cadastrar o município no Banco de Preço;		x				
• Alimentar no mínimo uma vez por ano o sistema do Banco de Preço;		x	x	x	x	
Relatório Anual de Gestão	Relatório aprovado - 01	01	01	01	01	SARGSUS

Ações:					
• Apresentar o Relatório Anual de Gestão para o Conselho Municipal de Saúde;	x	x	x	x	
• Apreciação quadrimestral do CMS das ações de saúde inseridas no RAG;	x	x	x	x	

Recursos: Legenda

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

PIAMAB - PROGRAMA DE INCENTIVO AO ALCANCE DE METAS DA ATENÇÃO BÁSICA, Municipal

Qualifar-SUS - O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS.

PQA-VS - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

SISPACTO - sistema online utilizado para o registro da pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de Saúde

9- Processo de Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e avaliação são instrumentos estratégicos de gestão.

As ações de monitoramento serão desenvolvidas a partir de informações sistematicamente coletadas e analisadas, que permitirão verificar o acompanhamento do cumprimento das prioridades e percentual de alcance dos indicadores definidos no Plano Municipal de Saúde.

O processo de planejamento tem como base diversos referenciais legais e normativos, tais como a Lei nº. 8.080/90, a Lei Complementar nº. 141/2012 e a Portaria nº. 2.135, de 25/09/2013. Esta Portaria, além de institucionalizar o processo de planejamento, indicou os instrumentos responsáveis pela sua operacionalidade, destacadamente o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Na conformidade da regulamentação do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS – este Plano Municipal de Saúde (PMS) será operacionalizado por intermédio das Programações Anuais de Saúde (PAS), que estabelecerão o conjunto de ações necessárias ao alcance dos objetivos e metas aqui definidos, na conformidade das diretrizes preconizadas. Considerando o período de vigência do Plano – quatro anos – a perspectiva é de que as ações empreendidas, na sua maioria, respondam anualmente por, pelo menos, 25% das metas constantes do PMS. Essa apuração deverá ocorrer até o final do primeiro trimestre, relativa ao ano anterior, de forma a possibilitar a conclusão do respectivo Relatório Anual de Gestão – RAG – e sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde, tendo em conta o prazo estabelecido na Lei complementar nº. 141/2012.

A avaliação deve ser entendida como processo permanente de controle de execução do Plano Municipal de Saúde em direção aos objetivos propostos, e ser realizada de forma sistematizada e contínua. Deverá ser realizada a partir dos indicadores estabelecidos no Plano Municipal de Saúde, assinalando os avanços obtidos e as dificuldades encontradas, constituindo-se em elemento fundamental para instrumentalizar as decisões do gestor nas intervenções necessárias.

O monitoramento e avaliação semestral do Plano Municipal de Saúde deverá ser realizado pela equipe da Secretaria Municipal de saúde – Coordenadores e áreas técnicas, com apresentação e discussão no Conselho Municipal de Saúde.

9.1- Planejamento

O planejamento das ações de Saúde e avaliação da realização das ações previstas concretiza a responsabilidade dos gestores pela saúde da população. O processo de planejamento em Saúde envolve os aspectos relativos à organização e gestão do sistema de saúde; as estratégias e metas relacionadas à atenção à saúde; o processo de execução, monitoramento e avaliação das ações.

Para as atividades de planejamento, monitoramento e avaliação a equipe municipal utiliza os seguintes instrumentos:

- Plano Municipal de Saúde;
- Plano Plurianual;
- Documentos e sistema das pactuações
- Relatório de Gestão;
- Relatório Final das Conferencias Municipais de Saúde

Os Sistemas de Informática utilizados para a obtenção de Informação em Saúde que subsidiam o planejamento e a gestão são:

