

#GENTEQUECUIDADAGENTE



PLANO MUNICIPAL

DE SAÚDE DE TUCUMÃ
2022-2025



Secretaria Municipal
de Saúde



Prefeitura de
TUCUMÃ
GENTE QUE CUIDA DA GENTE!
ADM 2021/2024

Dr. Celso Lopes Cardoso
Prefeito Municipal

Dr. Wanderley Dias Vieira
Vice-prefeito

Renata de Araújo Oliveira
Secretária Municipal de Saúde

Keila da Silva Vieira Moreira
Diretora da Atenção Básica

Patrícia Maria Witeck
Diretora da Vigilância em Saúde

Jânio de Souza Soares
Assessor Técnico

Gilceleia Chaves Castro
Elaboração do Plano Municipal de Saúde
Assessor de Planejamento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	PRINCÍPIOS ORIENTADORES	11
3	PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 / 2025	12
3.1	Objetivo geral:	12
3.2	Objetivos específicos:	12
3.3	Elaboração:	12
3.4	Orientadores estratégicos:	13
3.5	Missão, visão e valores:	13
3.6	Cadeia de valor e mapa estratégico:	13
3.7	Estruturação do plano	14
3.7.1	Base legal	14
4	INFORMAÇÕES GERAIS DO MUNICÍPIO	18
4.1	Histórico	18
4.1.1	Etimologia	18
4.1.2	História do município	19
4.1.3	Projeto CONSAG	19
4.1.4	Luta pela emancipação	20
4.2	Perfil socioeconômico	20
4.2.1	Índice de desenvolvimento humano	21
4.2.2	Economia	21
4.2.3	Agropecuária e Extrativismo	22
4.2.4	Indústria, Comércio e Serviços	22
4.2.5	Mineração	23
5	ANÁLISE SITUACIONAL	24
5.1	Perfil demográfico	24
5.1.1	População Residente de Tucumã-PA, Segundo Situação e Sexo – IBGE Censo 2010.	25
5.1.2	População Residente de Tucumã, segundo Raça/Cor – IBGE Censo 2010.	25

5.1.3	População Estimada, segundo Sexo e Faixa Etária, Tucumã IBGE (2012)	26
5.2	ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DA SMS	29
5.3	Secretaria Municipal De Saúde/Fundo Municipal De Saúde	29
5.4	Secretário Municipal De Saúde	29
5.5	Conselho Municipal De Saúde	29
5.6	Fundo Municipal de Saúde	30
5.7	Tipo de Gestão	30
5.8	Capacidade instalada da rede pública municipal	30
5.8.1	Zona Urbana	30
5.8.2	Zona Rural	31
5.9	Programas Implantados a Serem Oferecidos a População	31
5.10	Sistema de Informação Implantados na Secretaria Municipal de Saúde	32
5.11	Recursos humanos da secretaria municipal de saúde	34
5.12	Condições de Saúde	35
5.12.1	Proporção de gravidez na adolescência	35
5.12.2	Taxa de fecundidade	35
5.12.3	Natalidade	36
5.12.4	Número de nascidos vivos	36
5.13	Perfil assistencial	38
5.14	Atenção primária a saúde	38
5.14.1	Programa Previne Brasil	39
5.14.2	Atendimento realizado pelo profissional Médico nos anos 2017 a 2021.	39
5.14.3	Atendimento realizado pelo profissional Enfermeiro nos anos 2017 a 2021.	39
5.14.4	Série histórica de pacientes com hipertensão	40
5.14.5	Série histórica de pacientes com diabetes e com pedido de hemoglobina glicada.	40
5.14.6	Cobertura de saúde bucal	40
5.14.7	Razão de exames citopatológicos SISCAN - Cito do colo	41
5.14.8	Número de gestantes que realizaram pré-natal	41
5.14.9	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	41
5.14.10	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	42
5.14.11	Razão de exames de mamografias	42
5.14.12	Programa Mais Médicos	43

5.15 Perfil epidemiológico	43
5.16 Vigilância Epidemiológica	43
5.16.1 Indicadores de saúde	44
5.16.2 Mortalidade por idade	45
5.16.3 Mortalidade segundo causa e faixa etária	48
5.16.4 Taxa de mortalidade prematura	56
5.16.5 Mortalidade por causas externas	57
5.16.6 Mortalidade materna	57
5.16.7 Proporção de investigação de óbitos de mulher em idade fértil	58
5.16.8 Óbitos de mulheres em idade fértil por idade	59
5.16.9 Óbitos de MIF por causa	59
5.16.10 Mortalidade infantil	61
5.16.11 Óbito infantil por escolaridade da mãe	62
5.16.12 Mortalidade fetal	62
5.17 Morbidade hospitalar	64
5.17.1 Principais causas de internação em 2017	64
5.17.2 Principais causas de internações em 2018	65
5.17.3 Principais causas de internações em 2019	65
5.17.4 Principais causas de internações em 2020	66
5.17.5 Principais causas de internações em 2021	67
5.18 Cobertura vacinal	67
5.19 Doenças de notificação compulsória	68
5.20 Agravos e doenças transmissíveis	69
5.20.1 HIV/Aids	69
5.20.2 Sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita.	70
5.20.3 Série histórica de sífilis em adultos e sífilis em gestante nos anos de 2018-2022	71
5.20.4 Tuberculose	71
5.20.5 Série histórica de casos de tuberculose	72
5.20.6 Hanseníase	73
5.20.7 Série histórica dos casos de hanseníase, em Tucumã, nos anos de 2018-2022.	74
5.20.8 Hepatites	74
5.20.9 Leishmaniose tegumentar americana	74
5.21 COVID-19	75
5.21.1 Série histórica dos casos de COVID, em Tucumã - PA.	76
5.21.2 Número de casos de violência interpessoal e autoprovoçada	76
5.22 Vigilância ambiental	76
5.22.1 Dengue	76

5.22.2	Série histórica de casos de dengue no município de Tucumã, nos anos de 2018-2022.	77
5.23	Intoxicação exógena	77
5.24	Vigilância sanitária	77
5.25	Atenção Especializada	79
5.26	Outros serviços especializados	80
5.27	Assistência hospitalar	80
5.27.1	Leitos hospitalares conveniados	81
5.27.2	Equipamentos:	83
5.28	Melhor em casa	84
5.29	Agência Transfusional de Tucumã	85
5.30	Serviço de atendimento móvel de urgência e emergência (SAMU)	85
5.31	Regulação e tratamento fora de domicílio	86
5.32	Assistência farmacêutica	86
5.33	Serviço social	88
5.34	Rede de atenção psicossocial	88
5.34.1	Histórico de atendimentos e procedimentos realizados – CAPS (dos últimos 5 anos)	89
5.34.2	I Conferência Municipal de Saúde Mental	90
5.34.3	Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA	99
5.34.4	Centro de Especialidade Odontológica – CEO	99
5.34.5	Educação permanente	100
5.35	Gestão em saúde	101
5.36	Regionalização	101
6	FINANCIAMENTO SUS	103
6.1	Recursos Financeiros Federais	103
6.2	Recursos financeiros Municipais	104
6.3	Projeção Financeira PMS 2022-2025	106
7	CONTROLE SOCIAL	107

7.1 Conselho Municipal de Saúde	107
7.1.1 Gestores e prestadores de serviços (25%)	107
7.1.2 Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Nazaré	107
7.1.3 Trabalhadores de Saúde (25%)	108
7.1.4 Associação dos Moradores Unidos do Bairro Monte Castelo- ASMUMC	108
7.1.5 Casa de Misericórdia	108
7.1.6 Igreja Católica	108
7.1.7 Associação de pais e amigos dos Excepcionais – APAE	108
7.2 Propostas aprovadas da 14ª Conferência Municipal de Saúde	109
8 DIRETRIZES, OBJETIVOS, INDICADORES E METAS DO PMS 2022-2025	112
9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	137
10 PACTUAÇÃO 2022	139
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	154

1 INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde- PMS é o principal instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), nele estão contidos os “anseios e os resultados que serão explorados pela gestão” no próximo quadriênio. A Secretaria Municipal de Saúde de Tucumã ao elaborar o PMS, segue o preconizado na Lei Complementar 141/2012 que define os percentuais de financiamentos para a saúde aos entes federados e para recebimento de repasses regulares de que trata o art. 35 e 36 da Lei Federal nº 8080/1990. O PMS, Tem como base a premissa do PLANEJASUS e está ancorado na Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025, norteia a Gestão da Política de Saúde, por meio das Diretrizes e objetivos, tendo como alicerce a análise do perfil demográfico, epidemiológico, sanitário da população tucumaense, do Relatório da 14ª Conferência Municipal de Saúde, nos projetos prioritários das Redes de Atenção à Saúde, no diagnóstico realizado pelos gestores e nas propostas no Plano de Governo para a saúde da gestão 2022 a 2025.

Este instrumento traz como Ações estratégicas a ampliação e a qualificação da atenção primária, dando ênfase a Estratégia da Saúde da Família, ampliação e qualificação dos serviços de especialidade ambulatorial, assim como o fortalecimento da Vigilância em Saúde, da Gestão do SUS e do Controle Social. Ações que também merecem destaques são: educação permanente, implementação dos sistemas de informação para a gestão da saúde, aprimoramento dos mecanismos de regulação, são estratégias pertinentes e importantes para o desenvolvimento de uma saúde de qualidade e igualitária.

O PMS, configura-se como instrumento dinâmico, não devendo ser engavetado. Anualmente será revisto na PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE, de acordo com as necessidades apresentadas no monitoramento e avaliação descrita no RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO.

Dessa forma, as Ações, os anseios e resultados aqui propostos dependem do envolvimento e colaboração de todos os profissionais de saúde, do controle social e da Gestão. Reiteramos que o plano demarca o caminho a ser seguido pela Gestão, contudo para que se concretize, a participação de todos os sujeitos envolvidos é imprescindível,

para a consolidação de um SUS ético, igualitário, universal e de qualidade, alicerçado nos princípios do SUS.

2 PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Constituição Federal / 1988, Artigos 196, 197, 198, 199 e 200,

Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/90, 19 de setembro de 1990

Lei Nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990

Decreto nº 1.232, de 30.08.1994

Decreto nº 7.508/2011

Portaria nº 2.751, de 11 de novembro de 2009

Portaria 2.135/2013, 25 de setembro de 2013

Portaria MS nº 1.631/2016

Nota Técnica do MS nº 20/2022

3 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 / 2025

3.1 Objetivo geral:

Definir a política municipal de saúde do Município de Tucumã, a partir dos princípios do SUS, envolvendo a comunidade e as equipes de saúde na formulação de programas e estratégias que visem melhorar a saúde e a qualidade de vida da população do município.

3.2 Objetivos específicos:

- Organizar as ações administrativas da Secretaria Municipal de Saúde a fim de atingir os objetivos propostos;
- Promover e ampliar a resolutividade das ações e serviços da atenção primária de forma integrada e planejada;
- Promover e ampliar a oferta de serviços da atenção especializada com vista a qualificação de acesso e redução das desigualdades;
- Promover ações que garantam acesso da população à medicamentos e insumos estratégicos, em tempo adequado;
- Reduzir ou controlar a ocorrências de doenças ou agravos passíveis de prevenção e controle;
- Fomentar a produção de conhecimentos científicos, promovendo o acesso da população;
- Aperfeiçoar a gestão do SUS visando a garantia de acesso a bens e serviços de saúde, em tempo adequado.

3.3 Elaboração:

A análise de situação foi elaborada considerando o desempenho obtido em relação ao que foi planejado e executado entre 2018 a 2021, além de considerar outras séries históricas relevantes. Na análise de situação, apresentam-se dados atualizados e identificam-se os avanços alcançados, bem como os desafios que ainda permanecem,

com o intuito de definir estratégias que produzam alteração na realidade e melhorias na condição de saúde da população.

3.4 Orientadores estratégicos:

O Plano Municipal de Saúde, como instrumento orientador da política pública, deve, naturalmente, estar alinhado às demandas da sociedade e às orientações governamentais. É importante que o PMS busque convergência entre atores internos e externos, tenha coerência com os esforços para aprimoramento da gestão e almeje alcançar a visão de futuro do órgão.

3.5 Missão, visão e valores:

Foram redefinidos a Missão, Visão e Valores de modo a permitir que agentes internos e externos compartilhem dos mesmos propósitos e ideais.

MISSÃO: Promover a saúde e o bem-estar de todos, por meio da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, pautando-se pela universalidade, integralidade e equidade.

VISÃO: Sistema de Saúde Público efetivo e reconhecido por todos.

VALORES: Inovação, Comprometimento, Empatia, Transparência, Ética, Eficiência e efetividade, Sustentabilidade.

3.6 Cadeia de valor e mapa estratégico:

A cadeia de valor e o mapa estratégico possuem funções importantes e complementares. A primeira explicita os macroprocessos finalísticos e de apoio de uma organização e, a partir disso, como eles geram valor para a sociedade. O segundo, por sua vez, detalha os Objetivos da organização, sejam eles finalísticos, de suporte ou governança. Isso possibilita não apenas a definição de indicadores para os objetivos finalísticos – os quais serão detalhados neste Plano de Saúde, como também a elaboração de indicadores para processos mais internos e de suporte à gestão, gerando uma visão compartilhada para o alcance de sua Missão:

1. Gestão de cenário em saúde
2. Gestão de políticas públicas em saúde
3. Articulação Inter federativa e interinstitucional
4. Fomento ao desenvolvimento científico, tecnológico e produtivo em saúde
5. Gestão do trabalho em saúde
6. Gestão de insumos estratégicos aplicados à saúde
7. Gestão de pessoas
8. Gestão em TI
9. Gestão da informação
10. Gestão da logística pública
11. Gestão financeira e contábil
12. Gestão estratégica
13. Gestão de planejamento e logística
14. Gestão de avaliação e controle
15. Controle social
16. Assessoramento jurídico

3.7 Estruturação do plano

3.7.1 Base legal

O planejamento das políticas da Administração Pública Municipal, para a área da saúde, deve ser expresso em dois planos: o Plano Municipal de Saúde (PMS) e o Plano Plurianual (PPA), ambos previstos na Constituição Federal de 1988. O PPA está definido expressamente no art. 165 e presente em outros dispositivos. O PMS corresponde ao

plano setorial, previsto no mesmo artigo, porém de forma genérica no §4º. No artigo 94 da Portaria de Consolidação do MS nº 1/2017, estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, conforme relato a seguir:

I – Planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, I).

II - Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e tripartite (CIT) (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, II).

III - Monitoramento, avaliação e integração da gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, III).

IV - Planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas; (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, IV).

V - Compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão; (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, V).

VI - Transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade; e (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, VI).

VII - Concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada. (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, VII).

No Artigo 95, da referida portaria de Consolidação do MS n.º 1/2017, no **§ 3º orienta** que os prazos para elaboração do PPA, da LDO e da LOA observam o disposto nas Constituições e Leis Orgânicas dos entes federados. (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013, Art. 2º, § 3º).

No artigo 96 da referida portaria de Consolidação do MS nº 1/2017, no **§ 2º** orienta que o Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados. (Origem: PRT MS/GM 2.135/2013, Art. 3º, § 2º).

A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre a obrigação legal de elaboração do PMS (art. 15 e 16) e sobre a compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União (art. 36).

Além disso, deve-se estabelecer diretrizes em função das características epidemiológicas e da organização dos, ressalta-se ainda que a Lei Complementar nº 141/2012, no artigo 30, § 4º, reforça que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

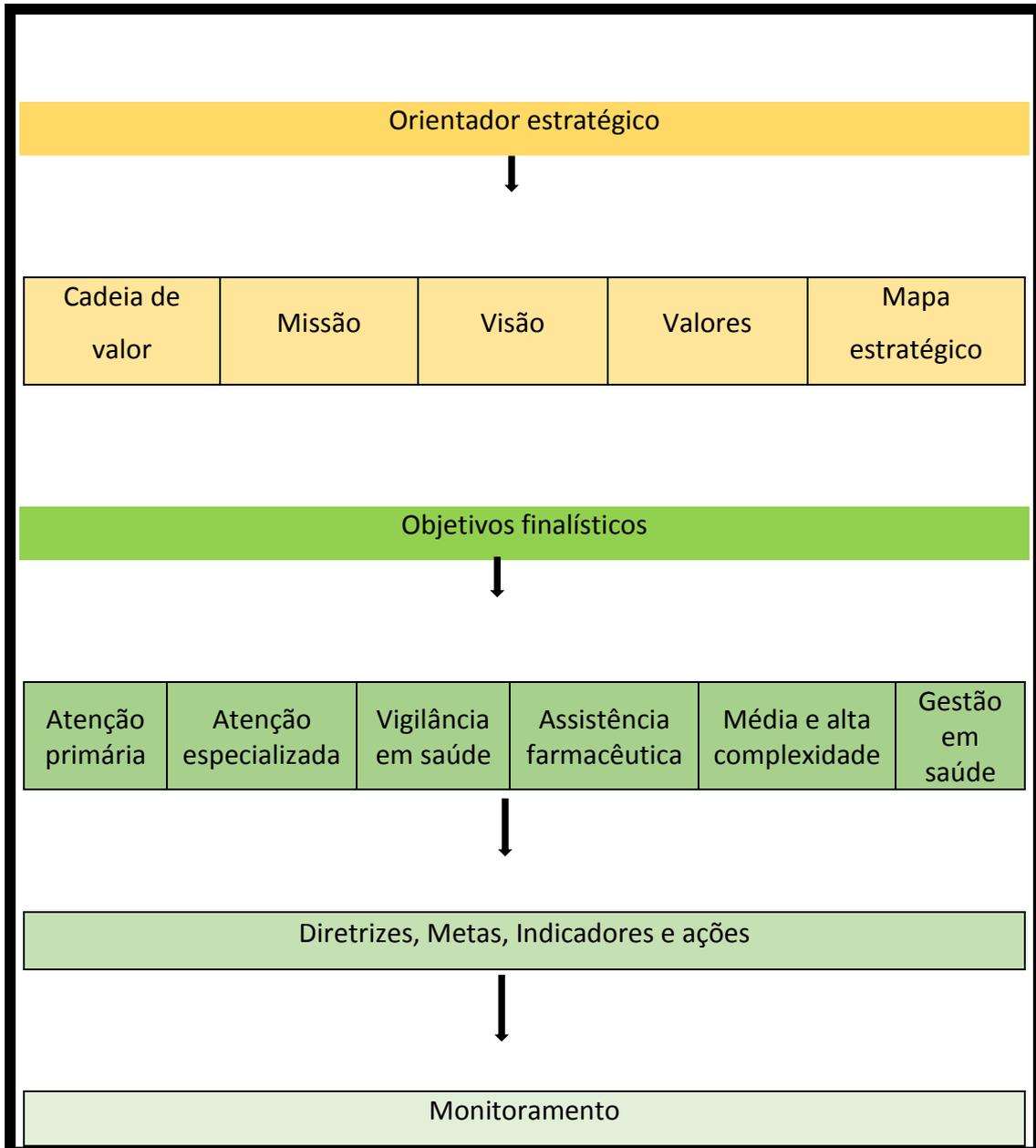
A Lei nº 8.142/1990 dispõe que devem ser realizadas Conferências de Saúde, a fim de propor diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível da federação.

Nesse contexto, o CMS e a Conferência de Saúde são instâncias colegiadas do SUS, que permitem a participação social, e possuem papel importante na definição das diretrizes que subsidiam a formulação de estratégias, objetivos, metas e indicadores e, posteriormente, no controle e avaliação da execução da política pública. Assim, as diretrizes estabelecidas pelas Conferências Municipais de Saúde.

A partir do artigo 94 da Portaria de Consolidação MS nº 1/2017, pode-se visualizar as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, a definição da vigência de quatro anos e dos elementos que devem compor o PMS, como:

- a) a análise situacional de saúde;
- b) os objetivos, metas e indicadores;
- c) o processo de monitoramento e avaliação.

A estrutura do PMS 2022-2025 amplia o escopo requerido pela legislação apresentando aspectos relacionados ao Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, como por exemplo Cadeia de Valor, Missão, Visão, Valores e Mapa Estratégico.



4 INFORMAÇÕES GERAIS DO MUNICÍPIO

4.1 Histórico

Tucumã é um município brasileiro do interior do estado do Pará. Está localizado na Mesorregião do Sudeste Paraense e na Microrregião de São Félix do Xingu, na região sul do estado, distando da capital cerca de 980 km.

A sede municipal fica às margens da Rodovia PA-279. A extensão territorial do município de Tucumã, compreendendo 2.535,11 km² está toda inserida na área do já extinto Programa Grande Carajás. A sua população durante a década de 1980, cresceu consideravelmente estimulada por vários fatores, tais como, condições agroclimáticas favoráveis, exploração de madeira e extração do ouro. De 3.000 famílias assentadas em julho de 1981 pela Andrade Gutierrez, a população residente saltou para 21.738 habitantes em 1989. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município tinha uma população de 37.920 habitantes em 2016. Seu PIB, em 2014, era de R\$ 566,7 milhões. Segundo o PNUD/2000 o IDH do município de 0,747, é médio e sua renda per capita em 2014 era de R\$ 15.452,90. Tucumã forma com a cidade vizinha, Ourilândia do Norte, a única área conurbada do sudeste do Pará.

Área territorial do município - 2.535,11 km²

- Densidade demográfica - 15,09 hab./km²
- População Residente (2016) – 37.920
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-2010) – 0,659
- Data de Criação do Município - Lei nº 5.455, de 10 de maio de 1988

4.1.1 Etimologia

A etimologia da palavra Tucumã em tupi (tukumã) significa "fruto de planta espinhosa". O fruto Tucumã, às vezes chamado de Tucum, é da espécie *Astrocaryum aculeatum* e sua palmeira que chega a medir até 20 metros, geralmente solitária, de estipe com faixas de espinhos negros, folhas ascendentes, inflorescência ereta e frutos amarelos com tons avermelhados. O local onde se fixou a sede de Tucumã era abundante desta palmeira. A CONSAG resolveu adotar a palmeira como símbolo da colonização e nomear o projeto agrícola de "Tucumã".

4.1.2 História do município

O processo de ocupação da área onde foi implantado o Projeto Tucumã, teve origem a partir do projeto de colonização da empresa Andrade Gutierrez (CONSAG), vencedora da concorrência pública do Instituto Nacional de Reforma Agrária em 1978, na qual habilitava-se a realizar a colonização do Projeto Tucumã numa área correspondente a 400.000 hectares (contemplando também a construção de uma company town), de propriedade da União, na época localizado dentro do município de São Félix do Xingu. Essa área seria servida pela PA279, construída pela Andrade Gutierrez, ligando o município de São Félix do Xingu à BR-155 e desta a BR-010 (rodovia Belém-Brasília), através da BR-222. Na década de 1970 um dos grandes objetivos do governo federal "foi promover a ocupação de vazios demográficos", e sendo a região norte do país uma região predominantemente de áreas de baixa produção agrícola - a maioria dos produtos hortigranjeiros consumidos na região são oriundos do centro-sul do Brasil -, a instalação de uma colonização de caráter agrícola viria resolver dois problemas cruciais: migração da mão-de-obra e a produção local. Portanto a colonização do Projeto Tucumã oferecia todas as condições para que pudesse ser realizada com êxito, vindo a calhar com os objetivos do Programa de Pólos Agropecuários e Agrominerais da Amazônia (Polamazônia), inserido no Projeto Grande Carajás.

4.1.3 Projeto CONSAG

O primeiro colono assentado na área de Tucumã foi Antônio José dos Santos, no dia 15 de março de 1982, num lote de 55 hectares localizado no setor leste do Projeto. A primeira unidade residencial urbana foi ocupada no dia 16 de setembro de 1981 por Alcides Oliveira. Para a execução do projeto foram distribuídos 3 mil lotes de terra de diversos tamanhos, variáveis em função da qualidade do solo e da localização em relação as agrovilas e voltados para a atividade agrícola e pecuária. O projeto foi dividido para iniciar o trabalho em três glebas. A Gleba I, a primeira a ser trabalhada, possuía uma extensão de 181.000 hectares, sendo que chegaram a ser concluídos mais de 540 km de estradas vicinais. Em 1983, os investimentos da Andrade Gutierrez destinados ao Projeto Tucumã começaram a diminuir, contribuindo para a não implantação das Glebas II e III e com isso deixou-se de fazer comercialização de lotes aos colonos interessados.

Apesar do preço elevado dos lotes, essa situação causou sérios descontentamentos entre os colonos que haviam chegado à área e não tiveram acesso ao Projeto. A situação da área do Projeto Tucumã ficou cada vez mais tensa e, em 1985, as terras do Projeto foram invadidas, primeiro na área rural, se estendendo depois às agrovilas. Como a empresa preferiu não resistir a essa onda de invasão, o resultado foi um processo de crescimento populacional provocando uma ocupação de forma desordenada nas terras do Projeto, inviabilizando-o como empreendimento de colonização particular. A partir daí começaram as negociações que culminaram na reversão do Projeto de Colonização Tucumã e suas benfeitorias para a União em 30 de outubro de 1988.

4.1.4 Luta pela emancipação

Com a saída da empresa do Projeto Tucumã e a pouca participação da prefeitura de São Félix do Xingu na área, a comunidade local elegeu nove representantes para a formação do Conselho de Desenvolvimento Comunitário de Tucumã (CODETUC), que tinha como objetivo ordenar as ocupações urbanas, preservando o planejamento urbanístico, áreas ambientais comuns, serviços públicos essenciais e os bens da União guardados e em uso pelo poder público municipal. A criação do conselho foi de grande valia para a comunidade de Tucumã, uma vez que procurou acalmar os ânimos da população que estava exaltada na área, propiciou a ampliação de atividades ligadas à indústria madeireira e à exploração do ouro além de permitir o andamento de outras atividades essenciais para o desenvolvimento de Tucumã. O Conselho foi presidido, inicialmente por Petrônio Gentil de Souza, e depois pelos seguintes presidentes: Luís Otávio Montenegro, João Roberto da Silva (primeiro prefeito de Tucumã) e José Carlos Zampietro. O conselho somente foi desativado com a instalação da prefeitura, em janeiro de 1990. O município de Tucumã foi criado pela Lei nº 5.455, de 10 de maio de 1988, estatuída pela Assembleia Legislativa do estado e sancionada pelo governador Hélio Gueiros, com área desmembrada do município de São Félix do Xingu. Em 15 de novembro de 1989 foram realizadas as eleições gerais municipais com instalação da prefeitura e câmara dos vereadores em 1º de janeiro de 1990.