- APAC – Sistema de Captação de Dados
- BDAIH – Banco de Dados de Informações Hospitalares
- BDCNES – Banco de Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde
- BFA – Programa Bolsa Família
- CIH – Comunicado de Internação Hospitalar
- SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
- FPO MAG – Ficha de Programação Orçamentária - Magnética
- BPA MAG – Boletim de Produção Ambulatorial - Magnético
- VERSIA – Sistema de Verificação do SIA SUS
- DEPARA – Sistema de Comparação de cadastro e produção (verificação do SAI e FCES)
- e-SUS AB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- FCES – Ficha de Cadastro de Estabelecimento de saúde – CNES
- FORMSUS – Sistema de Criação de Formulários Fórum do Ministério da Saúde
- FPO – Sistema de Programação Orçamentária dos Estabelecimentos de Saúde

- PC-FAD – Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue
- PNI – sistema de Informações de Avaliação do Programa Nacional de Imunização
- SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar
- SIHD - Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
- SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
- SBA – Sistema do Bolsa Alimentação
- SISAB – Sistema de informações em Saúde para Atenção Básica
- SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
- SINAN NET – Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
- SINAN /DENGUE – Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação/Dengue
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SISVAN – Sistema de Informação Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
- SINAVISA – Sistema de Informação Nacional de Vigilância Sanitária
- SCNES – Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- SI-API – Sistema de Informações de Avaliação do Programa Nacional de Imunização
- CADSUS – Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS
- CNS Cadastro – Cadastro do Cartão Nacional de Saúde
- SIOPS – Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde
- SISFAD – Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue
- SILTB – Sistema de Informações da Tuberculose
- SISLOC – Sistema de Informações de Localidades
- SIVEP/Malaria – Sistema de Informação sobre Vigilância Epidemiológica - Malária
- SISPACTO – Sistema de Informação dos indicadores de Saúde
- SISPPI – Sistema de Programação Pactuada Integrada
- SISREG III – Sistema de Regulação
- SARG SUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
- SISHIPERDIA – Sistema de informação Hipertensão e Diabetes
- GAL – Registro Laboratorial
- SISPRENATAL WEB – Sistema de Informação de Pré-natal
- SIES – Sistema de Informação de Insumos Estratégicos
- TABWIN – Sistema Tabulador de Informações de saúde para Ambiente Windows

- SISAIH01 – Sistema Gerenciador do Movimento das Unidades Hospitalares
- CNS CADWEB – Cadastro do Cartão Nacional de Saúde on-line

O gerenciamento das ações é realizado pela avaliação do desempenho dos serviços: resolutividade, qualidade, satisfação do usuário e pela análise do alcance das metas dos indicadores de saúde pactuados.

10 – Conclusão

O planejamento é uma importante ferramenta para a superação de dificuldades e aproveitamento de oportunidades. A saúde, como resultante de inúmeros fatores, é um campo propício ao incontável. Este fato também faz com que seus resultados estejam em constante interface com várias outras áreas, como educação, habitação, segurança alimentar, trabalho e emprego. Contudo, se essa amplitude a torna um campo tão complexo a ponto de não ser finita em si, devemos fazer com que nossas ações também extrapolem nossos próprios muros. E para agir com toda essa complexidade, o planejamento é uma ferramenta que ajuda a tornar os objetivos possíveis. Assim, a construção de um Plano Municipal de Saúde de maneira colaborativa, a partir de um diagnóstico que contemple o ambiente interno, mas também o externo em interface com nosso campo de atuação, nos ajuda a delinear os modos que tornarão nosso propósito, ao longo de quatro anos.

Nome do Orgão: Prefeitura Municipal de Castanheira

Setor: Secretaria Municipal de Saúde

Nome dos Responsáveis:

Prefeito (a) Municipal: Mabel de Fátima Milanezi Almici

Secretário(a) Municipal de Saúde: Ivania Vargens Tigre Weber

Castanheira-MT/2017.

Mabel de Fátima Milanezi Almici
Prefeita Municipal de Castanheira

Ivania Vargens Tigre Weber
Secretária Municipal de Saúde