4.2 Perfil socioeconômico

4.2.1 Índice de desenvolvimento humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida sintética utilizada para classificar o grau de desenvolvimento dos Países em: Desenvolvidos, quando o desenvolvimento humano é elevado; em Desenvolvimento, quando classificado como médio e subdesenvolvidos, quando o desenvolvimento humano é baixo. O cálculo do IDH é realizado por meio dos Indicadores - expectativa de vida ao nascer, Educação e Produto Interno Bruto (PIB) per capita. Foi criado em 1990, pela Organização das Nações Unidas (ONU) em contrapartida ao PIB per capita que leva em consideração apenas o indicador Econômico (PNUD). (DAWALIBI, et al., 2014).

Territorialidades	IDHM 2010	IDHM Renda 2010	IDHM Longevidade 2010	IDHM Educação 2010
Brasil	0,727	0,739	0,816	0,637
Pará	0,646	0,646	0,789	0,528
Tucumã (PA)	0,659	0,67	0,813	0,525

Tabela: 02

Fonte: PNUD, 2010

Análise: Ao analisar o Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil, Pará e Tucumã, observa-se que o IDHM, o IDHM RENDA, O IDHM Longevidade, mantiveram-se superiores ao do Estado do Pará e abaixo dos índices Nacionais. Nota-se, que o IDHM Educação de Tucumã foi o único que se apresentou abaixo, quando comparado ao Estado do Pará e do Brasil.

4.2.2 Economia

A economia de Tucumã está assentada basicamente no setor primário, especialmente sobre as atividades de agropecuária e extrativas vegetal e mineral. Sabe-se que a prioridade do projeto Tucumã ensejava o desenvolvimento da atividade agropecuária e para tanto recrutou colonos principalmente do sul do país, com vivência na exploração dessa atividade, influenciados pela divulgação que a Colonizadora Andrade Gutierrez (CONSAG) fazia da região. Nessa divulgação a empresa procurava induzir aos interessados de que além das excelentes condições agroclimáticas da região, encontrariam, já montada toda a infraestrutura de apoio à produção agropecuária, trazida por estradas, alojamentos, armazéns, sementes e mudas, assistência técnica,

escolas, saúde e outros. A realidade, contudo, era completamente diferente daquela propalada pela referida empresa de colonização privada, pois as famílias de agricultores que chegavam eram assentados nos lotes sem as condições necessárias e suficientes para tornar a agropecuária um dos sustentáculos da economia daquela região. Esses entraves, provavelmente, foram as causas principais do insucesso do Projeto Tucumã.

4.2.3 Agropecuária e Extrativismo

A situação do setor primário de Tucumã, não foi muito animadora logo após sua emancipação. Criado para ser um grande produtor agrícola, Tucumã, ao contrário disso, passou por sérias dificuldades para desenvolver sua agricultura. Dificuldade essa causada mais pela falta de apoio infra estrutural do que pela força de vontade dos colonos, que não encontraram, quando lá chegaram, as condições propícias, necessárias. Durante a década de 1990, o município esteve em uma situação muito adversa, traduzida na dificuldade de adaptação dos colonos, falta de transportes, de estradas com pavimentação asfáltica, e de doenças típicas da região. Entretanto a partir dos anos 2000, houve uma grande mudança estrutural na cadeia produtiva da região que se tornou uma grande produtora de arroz, cacau, café, feijão e milho, também sendo uma grande produtora de leite, aliada a expectativa de pavimentação asfáltica da PA-279, principal estrada de ligação do município com o Brasil.

4.2.4 Indústria, Comércio e Serviços

A produção industrial de Tucumã, durante os anos 80 e 90, gravitou essencialmente em torno da atividade madeireira. Em 1988, segundo a SEFA/PA, existiam cadastros de 17 estabelecimentos industriais, voltados para a exploração de madeira, não contabilizados os estabelecimentos irregulares. Essa atividade causou um grande prejuízo ecológico ao município, chegando a devastar áreas indígenas e de preservação ambiental. Contudo com a maior aplicabilidade da legislação ambiental a partir de meados da década de 2000, essas madeiras e movelarias foram fechadas. Os garimpos instalados no município de Tucumã trouxeram uma grande possibilidade de arrecadação de impostos e de vendas no comércio local. A exploração dos garimpos em Tucumã e nos municípios vizinhos foi responsável por grande parte da renda gerada

na atividade comercial, pois comercializa motores, bombas, mangueiras e outros equipamentos. A indústria de laticínios é uma atividade que cresce muito no município, devido à qualidade do rebanho pecuário e a dimensão da bacia leiteira local que é uma das maiores do Pará. Os laticínios do município estão entre os maiores e mais produtivos do Norte do Brasil, exportando todo o seu excedente para os mercados locais e para o exterior. A atividade frigorífica também é muito forte no município, com várias indústrias de outros estados do Brasil instaladas em Tucumã. O processamento e beneficiamento de grãos, e das safras de cacau também são destaque junto à atividade agroindustrial do município. A grande produtividade marginal de cacau no município de Tucumã, sempre supera em produtividade marginal a produção na Bahia, que é de longe o maior produtor do país.

4.2.5 Mineração

A atividade garimpeira também garantiu uma renda substancial ao município nos primeiros anos após sua emancipação, contudo, a rápida exploração levou a exaustão dos garimpos locais, e no final da década de 1990, já não havia mais registro de atividade garimpeira nas agrovilas do município. O grande destaque quanto à atividade de garimpos na área do município vinha da agrovila do Cuca, distante cerca de 36 km da cidade de Tucumã. Ela é uma área oriunda de garimpo, funcionando desde 1978, só detectada em maio de 1980 por meio de uma fotografia aérea que revelava a presença do homem no meio da mata. Entretanto em 2009 foi proposta a implantação de um projeto de mineração (Projeto Boa Esperança), para lavra e beneficiamento de cobre, no município de Tucumã, com o objetivo de lavrar cerca de 3,7 milhões de toneladas/ano de minério de cobre, resultando na produção de 105 mil toneladas úmidas de concentrado, equivalentes a 29 mil toneladas/ano de cobre metálico. As obras previstas no projeto incluiriam quatro unidades básicas: a mina a céu aberto, as áreas de depósito e barragem de rejeitos, as instalações de beneficiamento mineral e a unidade administrativa. O Projeto Boa Esperança prevê um investimento de 630 milhões de reais e a geração de 1000 empregos diretos durante a implantação. Na fase de operação, o efetivo deverá alcançar cerca de 500 funcionários próprios e 130 terceirizados.

5 ANÁLISE SITUACIONAL

5.1 Perfil demográfico

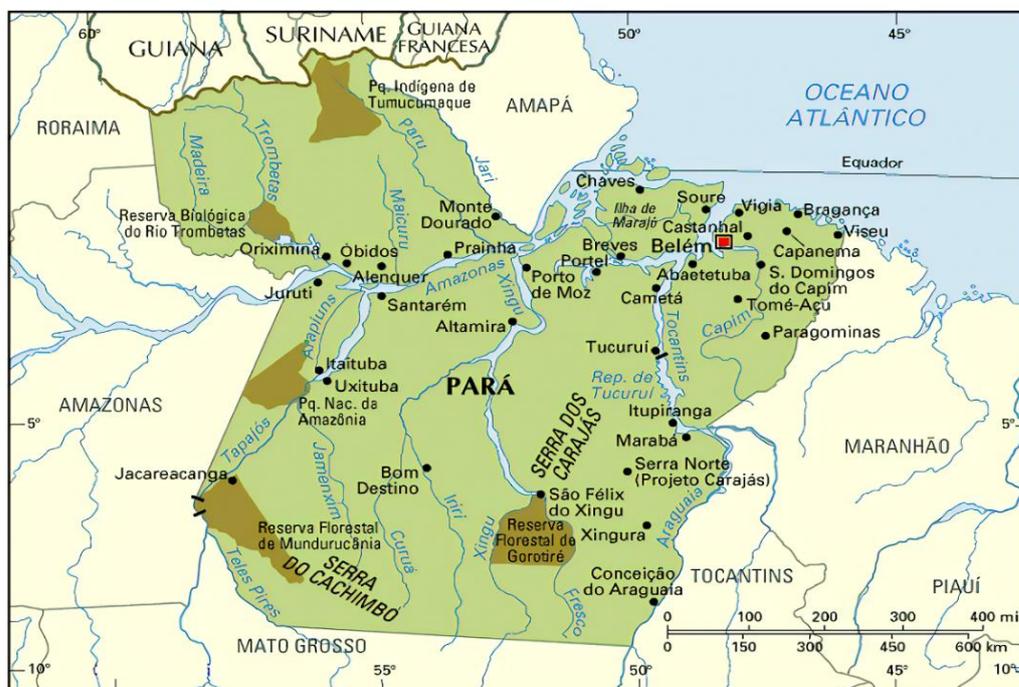


Figura: 01
Fonte: geogeral.com

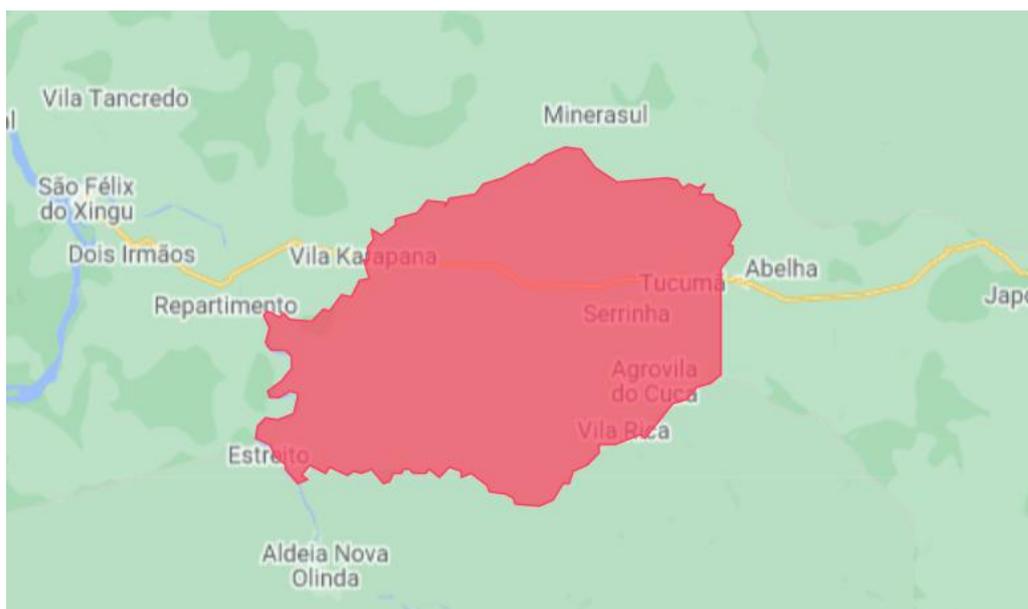


Figura:02
Fonte: geogeral.com

Segundo os dados do censo populacional 2010, o município de Tucumã tem **33.690** habitantes, sendo que a população urbana é de **26.907** e população rural de **6.783** o município possui **uma área territorial de 2.512,594 km** e a densidade demográfica do município é de **13,41hab/km**.

ÁREA TERRITORIAL	POPULAÇÃO ESTIMADA	DENSIDADE DEMOGRÁFICA	ESCOLARIZAÇÃO 6 A 14 ANOS
2.512,594km (2020)	40.661 pessoas (2021)	13,41hab/km (2010)	96,5% (2010)

Tabela: 03

Fonte: IBGE, 2010

5.1.1 População Residente de Tucumã-PA, Segundo Situação e Sexo – IBGE Censo 2010.

POPULAÇÃO	URBANA	RURAL	TOTAL
HOMENS	13.673	3.816	17.489
MULHERES	13.234	2.967	16.201
TOTAL GERAL	26.907	6.783	33.690

Tabela: 04

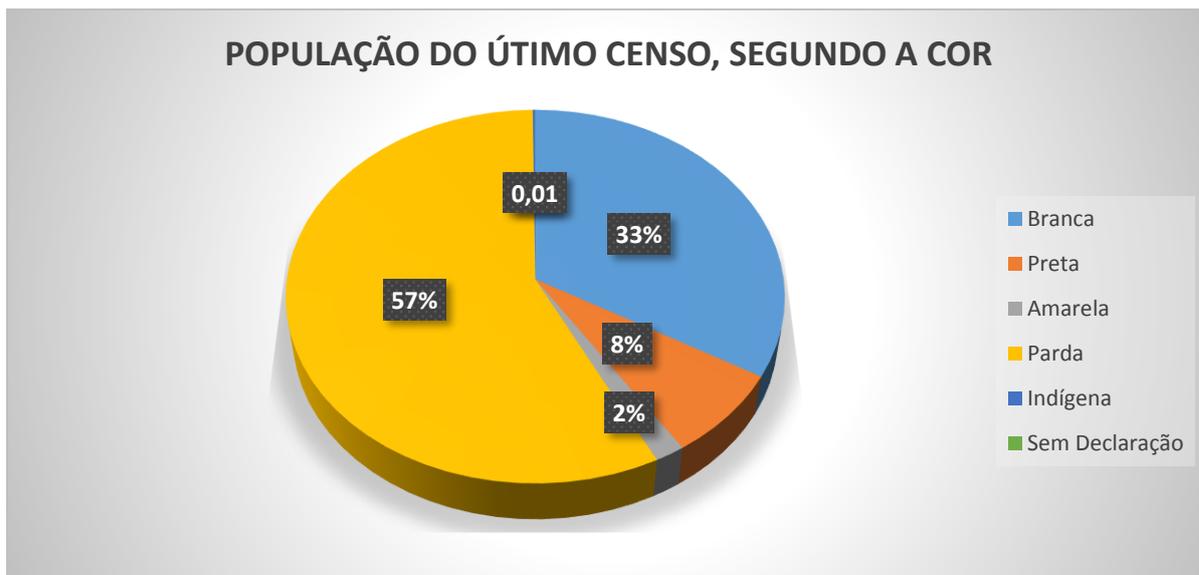
Fonte: IBGE, 2010

5.1.2 População Residente de Tucumã, segundo Raça/Cor – IBGE Censo 2010.

POPULAÇÃO DO ÚLTIMO CENSO (2010)	QUANTIDADE	PERCENTUAL - %
Branca	11.229	33,33 %
Preta	2.521	7,48 %
Amarela	603	1,79 %
Parda	19.277	57,22 %
Indígena	58	0,17%
Sem Declaração	2	0,01%
TOTAL	33.690	100,00%

Tabela: 05

Fonte: IBGE, 2010



Fonte: IBGE, 2010

Figura:03

Análise: Segundo o censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Tucumã segundo raça/cor tem a predominância da cor parda, seguida da cor branca, preta e em menor proporção a de cor amarela.

5.1.3 População Estimada, segundo Sexo e Faixa Etária, Tucumã IBGE (2012)

Observa-se na tabela a seguir que a faixa etária preponderante é de 20-29 anos, seguida 30-39 anos. Nota-se ainda, que a faixa etária com menor número de pessoas é de 80 e + anos.

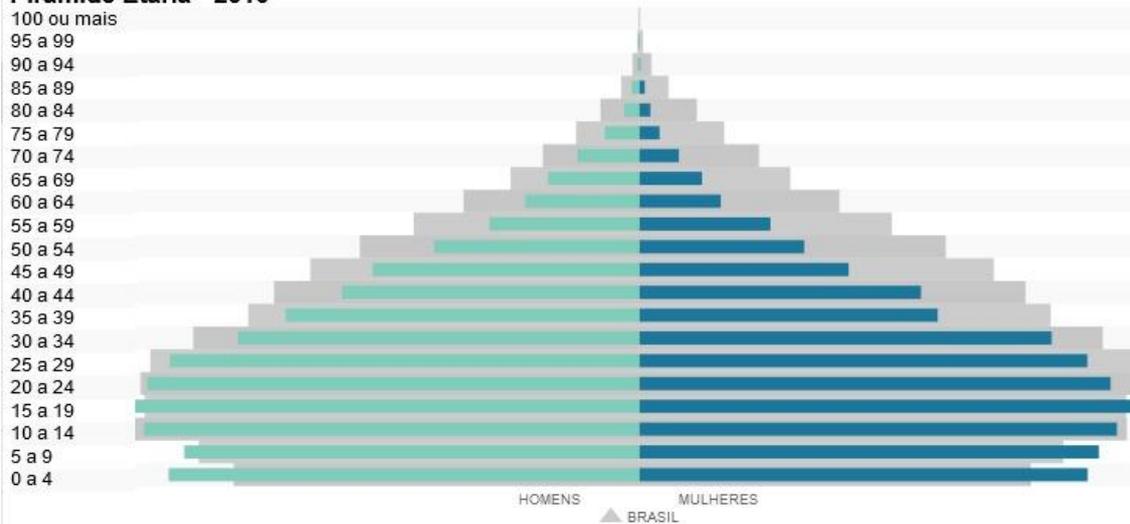
FAIXA ETÁRIA	HOMEM	MULHER	TOTAL
00 – 04 anos	1.748	1.666	3.414
05 – 09 anos	1.691	1.708	3.399
10-14 anos	1.841	1.774	3.615
15-19 anos	1.872	1.849	3.721
20-29 anos	3.570	3.417	6.987
30-39 anos	2.805	2.642	5.447
40-49 anos	2.094	1.825	3.919
50-59 anos	1.318	1.101	2.419
60-69 anos	761	537	1.298
70-79 anos	356	222	578
80 e + anos	91	68	179
TOTAL GERAL	18.147	16.809	34.956

Tabela: 06

Fonte: IBGE, 2010

Pirâmide etária

Pirâmide Etária - 2010



População residente por religião (Unidade: pessoas)



Figura: 04

Fonte: IBGE, 2010

5.2 ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL DA SMS

A Secretaria Municipal de Saúde objetiva, por meio da construção dos colaboradores, Conselho Municipal de Saúde e sociedade, construir um SUS que alcance os anseios de todos e seja eficaz e resolutivo em sua totalidade em todos os níveis de atenção. Assim sendo, busca concentrar esforços na Atenção Básica (AB), ampliando seu acesso e sendo a norteadora das ações do município, com o apoio da Vigilância em Saúde (VS) e Assistência Farmacêutica (AF).

Destaca também a responsabilidade com a população em nível e atendimentos de Média Complexidade, assim sendo a mantenedora de atendimentos no Pronto Atendimento de Urgência/emergência, Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), salienta-se o Consórcio Intermunicipal Redenção, utilizado no atendimento de consultas oftalmológicas e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Também existe a convênio com os dois Hospitais Privados e Laboratorial, buscando a resolutividade dos atendimentos dentro da área de abrangência do município

5.3 Secretaria Municipal De Saúde/Fundo Municipal De Saúde

CNPJ: 11.234.776/0001-92

Endereço: Rua Jambreiro nº 24 – Setor Morumbi – Tucumã-PA

CEP: 68.385-000

E-mail: saudetuc@yahoo.com.br

5.4 Secretário Municipal De Saúde

Nome: Renata de Araújo Oliveira

Data da posse: 08 de março de 2021

Decreto de Nomeação: Nº 093/2021

5.5 Conselho Municipal De Saúde

Endereço: Setor Rodoviário

Bairro: Centro CEP: 68.385-000

Cidade: Tucumã-PA

Nome do Presidente: Maria Janicely Alves de Araújo

Data da posse: 15 de março de 2022

Decreto de Nomeação dos membros do CMS: 042/2022

Resolução de Nomeação da mesa diretora do CMS: Nº 01 de 15 de março de 2022

5.6 Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde de Tucumã, foi criado através da Resolução nº 062 de 21 de fevereiro de 1992, está em pleno funcionamento e sendo gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde, que ordena as despesas, assinados pela Secretária Municipal de Saúde junto ao Tesoureiro do Fundo Municipal de Saúde

O Gestor do Fundo, possui autonomia administrativa financeira para gerir o Fundo Municipal de Saúde de Tucumã-PA.

5.7 Tipo de Gestão

O município de Tucumã encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e desenvolve ações de Atenção Básica e Média Complexidade, segundo a NOAS – SUS 01/01.

5.8 Capacidade instalada da rede pública municipal

5.8.1 Zona Urbana

Secretaria Municipal de Saúde de Tucumã

Estratégia de Saúde da Família 1

Estratégia de Saúde da Família 2

Estratégia de Saúde da Família 3

Estratégia de Saúde da Família 4

Estratégia de Saúde da Família 5

Estratégia de Saúde da Família 6

Estratégia de Saúde da Família 7

Centro Ambulatorial de Saúde

Clínica de Especialidades

SAMU

VISART/VISAMB

TFD

CAPS

Centro de COVID

CEO/10 de Maio

5.8.2 Zona Rural

Centro de Saúde Agrovila do Cuca

Posto de Saúde Cajazeira

Posto de Saúde P-05

Posto de Saúde P-07

Posto de Saúde P-09

Posto de Saúde PA 279 Carapananzinho

Posto de Saúde PA 279 Vicinal 40

Posto de Saúde Pau-Ferrado

Posto de Saúde Vicinal 45

5.9 Programas Implantados a Serem Oferecidos a População

Programa de Assistência Farmacêutica – Farmácia Básica e Farmácia Popular do Brasil

Programa de Vigilância em Saúde (Epidemiologia)

Programa de Vigilância Sanitária (VISA)

Programa Melhor em Casa

Programa Nacional de Imunização

Programa de Estratégia de Saúde da Família

Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)

Programa Saúde Bucal

Programa Saúde Mental

Programa de Sisprenatal

Programa de Suplementação de Ferro
Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN WEB
Programa Bolsa Família
Programa de Planejamento Familiar
Programa Teste do Pezinho
Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase
Programa de Controle e Eliminação da Tuberculose
Programa de Prevenção das DST/AIDS/HIV
Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero – PCCU
Programa de Controle de Hipertensão e Diabéticos
Programa Saúde da Escola

5.10 Sistema de Informação Implantados na Secretaria Municipal de Saúde

SIM (Local) – Sistema de Informação de Mortalidade;
SINASC (Local)-Sistema de Informação de Nascidos Vivos;
SINAN (Online)- Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Dengue e Chikungunya;
SINANET (Local) - Sistema de Informação de Agravos de Notificação;
SIES (Online) - Sistema de Informação de Insumos Estratégicos;
SIVEP_MALÁRIA (Online) -Sistema de Informação e Notificação de Casos de Malária;
SIVEP_DDA (Online) -Sistema de Informação de Doenças Diarreicas Aguda;
SI-PNI (Local e Online) - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização;
FORMSUS (Online) -Sistema de Informação da Campanha de Hanseníase e Verminose, entre outros;
VITAMINA-A -Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A;
PSE -Programa Saúde na Escola;
SisCTA -Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento;
E-SUS/CDS (Local)– Sistema de Informação da Atenção Básica/Primária;

BOLSA FAMÍLIA/SISVAN (Online) - Sistema de monitoramento e acompanhamento semestralmente de todas as famílias beneficiadas do programa BOLSA FAMÍLIA com perfil saúde;

SISVAN WEB (Online) -Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;

SISPRENATAL- Assistência à Saúde da Gestante;

RAAS- Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde;

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial;

SISCOLO - Sistema de informação do Câncer de Colo do Útero;

SISMAMA - Sistema de informação dos exames de controle do Câncer de Mama;

SisPNCD (Local/SMS) - Sistema de informação do Programa Nacional de Controle da Dengue;

SisPNCD (Online) - Sistema de informação do Programa Nacional de Controle da Dengue;

LIRA - Levantamento Rápido do Índice de Infestação do Aedes Aegypti;

SISMOB – Sistema de Monitoramento e Gerenciamento de Obras;

SIOPS- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde;

CNES (Local) –Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

SIHD - Sistema de Informações de Internações Hospitalares Descentralizado;

SIA/SUS– Sistema de Informações Ambulatoriais;

E-SUS/PEC– Sistema de Informação para envio de produção da Atenção Básica;

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (monitoramento de envio das produções da Atenção Básica e relatórios diversos);

TRANSMISSOR – Programa que Transmite as informações para o Ministério da Saúde;

MÓDULO AUTORIZADOR- Sistema que controla a autorização de laudos de internação e APAC gerando número de AIH e APAC correspondente;

CAD-SUS – Programa para cadastramento e consultas de Cartão SUS do Cidadão.

SIPNI WEB – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização.

SIPNI-COVID- – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização.

5.11 Recursos humanos da secretaria municipal de saúde

Segue abaixo quadro de Funcionários pertencente a Secretaria Municipal de Saúde:

CARGO	QUANTIDADE
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE	01
AGENTE COMUNITARIO DE SAÚDE	89
AGENTE ADMINISTRATIVO	46
TEC. ENFEERMAGEM	35
VIGIA	25
ENFERMEIRO	20
AG. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	23
AUX. SERV. GERAIS	18
ODONTÓLOGO	13
MOTORISTA	7
MEDICO VETERINARIO	1
AUX. ODONTOLOGO	8
TEC. LABORATORIO	2
PSICOLOGO	3
FONOAUDIOLOGO	2
FISIOTERAPEUTA	6
BIOMEDICO	1
FARMACÊUTICO	2
ASSISTENTE SOCIAL	2
NUTRICIONISTA	1
TEC. EM RADIOLOGIA	1
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1
TEC EM GESSO	1
BIOQUIMICO	1
MÉDICO	14
DIR. DE AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	01
COORDENADOR DE ATENÇÃO BÁSICA	01
COORDENADOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	01
DIRETOR AUDITORIA, CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO	01
TÉCNICO DE RAIOS X	01

Tabela: 01

Fonte: (Rh – Tucumã)

5.12 Condições de Saúde

5.12.1 Proporção de gravidez na adolescência

A Gravidez na adolescência é um fator que preocupa a Secretaria de Saúde, observa-se que a incidência é maior nas faixas etárias 12- 17 anos (327 casos) em comparação com as demais idades.

ANO DO NASCIMENTO	<12 A	12-17 ^a	18-18 ^a	19-19 ^a	TOTAL
2018	0	79	40	55	174
2019	0	86	41	34	161
2020	0	76	39	43	158
2021	1	84	40	36	161
2022	0	2	4	3	9
Total	1	327	164	171	663

Tabela: 07

Fonte: SINASC

5.12.2 Taxa de fecundidade

Taxa de Fecundidade Total do Brasil, do Estado (Pará) e do Município de Tucumã, segundo o censo 2010 realizado pelo IBGE e estimativas nos demais anos 2008 à 2012.

BRASIL-ESTADO-MUNICÍPIO	2008	2009	*2010	2011	2012
BRASIL	1,95	1,91	1,87	1,83	1,80
PARÁ	0,43	0,41	0,39	0,39	0,37
TUCUMÃ	0,50	0,48	0,41	0,47	0,44

Tabela: 08

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010* e Estimativas Populacionais



Figura: 02

Análise: Ao analisarmos a taxa de fecundidade geral, observamos que de acordo com o censo 2010 e estimativas nos anos da série histórica 2008-2012 a taxa de fecundidade do município de Tucumã está abaixo da taxa do Brasil, porém acima das taxas do Estado do Pará.

5.12.3 Natalidade

A Natalidade é o número proporcional dos nascimentos que ocorrem numa população e num tempo determinado. Para a demografia, a taxa de natalidade é uma medida de quantificação da fecundidade. Em geral, a natalidade é medida sobre o período de um ano e tem por base o número de nascimentos de uma população por cada mil habitantes. A Natalidade no Brasil vem diminuindo com o decorrer dos anos e o município de Tucumã acompanha a mesma tendência, conforme série histórica de natalidade, o que demonstra uma nova formação de família e também o envelhecimento da população. Mesmo assim, é preciso lembrar que esse dado é progressivo e acontece por conta de diversos fatores como: aumento da escolaridade da mulher, aumento das grandes cidades, entre outros.

5.12.4 Número de nascidos vivos

Entre os anos de 2018 a 2020, observa-se que o número de nascidos vivos no município sofreu uma queda, sendo mais expressiva em 2020 em comparação com 2018.

ANO DO NASCIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2018	45	52	63	74	75	62	71	67	71	67	61	53	761
2019	62	47	58	58	62	70	59	70	71	52	58	64	731
2020	43	65	53	51	69	55	68	68	56	63	49	44	684
2021	63	50	74	77	73	51	62	60	49	76	61	45	741
2022	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37
Total	250	214	248	260	279	238	260	265	247	258	229	206	2954

Tabela: 09

Fonte: SIM/SINASC

5.13 Perfil assistencial

São os Serviços que prestam assistência à saúde no âmbito municipal, entre eles destaca: as Unidades Básicas de Saúde, serviços de apoio e diagnósticos para a realização de exames complementares e unidade de atendimento de Urgência e Emergência. Atenção Primária a Saúde Considerando que a atenção básica deve ser o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída de equipe multidisciplinar que cobre a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde da população de seu território, servindo como base para o ordenamento da Rede de Atenção e para efetivação da integralidade, assim, garantindo a cobertura populacional pelas equipes de atenção básica, faz-se necessário e primordial na organização da atenção primária à saúde do município.

5.14 Atenção primária a saúde

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

No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas,

radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF. Atualmente o município possui 08 ESF.

5.14.1 Programa Previne Brasil

Instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, foi organizado de forma que considera três componentes para fazer o repasse financeiro para os municípios, sendo eles: captação ponderada (cadastro de pessoas), pagamento por desempenho (indicadores de saúde) e incentivo para ações estratégicas (credenciamento/adesão a programas e ações do Ministério da Saúde).

Esse é um programa federal, com um novo modelo de financiamento que tem por principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), garantindo um padrão de qualidade comparável em nível nacional, regional e local, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais através da responsabilização de gestores e profissionais no atendimento aos usuários aumentando o acesso e o vínculo da população com as equipes

5.14.2 Atendimento realizado pelo profissional Médico nos anos 2017 a 2021.

Nota-se nos dados abaixo que o ano de 2021 apresentou mais atendimentos Médico, com mais de 28.000 atendimentos.

SÉRIE HISTÓRICA ATENDIMENTO MÉDICO				
2017	2018	2019	2020	2021
25.265	23.019	20.371	23.646	28.313

Tabela: 10

Fonte: e-gestor AB)

5.14.3 Atendimento realizado pelo profissional Enfermeiro nos anos 2017 a 2021.

Observa-se que o ano de 2021 houve mais atendimentos por Enfermeiros que os demais anos.

SÉRIE HISTÓRICA DE ATENDIMENTO POR ENFERMEIROS				
2017	2018	2019	2020	2021
9.412	10.226	9.837	8.920	10.426

Tabela: 11

Fonte: (e-gestor AB)

5.14.4 Série histórica de pacientes com hipertensão

Observa-se que o ano de 2021 apresentou um número maior de casos de hipertensão, quando comparado aos demais anos apresentado na série histórica, a seguir.

SÉRIE HISTÓRICA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO				
2017	2018	2019	2020	2021
821	846	1425	1891	2686

Tabela: 12

Fonte: (e-gestor AB)

5.14.5 Série histórica de pacientes com diabetes e com pedido de hemoglobina glicada.

De acordo com as informações apresentadas, observamos que ainda precisamos melhorar muito em relação ao pedido do exame de hemoglobina glicada.

ANOS	PACIENTES COM DIABESTES	COM PEDIDO DE HEMOGLOBINA GLICADA
2017	156	8
2018	250	22
2019	453	26
2020	601	46
2021	869	24
TOTAL	2.329	126

Tabela: 13

Fonte: (e-gestor AB)

5.14.6 Cobertura de saúde bucal

Apresenta-se na tabela a seguir o número de atendimento do cirurgião dentista no Município de Tucumã, nos anos de 2017 a 2021.

Atendimento do Cirurgião Dentista				
2017	2018	2019	2020	2021
13.326	11.248	9.700	6.310	9.076

Tabela: 14

Fonte: (e-gestor AB)

5.14.7 Razão de exames citopatológicos SISCAN - Cito do colo

Nota-se nos dados abaixo que a faixa etária que mais realizou exames foi a de 35 a 39 anos (646). Observa-se também que o ano com maior número de realização de exames foi 2019, com queda acentuada em 2020.

Faixa etária	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
25 a 29 anos	101	141	146	88	109	585
30 a 34 anos	111	143	138	57	109	558
35 a 39 anos	107	176	147	87	129	646
40 a 44 anos	101	106	145	73	114	539
45 a 49 anos	75	108	106	57	88	434
50 a 54 anos	75	103	102	45	56	381
55 a 59 anos	49	65	75	26	65	280
60 a 64 anos	28	44	53	21	32	178
TOTAL	647	886	912	454	702	3.601

Tabela: 15

Fonte: TAB NET

5.14.8 Número de gestantes que realizaram pré-natal

Na tabela 17, apresentamos a quantidade de gestantes que realizaram o pré-natal, nos anos de 2018 a 2021, no Município de Tucumã- PA. Nota-se, que o ano com maior número de pré-natal realizado, foi 2021.

NÚMERO DE GESTANTES			
2018	2019	2020	2021
156	236	293	420

Tabela: 16

Fonte: (e-gestor AB)

5.14.9 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

Observa-se um crescimento no percentual de gestantes que realizaram os dois testes de HIV e Sífilis de 2018 a 2021.

ANOS	Q1 %	Q2%	Q3%	Total %
2018	0	38	38	76
2019	38	36	57	131
2020	66	57	41	164
2021	49	61	65	175

Tabela: 17

Fonte: (e-gestor AB)

5.14.10 Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado

Em relação a ao atendimento odontológico de gestantes, verifica-se que houve um crescimento no percentual de atendimento odontológico no decorrer dos anos.

	Q1%	Q2%	Q3%	total
2018	10	12	11	33
2019	15	9	13	37
2020	19	14	21	54
2021	30	22	34	86

Tabela: 18

Fonte: (e-gestor AB)

5.14.11 Razão de exames de mamografias

A solicitação dos exames de mamografia, ocorrem em todas as Unidades Básicas de Saúde e após, são cadastradas no Sistema e agendadas através do Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

Na tabela abaixo evidencia-se que houve um crescimento de cobertura de realização de mamografias de rastreamento, nos anos de 2017 a 2021.

Faixa etária	2017	2018	2019	2020	2021
25 a 29 anos	0	0	1	1	1
30 a 34 anos	0	1	0	0	3
35 a 39 anos	1	0	0	8	6
40 a 44 anos	5	5	8	8	5
45 a 49 anos	2	4	8	10	15
50 a 54 anos	2	3	7	18	19
55 a 59 anos	2	2	5	9	12
60 a 64 anos	2	1	2	6	7
Total	14	16	31	60	68

Tabela: 19

Fonte: (e-gestor AB)

5.14.12 Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) foi implantado com a intenção de melhorar e humanizar o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), criando vínculo com seus pacientes e comunidades. Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais.

5.15 Perfil epidemiológico

O Serviço de Vigilância em Saúde no município de Tucumã é composta de quatro Vigilâncias, conforme figura abaixo:



5.16 Vigilância Epidemiológica

O serviço de Epidemiologia de Tucumã, conta com Sala de vacina em todas as Estratégias Saúde da Família, equipada com computador contendo o SIPNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Informação), Sinan (Sistema Nacional de Agravos de Notificações), com acesso a Internet, uma vacinadora exclusiva para Sala de Vacinas, onde se ofertam todas as vacinas do Calendário Básico de Vacinas e uma Enfermeira coordenadora da Vigilância Epidemiológica.

Todas as Campanhas previstas pelo Ministério da Saúde são realizadas e as metas. Todas as doenças de notificação compulsória são notificadas e investigadas

conforme sistema de notificações e todos os casos de doenças são orientados de forma para que não haja propagação das doenças. Conta-se também com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que orientam as famílias em relação às doenças, encaminham os casos para consultas e diagnóstico e também para realização das notificações.

A Vigilância Epidemiológica do município trabalha com os Programas de Prevenção do Ministério da Saúde, utilizam folders, informativos, palestras nas escolas, realizam troca das carteiras de Vacinação dos adolescentes e orientações acerca das doenças. Todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde são informados a respeito de doenças e de suas notificações, para que, quando da ocorrência de casos, estes possam ser informados a Vigilância Epidemiológica e serem tomadas suas devidas providências.

5.16.1 Indicadores de saúde

Indicador de saúde pode ser definido como um dado que represente uma situação de saúde; em outras palavras, trata-se de um instrumento de mensuração utilizado para avaliar situações de saúde, além de ser utilizado como base para o planejamento, execução, gerenciamento e avaliação de ações e serviços de saúde.

Mortalidade: é uma medida muito utilizada como indicador de saúde porque permite avaliar as condições de saúde de uma população. É calculada dividindo-se o número de óbitos pela população em risco. Estudaremos mais sobre essa medida ainda nesta unidade.

A medida de mortalidade tem sido tradicionalmente utilizada como indicador de saúde há mais de um século. Historicamente, é o primeiro indicador utilizado em avaliação de saúde coletiva; e ainda hoje, o mais empregado. Isso pode ser explicado pelas facilidades operacionais, pois a morte é definitiva, ao contrário da doença, e cada óbito tem que ser registrado. Inicialmente, a mensuração de tal medida estava a cargo da igreja católica na Europa. Só a partir do século XVII é que a regulamentação do registro sistemático de fatos vitais passou a ser efetuada progressivamente pelo Estado (9). Atualmente, está consolidada esta atribuição para os Estados, e, em geral, cabe aos Serviços de Saúde realizar a notificação, mensuração e avaliação da causa morte (GOMES, 2015).

Na análise do perfil da Mortalidade, serão apresentados dados do Município referente à Mortalidade geral, Materna e Infantil, mortalidade por idade, Mortalidade em Mulher em idade Fértil.

5.16.2 Mortalidade por idade

Na tabela mortalidade por Idade Detalhada, observa-se que o maior número de óbitos ocorreu nas idades 71, 72, 73 e 83 anos. Nas faixas etárias mais jovens destaca-se um número de óbitos, nas idades de 19 e 20 anos, apresentando 18 e 15 óbitos subsequentes.

DETALHADA	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
< 1 hora	0	0	0	3	0	3
1 hora	1	0	0	1	0	2
3 horas	0	1	0	0	0	1
4 horas	0	0	1	1	0	2
6 horas	0	1	0	0	0	1
9 horas	1	0	0	0	0	1
23 horas	0	1	0	0	0	1
< 1 dia, horas ign	2	0	1	1	0	4
1 dia	2	1	4	3	0	10
2 dias	1	2	1	0	0	4
3 dias	0	1	0	1	0	2
4 dias	1	0	0	1	0	2
11 dias	0	0	0	1	0	1
13 dias	0	1	0	0	0	1
22 dias	0	0	0	1	0	1
25 dias	0	0	1	0	0	1
1 mes	0	0	0	1	0	1
2 meses	1	3	0	1	0	5
3 meses	0	1	0	0	0	1
4 meses	2	0	0	0	0	2
5 meses	1	0	0	0	0	1
6 meses	0	2	1	1	0	4
7 meses	0	1	0	0	0	1
8 meses	2	0	0	0	0	2
9 meses	1	0	0	0	0	1
10 meses	0	0	0	1	0	1
1 ano	0	1	2	1	1	5
2 anos	1	0	1	0	0	2

3 anos	0	0	0	1	0	1
--------	---	---	---	---	---	---

5 anos	1	0	0	0	0	1
7 anos	0	1	0	0	0	1
11 anos	0	0	1	0	0	1
12 anos	0	0	1	1	0	2
13 anos	0	1	0	0	0	1
14 anos	0	2	0	0	0	2
15 anos	0	1	0	0	0	1
16 anos	0	1	2	1	0	4
17 anos	1	1	2	0	0	4
18 anos	4	0	0	4	1	9
19 anos	4	4	5	5	0	18
20 anos	2	4	3	6	0	15
21 anos	3	0	3	1	0	7
22 anos	1	2	4	2	0	9
23 anos	4	1	0	1	0	6
24 anos	2	0	0	4	0	6
25 anos	1	1	3	1	1	7
26 anos	2	0	1	1	0	4
27 anos	0	0	1	3	0	4
28 anos	0	5	2	1	0	8
29 anos	1	7	2	1	0	11
30 anos	0	5	2	2	0	9
31 anos	0	4	1	2	0	7
32 anos	1	2	2	2	0	7
33 anos	1	1	0	4	0	6
34 anos	0	1	2	1	0	4
35 anos	6	3	2	5	0	16
36 anos	3	2	3	3	1	12
37 anos	1	1	3	2	0	7
38 anos	1	2	3	2	0	8
39 anos	3	1	0	0	0	4
40 anos	1	2	5	2	0	10
41 anos	1	2	5	2	0	10
42 anos	3	0	2	2	0	7
43 anos	0	1	5	4	0	10
44 anos	2	0	2	3	0	7
45 anos	3	2	5	2	0	12
46 anos	1	2	3	3	0	9
47 anos	2	1	2	4	0	9
48 anos	1	3	5	4	0	13

49 anos	1	3	2	1	0	7
50 anos	2	2	2	2	0	8
51 anos	2	4	1	5	0	12
52 anos	0	2	2	6	0	10
53 anos	1	3	2	2	1	9
54 anos	1	2	7	7	1	18
55 anos	5	4	1	4	0	14
56 anos	2	4	0	5	0	11
57 anos	2	3	4	4	1	14
58 anos	4	2	5	4	0	15
59 anos	3	2	3	4	0	12
60 anos	4	2	3	6	1	16
61 anos	5	5	1	2	1	14
62 anos	2	2	6	4	0	14
63 anos	4	2	4	3	1	14
64 anos	2	3	7	6	0	18
65 anos	2	3	4	8	0	17
66 anos	1	3	5	7	0	16
67 anos	2	1	6	3	0	12
68 anos	3	6	2	3	0	14
69 anos	3	6	4	5	0	18
70 anos	2	1	2	6	0	11
71 anos	4	3	3	9	1	20
72 anos	5	7	6	4	2	24
73 anos	4	4	9	7	2	26
74 anos	3	5	5	5	0	18
75 anos	1	2	3	6	0	12
76 anos	6	4	3	5	0	18
77 anos	1	1	4	10	0	16
78 anos	5	2	7	1	0	15
79 anos	5	2	2	2	0	11
80 anos	3	7	5	3	0	18
81 anos	3	3	6	5	1	18
82 anos	5	2	4	3	0	14
83 anos	4	5	6	6	3	24
84 anos	1	2	3	5	1	12
85 anos	5	4	1	3	0	13
86 anos	2	4	3	3	0	12
87 anos	3	3	1	4	0	11
88 anos	0	2	4	2	0	8
89 anos	0	2	1	3	0	6
90 anos	3	2	1	0	0	6
91 anos	1	0	0	1	0	2

92 anos	0	2	1	2	0	5
93 anos	2	1	2	0	0	5
94 anos	1	0	0	2	0	3
95 anos	1	0	2	1	0	4
96 anos	2	0	0	0	0	2
97 anos	1	1	0	1	0	3
98 anos	0	0	2	1	0	3
103 anos	0	1	0	0	0	1
104 anos	0	1	0	0	0	1
108 anos	0	1	0	0	0	1
Total	196	220	251	291	20	978

Tabela: 20

Fonte: SIM/SINASC

5.16.3 Mortalidade segundo causa e faixa etária

Apresenta-se na tabela abaixo, Mortalidade segundo Causa e faixa etária, nota-se que a causa preponderante foi: outras causas mal definidas e NE de mortalidade com 164 casos, em seguida, tem-se Doenças p/vírus de localização NE com 99, Infarto agudo do miocárdio com 44, Agressão disparo de arma de fogo de mão 39, Motociclista traum. outros acidentes transp. e NE com 32 casos, Morte sem assistência com 32 casos, Agressão objeto cortante ou penetrante 25 casos.

Com relação a faixa etária, nota-se que a prevalência de óbitos ocorreu, 80 +, seguido por 70-79 anos, 60- 69 anos.

Outro dado que foi observado foi o número de óbitos em menores de 1 ano (56), dado relevante e que precisa ser acompanhado e investigado.

MORT SEGUNDO CAUSA E FAIXA ETÁRIA													
SEGUNDO CAUSA (CID10 3D) E FAIXA ETARIA	< 01	01-04	05-09	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+	Total
A04 OUTR INFECC INTESTINAIS BACTER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
A09 DIARREIA E GASTROENTERITE ORIG INFECC PRESUM	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
A15 TUBERC RESPIRAT C/CONF BACTERIOL E HISTOLOG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
A16 TUBERC VIAS RESPIRAT S/CONF BACTER HISTOL	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
A41 OUTR SEPTICEMIAS	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	6
A46 ERISPELA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
A48 OUTR DOENC BACTER NCOP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
B20 DOENC P/HIV RESULT DOENC INFECC E PARASIT	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	4
B21 DOENC P/HIV RESULT EM NEOPL MALIG	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
B22 DOENC P/HIV RESULT EM OUTR DOENC ESPEC	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
B23 DOENC P/HIV RESULT EM OUTR DOENC	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
B24 DOENC P/HIV NE	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
B34 DOENC P/VIRUS DE LOCALIZ NE	0	0	0	0	1	0	3	13	17	23	25	17	99
B41 PARACOCCIDIOIDOMICOSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
B57 DOENC DE CHAGAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
B94 SEQUELAS DE OUTR DOENC INFECC E PARASIT E NE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
C01 NEOPL MALIG DA BASE DA LINGUA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
C10 NEOPL MALIG DA OROFARINGE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C15 NEOPL MALIG DO ESOFAGO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
C16 NEOPL MALIG DO ESTOMAGO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
C18 NEOPL MALIG DO COLON	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3
C22 NEOPL MALIG FIGADO VIAS BILIARES INTRA-HEPAT	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
C25 NEOPL MALIG DO PANCREAS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4
C26 NEOPL MALIG OUTR MAL DEF APARELHO DIGESTIVO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2

C32 NEOPL MALIG DA LARINGE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4
C34 NEOPL MALIG DOS BRONQUIOS E DOS PULMOES	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	5	3	0	11
C37 NEOPL MALIG DO TIMO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
C38 NEOPL MALIG DO CORACAO MEDIASTINO E PLEURA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C41 NEOPL MALIG OSSOS/CARTIL ARTIC OUTR LOC E NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C44 OUTR NEOPL MALIG DA PELE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C49 NEOPL MALIG TEC CONJUNTIVO E OUTR TEC MOLES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
C50 NEOPL MALIG DA MAMA	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3
C53 NEOPL MALIG DO COLO DO UTERO	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	4
C55 NEOPL MALIG DO UTERO PORCAO NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
C56 NEOPL MALIG DO OVARIO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
C61 NEOPL MALIG DA PROSTATA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C68 NEOPL MALIG DE OUTR ORGAOS URINARIOS E NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C71 NEOPL MALIG DO ENCEFALO	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
C76 NEOPL MALIG OUTR LOCALIZ E MAL DEFINIDAS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	4
C78 NEOPL MALIG SECUND ORG RESPIRAT E DIGESTIVOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
C79 NEOPL MALIG SECUND DE OUTR LOCALIZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
C85 LINFOMA NAO-HODGKIN DE OUTR TIPOS E TIPO NE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
C92 LEUCEMIA MIELOIDE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
C96 OUTR NEOPL MAL E NE TEC LINF HEMATOP E CORR	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
D37 NEOPL COMP INCERTO/DESC CAV ORAL E ORG DIG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
D48 NEOPL COMP INC/DESCONH OUTR LOCALIZ E NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
D50 ANEMIA P/DEFIC DE FERRO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
D61 OUTR ANEMIAS APLASTICAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

D64 OUTR ANEMIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
D68 OUTR DEFEITOS DA COAGULACAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
E10 DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDENTE	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	0	5
E11 DIABETES MELLITUS NAO-INSULINO-DEPENDENTE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	6
E12 DIABETES MELLITUS RELAC C/A DESNUTR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
E14 DIABETES MELLITUS NE	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	0	6	11
E43 DESNUTRIC PROTEICO-CALORICA GRAVE NE	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4	0	3	9
E44 DESNUTRIC PROTEICO-CALORICA GRAU MODER LEVE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
E46 DESNUTRIC PROTEICO-CALORICA NE	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4
E86 DEPLECAO DE VOLUME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
E88 OUTR DISTURBIOS METABOLICOS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
F10 TRANST MENTAIS COMPORT DEV USO ALCOOL	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
G00 MENINGITE BACTER NCOP	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
G04 ENCEFALITE MIELITE E ENCEFALOMIELITE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
G30 DOENC DE ALZHEIMER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
G35 ESCLEROSE MULT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
G40 EPILEPSIA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
G45 ACID VASC CEREBR ISQUEMICOS TRANS SINDR CORR	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
G90 TRANST DO SIST NERVOSO AUTONOMO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
G93 OUTR TRANST DO ENCEFALO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
I10 HIPERTENSAO ESSENCIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	5
I11 DOENC CARDIACA HIPERTENSIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	6
I12 DOENC RENAL HIPERTENSIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
I13 DOENC CARDIACA E RENAL HIPERTENSIVA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
I21 INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO	0	0	0	0	1	0	2	9	7	10	9	6	44

I25 DOENC ISQUEMICA CRONICA DO CORACAO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3
I26 EMBOLIA PULMONAR	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3
I27 OUTR FORM DE DOENC CARDIACA PULMONAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
I35 TRANST NAO-REUMATICOS DA VALVA AORTICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
I38 ENDOCARDITE DE VALVA NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
I46 PARADA CARDIACA	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	4
I48 FLUTTER E FIBRILACAO ATRIAL	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
I50 INSUF CARDIACA	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	9	11	26
I51 COMPLIC CARDIOPATIAS DOENC CARDIACAS MAL DEF	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2
I60 HEMORRAGIA SUBARACNOIDE	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
I61 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL	0	0	0	0	0	2	1	0	1	2	2	1	9
I62 OUTR HEMORRAGIAS INTRACRANIANAS NAO-TRAUM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
I63 INFARTO CEREBRAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3
I64 ACID VASC CEREBR NE COMO HEMORRAG ISQUEMICO	0	0	0	0	0	1	0	1	5	4	7	7	25
I67 OUTR DOENC CEREBROVASCULARES	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	0	5
I69 SEQUELAS DE DOENC CEREBROVASCULARES	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3
I71 ANEURISMA E DISSECCAO DA AORTA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
I72 OUTR ANEURISMAS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
I82 OUTR EMBOLIA E TROMBOSE VENOSAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
I85 VARIZES ESOFAGIANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
J15 PNEUMONIA BACTER NCOP	2	0	0	0	0	0	0	0	1	4	2	3	12
J18 PNEUMONIA P/MICROORG NE	3	1	0	0	0	2	0	1	0	1	1	2	11
J44 OUTR DOENC PULMONARES OBSTRUTIVAS CRONICAS	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	6	8	20
J45 ASMA	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
J80 SINDR DO DESCONFORTO RESPIRAT DO ADULTO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
J81 EDEMA PULMONAR NE DE OUTR FORM	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	4	2	8
J84 OUTR DOENC PULMONARES INTERSTICIAIS	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	4
J96 INSUF RESPIRAT NCOP	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
J98 OUTR TRANST RESPIRAT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
K25 ULCERA GASTRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

K27 ULCERA PEPTICA DE LOCALIZ NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
K46 HERNIA ABDOMINAL NE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
K65 PERITONITE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
K70 DOENC ALCOOLICA DO FIGADO	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	1	0	6
K74 FIBROSE E CIRROSE HEPATICAS	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	3	0	8
K83 OUTR DOENC DAS VIAS BILIARES	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
K85 PANCREATITE AGUDA	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
K86 OUTR DOENC DO PANCREAS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
K92 OUTR DOENC DO APARELHO DIGESTIVO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	4
L13 OUTR AFECCOES BOLHOSAS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
L50 URTICARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
N17 INSUF RENAL AGUDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
N18 INSUF RENAL CRONICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
N19 INSUF RENAL NE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
N30 CISTITE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
N39 OUTR TRANST DO TRATO URINARIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
O15 ECLAMPSIA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
O45 DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
P01 FET REC-NASC AFET COMPLIC MATERNAS GRAVIDEZ	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
P07 TRANST REL GEST CURT DUR PESO BAIX NASC NCOP	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
P22 DESCONFORTO RESPIRAT DO RECEM- NASCIDO	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
P24 SINDR DE ASPIRACAO NEONATAL	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
P26 HEMORRAGIA PULMONAR ORIG PERIODO PERINATAL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P27 DOENC RESPIRAT CRON ORIG PERIODO PERINATAL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P28 OUTR AFECCOES RESPIRAT ORIG PER PERINATAL	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
P29 TRANST CARDIOVASC ORIG PERIODO PERINATAL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P36 SEPTICEMIA BACTER DO RECEM- NASCIDO	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2

P39 OUTR INFECC ESPECIFICAS DO PERIODO PERINATAL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P74 OUTR DIST ELETROLIT METAB TRANSIT PER NEONAT	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P76 OUTR OBSTRUcoes INTESTINAIS DO RECEM-NASCIDO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P77 ENTEROCOLITE NECROTIZANTE DO FETO E REC-NASC	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P90 CONVULSOES DO RECEM-NASCIDO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
P96 OUTR AFECCoes ORIGINADAS PERIODO PERINATAL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q02 MICROCEFALIA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q07 OUTR MALFORMACOES CONGEN DO SIST NERVOZO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q24 OUTR MALFORMACOES CONGEN DO CORACAO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q41 AUSENCIA ATRESIA ESTENOSE CONGEN INTEST DELG	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Q62 ANOM CONG OBSTR PELV RENAL MALF CONG URETER	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q87 OUTR SINDR C/MALFORM CONG Q ACOMET MULT SIST	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Q89 OUTR MALFORMACOES CONGEN NCOP	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
R09 OUTR SINT SINAIS RELAT AP CIRCULAT RESPIRAT	3	0	0	0	0	0	1	0	2	4	2	7	19
R18 ASCITE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
R19 OUTR SINT E SINAIS RELAT AP DIGEST ABDOME	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
R50 FEBRE ORIG DESCONHECIDA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
R52 DOR NCOP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
R54 SENILIDADE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	4
R56 CONVULSOES NCOP	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
R57 CHOQUE NCOP	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3
R58 HEMORRAGIA NCOP	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
R96 OUTR MORTES SUBITAS DE CAUSA DESCONHECIDA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	4
R98 MORTE S/ASSIST	0	0	0	0	0	2	2	3	4	1	5	15	32
R99 OUTR CAUSAS MAL DEFINIDAS E NE MORTALIDADE	1	2	0	0	1	7	6	13	20	29	35	50	164
LV02 PEDESTRE TRAUM COLIS VEIC MOTOR 2 3 RODAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
V22 MOTOCICL TRAUM COLIS VEIC MOTOR 2 3 RODAS	0	0	0	1	1	1	3	2	1	0	0	0	9
V23 MOTOCICL TRAUM COLIS AUTOMOV PICKUP CAMINHON	0	1	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	7
V24 MOTOCICL TRAUM COLIS VEIC TRANSP PESADO ONIB	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	3
V27 MOTOCICL TRAUM COLIS OBJETO FIXO PARADO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
V28 MOTOCICLISTA TRAUM ACID TRANSP S/COLIS	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	4
V29 MOTOCICLISTA TRAUM OUTR ACID TRANSP E NE	0	0	0	0	2	10	4	4	6	6	0	0	32

V49 OCUP AUTOMOVEL TRAUM OUTR ACID TRANSP E NE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
V80 PESS MONT ANIM OC VEIC ANIM TRAUM AC TRANSP	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3
V84 OCUP VEIC ESP MOT USO AGRIC TRAUM ACID TRANS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
V87 ACID TRANS TIPO ESPEC DESCONH MOD TRANSP VIT	0	0	0	0	1	1	1	2	2	1	0	0	8
V89 ACID VEIC MOT N-MOT TIPOS DE VEIC NE	0	0	0	0	5	1	3	1	2	0	0	1	13
V95 ACID DE AERONAVE MOT CAUSANDO TRAUM AO OCUP	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	3
V99 ACID TRANSP NE	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
W14 QUEDA DE ARVORE	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	4
W19 QUEDA S/ESPECIFICACAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
W20 IMPACTO CAUS OBJETO LANC PROJETADO EM QUEDA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
W69 AFOGAMENTO E SUBMERSAO EM AGUAS NATURAIS	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0	5
W74 AFOGAMENTO E SUBMERSAO NE	0	0	0	1	1	1	2	1	1	1	0	0	8
W78 INALACAO DO CONTEUDO GASTRICO	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
W87 EXPOSICAO A CORRENTE ELETRICA NE	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3
X47 INTOX ACID OUTR GASES E VAPORES	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
X70 LESAO AUTOPROV INTENC ENFORC ESTRANG SUFOC	0	0	0	1	1	5	2	0	1	0	0	0	10
X72 LESAO AUTOPROV INTENC DISP ARMA FOGO DE MAO	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
X93 AGRESSAO DISPARO DE ARMA DE FOGO DE MAO	0	0	0	0	5	15	12	4	3	0	0	0	39
X95 AGRESSAO DISPARO OUTR ARMA DE FOGO OU NE	0	0	0	0	6	3	0	2	0	0	0	0	11
X99 AGRESSAO OBJETO CORTANTE OU PENETRANTE	0	0	0	0	4	5	5	6	5	0	0	0	25
Y04 AGRESSAO P/MEIO DE FORCA CORPORAL	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Y20 ENFORC ESTRANG SUFOC INTENC NAO DETERMINADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Y24 DISPARO OUTR ARMA FOGO E NE INTENC NAO DET	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Y26 EXPOSICAO FUMACA FOGO CHAMAS INTENC N DET	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Y33 OUTR FATOS OU EVENTOS ESPEC INTENC N DET	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	56	8	2	6	36	77	80	94	12	15	17	17	97
									3	3	1	2	8

Tabela: 21

Fonte: SIM/SINASC

5.16.4 Taxa de mortalidade prematura

As DCNT são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compreendem majoritariamente doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes, constituindo a maior carga de morbimortalidade no mundo e sendo responsáveis por 63% das mortes globais.

As doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes. Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1%, (BRASIL, 2011).

ÓBITO PREMATURO	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL	POP	% ÓBITO PREMATURO
30-39	1	5	3	2	0	11	-	
40-49	4	4	10	7	0	25	-	
50-59	7	9	9	9	1	35	-	
60-69	14	14	14	15	1	58	-	
TUCUMÃ							40136	
TOTAL	26	32	36	33	2	129		

Tabela: 22

Fonte: SIM/SINASC

5.16.5 Mortalidade por causas externas

CAUSA ORIG CAPIT	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE	37	37	44	52	1	171
TOTAL	37	37	44	52	1	171

Tabela:23

Fonte: SIM/SINASC

5.16.6 Mortalidade materna

No Brasil a Mortalidade Materna continua sendo um problema de Saúde Pública. Quando comparados a outros Países, os índices brasileiros são alarmantes. Quando uma mulher gestante, no parto ou no puerpério, vai a óbito, há uma demonstração sequencial de falhas em toda política de saúde, no que diz respeito às Diretrizes Políticas, aos profissionais, e sociedade de forma geral. As diretrizes erraram por promoverem Ações que muitas das vezes não estão em consonância com a real necessidade da população; falhou os profissionais, pela forma insensível e sem comprometimento; falhou a sociedade, pela forma excludente com que se acostumou a viver.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), Mortalidade Materna, pode ser definida da seguinte forma:

Morte materna é a que ocorre durante a gestação ou no período de 42 dias após seu término, independente da duração ou da localização da gestação, com a causa relacionada ou agravada pela gravidez, ou por medidas relacionadas a ela, com exceção as causas incidentais e acidentais.

Em relação às causas diretas da morte materna, pode-se dizer que, de maneira geral, estas podem ser prevenidas, com um bom acompanhamento de pré-natal, realização de consultas e exames adequados. Isto é fundamental, para maior conhecimento do desenvolvimento da gestação, parto e puerpério (RIQUINHO, et al., 2006).

Razão de mortalidade materna (RMM) é a relação do número de óbitos maternos por cem mil nascidos vivos. Nos Estados Unidos, no período de 1986 a 1996, a mortalidade materna anual variou de 7 a 8 óbitos por cem mil nascidos vivos⁴. No Brasil, a RMM no ano de 1998 foi de 64,8 óbitos/100.000 nascidos vivos, apresentando variações nas diferentes regiões do país. (TEDOLDI, et al., 2009).

Em relação à Mortalidade Materna (MM) será analisada a série histórica dos últimos cinco anos, sendo que ocorreu apenas um óbito materno em 2021. Como mostra a tabela abaixo de taxa de MM.

ÓBITO MATERNO	2018	2019	2020	2021	2022
TUCUMÃ	0	0	0	1	0
TOTAL	0	0	0	1	0

Tabela:24

Fonte: SIM/SINASC

5.16.7 Proporção de investigação de óbitos de mulher em idade fértil

Analisando os dados referente à óbito de Mulher em Idade Fértil (MIF), o município não conseguiu realizar todas as investigações de óbito, atingindo 47,69 %. Ressalta-se que todos os óbitos ocorridos na faixa etária de 10 a 49 anos, devem obrigatoriamente ser investigados, o objetivo é identificar um possível óbito materno que não tenha sido declarado. Esse monitoramento ocorre em função da mortalidade materna ser um dos principais indicadores de monitoramento da qualidade da assistência à saúde ofertada a população.

OBITO MIF	NÃO INFORMADO	INVESTIGADO	NÃO INVESTIGADO	TOTAL	OBITO MIF INVESTIGADO
Tucumã	10	31	24	65	47,69
Total	10	31	24	65	47,69

Tabela:25

Fonte: SIM/SINASC

5.16.8 Óbitos de mulheres em idade fértil por idade

ÓBITOS MIF POR ANO, TUCUMÃ						
ÓBITOS MIIF	2018	2019	2020	2021	2022	Total
10-14a	0	0	0	1	0	1
15-19a	1	2	1	2	1	7
20-29a	1	5	5	4	0	15
30-39a	7	3	2	4	1	17
40-49a	5	3	10	7	0	25
Total	14	13	18	18	2	65

Tabela: 26

Fonte: SIM/SINASC

Análise: Ao analisar a tabela de óbitos de MIF por idade e ano, observou-se que a faixa etária prevalente de óbitos em mulheres em idade fértil (MIF), foi a de 40-49 anos, seguida da faixa etária de 30-39 a.

5.16.9 Óbitos de MIF por causa

Ao analisar os dados da tabela abaixo, percebe-se que as principais causas de óbito em mulheres em idade fértil foram: doenças por vírus de localização não especificada, outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade, infarto.

ÓBITO MIF INVESTIGADO POR CAUSAS	2018	2019	2020	2021	Total	Investigado
B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	1	0	0	0	1	100,00
B34 Doenc p/virus de localiz NE	0	0	2	2	4	100,00
C53 Neopl malig do colo do utero	1	0	0	0	1	100,00
D50 Anemia p/defic de ferro	0	0	0	1	1	100,00
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	0	0	0	1	1	100,00
E14 Diabetes mellitus NE	0	0	1	0	1	100,00
I21 Infarto agudo do miocardio	0	1	2	0	3	100,00
I61 Hemorragia intracerebral	0	1	0	0	1	100,00
I67 Outr doenc cerebrovasculares	1	0	0	0	1	100,00
J80 Sindr do desconforto respirat do adulto	0	0	1	0	1	100,00
J84 Outr doenc pulmonares intersticiais	0	1	0	0	1	100,00
J96 Insuf respirat NCOP	0	1	0	0	1	100,00
L13 Outr afecoes bolhosas	0	0	0	1	1	100,00
R09 Outr sint sinais relat ap circulat respirat	1	0	0	0	1	100,00
R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	3	0	1	0	4	100,00
V22 Motocicl traum colis veic motor 2 3 rodas	0	1	0	0	1	100,00
V23 Motocicl traum colis automov pickup caminhon	0	0	0	1	1	100,00
V28 Motociclista traum acid transp s/colis	0	0	1	0	1	100,00
V29 Motociclista traum outr acid transp e NE	1	0	1	0	2	100,00
W87 Exposição a corrente eletrica NE	0	0	1	0	1	100,00
X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	0	1	0	0	1	100,00
X93 Agressao disparo de arma de fogo de mao	0	0	0	1	1	100,00
TOTAL	8	6	10	7	31	100,00

Tabela: tabela:27

Fonte: SIM/SINASC

5.16.10 Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil é usada internacionalmente como o indicador que melhor retrata o estágio de desenvolvimento econômico e social de um país ou região, justamente por possuir relação direta com características socioeconômicas e, conseqüentemente, ser sensível às suas variações.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade infantil permite analisar a disponibilidade, a utilização e a eficácia dos cuidados de saúde, em especial da atenção ao pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e à criança no primeiro ano de vida, sendo frequentemente utilizada para definir políticas públicas direcionadas à saúde materno infantil. (KROPIWIECA, et al., 2017).

A mortalidade infantil é um indicador de extrema importância, não somente dos cuidados de saúde, mas também por refletir as condições socioeconômicas da população. A taxa de mortalidade infantil expressa a estimativa do risco de morrer de crianças menores de 1 ano. O monitoramento, juntamente à identificação das causas associadas aos óbitos, constitui ferramenta fundamental para elaborar políticas públicas mais adequadas e eficientes, direcionadas ao controle da mortalidade específica da população analisada.

ÓBITO INFANTIL FAIXA ETÁRIA	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
< 7D	5	7	7	6	8	33
07-27	4	0	1	1	2	8
28 D -< 1	2	4	5	1	3	15
TOTAL	11	11	13	8	13	56

Tabela: 28

Fonte: SIM/SINASC

Análise: ao analisar os dados acima, observou-se que a faixa etária com maior incidência de óbitos infantis foi a < 7 dias.

5.16.11 Óbito infantil por escolaridade da mãe

ÓBITO INFANTIL POR ESCOLARIDADE DA MÃE	2017	2018	2019	2020	2021	Total
ÓBITO INF POR ESC DA MÃE						
N INF	1	1	1	0	2	5
NENHUMA	0	1	2	0	0	3
01-03	0	0	2	0	0	2
04-07	4	4	1	2	4	15
08-11	4	3	4	5	5	21
12 E+	0	1	2	0	2	5
IGN	2	1	1	1	0	5
TOTAL	11	11	13	8	13	56

Tabela: 29

Fonte: SIM/SINASC

Análise: ao analisar os dados da tabela óbito Infantil por Escolaridade da Mãe, observou-se que o número de óbito infantil foi maior entre as mães que possuem 08 a 11 anos de escolaridade, dado muito superior quando comparado as mães que possuem 12 anos e mais de estudos.

5.16.12 Mortalidade fetal

O óbito fetal é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID10), como a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. O fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar qualquer outro sinal de vida indica o óbito, (BARROS, et al., 2019).

Um dos indicadores de qualidade da assistência prestada à gestante e ao parto é a taxa de mortalidade fetal (TMF), expressa pelo número de óbitos fetais ocorridos a partir da 22ª semana completa de gestação ou 154 dias, com fetos com peso igual ou superior a 500 g ou estatura a partir de 25 cm por mil nascimentos totais na população residente em um determinado espaço geográfico e ano. (BARROS, et al., 2019)

A mortalidade fetal é um indicador sensível à qualidade e ao acesso à assistência prestada à gestante durante o pré-natal e o parto, sendo também influenciada pelas condições de saúde materna, antecedentes obstétricos e características socioeconômicas da mãe.

Observa-se que ainda é muito alto o número de óbito fetal, enfatizamos que estamos trabalhando para melhorar esse indicador e reduzir o número de óbito fetal.

Série histórica de óbitos fetais

ÓBITOS FETAIS	2018	2019	2020	2021	TOTAL
FETAL	13	8	14	14	49
TOTAL	13	8	14	14	49

Tabela: 30

Fonte: SIM/SINASC

5.17 Morbidade hospitalar

A Morbidade hospitalar foi analisada conforme a população residente do município de Tucumã, verifica-se que, em 2017, 2018, 2019, as causas mais frequentes foram doenças do aparelho respiratório, na sequência são Algumas doenças Infecciosas e Parasitárias, seguida por Doenças do aparelho geniturinário.

Ressaltando o total de internações do período de 2017 foi de 4.504 ocorrendo um aumento, no período de 2018 onde foram realizadas 5.031.

5.17.1 Principais causas de internação em 2017

Lista Morb CID-10	2017
01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	783
02 Neoplasias (tumores)	44
03 Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	27
04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	177
05 Transtornos mentais e comportamentais	4
06 Doenças do sistema nervoso	16
07 Doenças do olho e anexos	3
08 Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1
09 Doenças do aparelho circulatório	287
10 Doenças do aparelho respiratório	1181
11 Doenças do aparelho digestivo	328
12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	19
13 Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	29
14 Doenças do aparelho geniturinário	704
15 Gravidez parto e puerpério	528
16 Algumas afec originadas no período perinatal	13
17 Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	14
18 Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	10
19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	271
21 Contatos com serviços de saúde	65
Total	4504

Tabela:31

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

5.17.2 Principais causas de internações em 2018

Dentre as principais causas de internação dos residentes do município de Tucumã, destaca-se doenças do aparelho respiratório. Em seguida temos as internações por algumas doenças infecciosas. Em seguida, gravidez, parto e puerpério.

Lista Morb CID-10	2018
01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	687
02 Neoplasias (tumores)	29
03 Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	23
04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	249
05 Transtornos mentais e comportamentais	4
06 Doenças do sistema nervoso	27
07 Doenças do olho e anexos	3
08 Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2
09 Doenças do aparelho circulatório	548
10 Doenças do aparelho respiratório	1322
11 Doenças do aparelho digestivo	347
12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	22
13 Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	33
14 Doenças do aparelho geniturinário	604
15 Gravidez parto e puerpério	694
16 Algumas afec originadas no período perinatal	12
17 Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6
18 Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	23
19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	328
21 Contatos com serviços de saúde	68
Total	5031

Tabela:32

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

5.17.3 Principais causas de internações em 2019

Lista Morb CID-10	2019
01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	774
02 Neoplasias (tumores)	46
03 Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	19
04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	182
05 Transtornos mentais e comportamentais	4
06 Doenças do sistema nervoso	21
07 Doenças do olho e anexos	2
08 Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1

09 Doenças do aparelho circulatório	183
10 Doenças do aparelho respiratório	1606
11 Doenças do aparelho digestivo	348
12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	18
13 Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	57
14 Doenças do aparelho geniturinário	568
15 Gravidez parto e puerpério	559
16 Algumas afec originadas no período perinatal	8
17 Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	11
18 Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	11
19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	367
21 Contatos com serviços de saúde	36
Total	4821

Tabela:33

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

5.17.4 Principais causas de internações em 2020

Lista Morb CID-10	2020
01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1037
02 Neoplasias (tumores)	38
03 Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	37
04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	221
05 Transtornos mentais e comportamentais	1
06 Doenças do sistema nervoso	35
07 Doenças do olho e anexos	3
09 Doenças do aparelho circulatório	191
10 Doenças do aparelho respiratório	830
11 Doenças do aparelho digestivo	229
12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	20
13 Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	36
14 Doenças do aparelho geniturinário	402
15 Gravidez parto e puerpério	600
16 Algumas afec originadas no período perinatal	11
17 Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6
18 Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7
19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	358
21 Contatos com serviços de saúde	55
Total	4117

Tabela: 34

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

5.17.5 Principais causas de internações em 2021

Lista Morb CID-10	2021
01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	951
02 Neoplasias (tumores)	28
03 Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	37
04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	162
05 Transtornos mentais e comportamentais	2
06 Doenças do sistema nervoso	30
07 Doenças do olho e anexos	1
09 Doenças do aparelho circulatório	176
10 Doenças do aparelho respiratório	872
11 Doenças do aparelho digestivo	229
12 Doenças da pele e do tecido subcutâneo	16
13 Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	23
14 Doenças do aparelho geniturinário	410
15 Gravidez parto e puerpério	538
16 Algumas afec originadas no período perinatal	6
17 Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	9
18 Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	23
19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	319
21 Contatos com serviços de saúde	25
Total	3857

Tabela: 35

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

5.18 Cobertura vacinal

Em relação à Cobertura Vacinal, apresenta-se série histórica dos anos de 2018 a 2021, das vacinas PENTA, POLIOMIELITE, TRÍPLICE VIRAL, no município de Tucumã.

Observa-se, que ainda precisamos melhorar, em relação as vacinas e as metas estabelecidas pelo ministério da Saúde.

	PENTA	POLIOMIELITE	TRÍPLICE VIRAL D1
2018	78,61	79,71	84,47
2019	74,79	73,08	79,20
2020	74,93	67,52	68,23
2021	65,35	63,17	89,50

Tabela: 36

Fonte: Tabnet/Imunização

5.19 Doenças de notificação compulsória

A Portaria no - 204, de 17 de fevereiro de 2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

Segundo as Portarias, nº 204, Portaria 205, de fevereiro de 2016, Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 e Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020 do Ministério da Saúde.

Notificação compulsória consiste na comunicação obrigatória da ocorrência de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados da lista de agravos relacionados da lista de agravos relacionados na Portaria, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes. Além disso, alguns eventos ambientais e doenças ou morte de determinados animais também se tornaram de notificação obrigatória.

O encerramento oportuno das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) é uma das ações prioritárias da Vigilância Epidemiológica e representa a capacidade do sistema de saúde de adotar medidas de controle em tempo hábil, diante do aparecimento de uma DNC. Podemos destacar que no último período o município

A portaria 264, de 17 de fevereiro de 2020, altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, a criptococose, a esporotricose humana e a paracoccidiodomicose na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

Analisando os dados epidemiológicos das notificações diversas, foi possível observar que, os Atendimentos Antirrábicos, Leishmaniose Tegumentar Americana, hanseníase, acidentes por animais peçonhentos e as DST/AIDS continuam sendo um sério problema de saúde pública, devendo ter maiores intervenções educativas. Outros indicadores, no caso das Hepatites Virais também surge com muita frequência e na maioria dos casos passam despercebidas, por falta de informação da população, necessitando de mais atenção.

ORDEM	AGRAVOS	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
1º	ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO	193	259	152	137	13	754
2º	LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	28	39	38	25	4	134
3º	HANSENÍASE	18	20	17	18	1	74
4º	ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	11	22	19	15	0	67
5º	DST/HIV/AIDS	11	19	7	6	0	43
6º	TUBERCULOSE	6	14	12	8	1	41
7º	LEISHMANIOSE VISCERAL	8	1	13	17	1	40
8º	SÍFILIS EM GESTATE	0	4	4	14	6	28
9º	HEPATITES VIRAIS	7	4	7	5	1	24
10º	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	1	3	4	11	0	19

Tabela: 37

Fonte: SINAN

5.20 Agravos e doenças transmissíveis

5.20.1 HIV/Aids

O aumento progressivo de casos de HIV/aids em mulheres em idade reprodutiva contribuiu para o incremento nas taxas de transmissão vertical, apresentando-se como importante desafio para as políticas públicas de saúde.

A região Norte do Brasil destaca-se no cenário nacional como a que detém maior crescimento nos coeficientes de detecção de HIV em gestantes nos últimos dez anos. Dentro desse panorama epidemiológico, o estado do Pará apresentou a quarta maior taxa do país de detecção de HIV em gestantes, registrando índice de 3,4 casos/mil nascidos vivos em 2017(1).

O HIV na gestação afeta a qualidade de vida das mulheres e traz repercussões negativas para o binômio mãe-filho, principalmente quando o diagnóstico é realizado tardiamente, tornando a eliminação da transmissão vertical do HIV algo cada vez mais distante (TRINDADE, et al., 2021).

	2018	2019	2020	2021	2022	total
AIDS	11	19	7	6	0	43
GESTANTE COM HIV	0	1	0	1	0	2

Tabela: 38

Fonte: SINAN/NET

Quanto aos casos de Vírus Imunodeficiência Humano (HIV) na população em geral, foram notificados casos em quase todos os anos analisados, o que demonstra a necessidade de oportunizar sempre que possível a oferta de teste rápido de HIV para a população em geral em diversas campanhas e programas ofertados pela saúde pública municipal.

5.20.2 Sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita.

A sífilis é uma doença infecciosa causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria de transmissão predominantemente sexual. Se não tratada, a doença pode evoluir a estágios que comprometem a pele e órgãos internos, como o coração, fígado e sistema nervoso central.

Causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, a sífilis é uma doença sistêmica, de evolução crônica e muitas vezes assintomática. Pode ser transmitida por via sexual e materno-fetal, sendo denominada de adquirida e congênita. A sífilis adquirida subdivide-se em recente se o tempo de evolução da doença for inferior a um ano (primária, secundária e latente recente) e se for mais de ano de infecção, como tardia (latente tardia e terciária). A SC classifica-se em recente quando surge até o segundo ano de vida e tardia quando surge após o segundo ano de vida.

A infecção fetal geralmente ocorre entre a 16^a e a 28^a semanas de gestação, sendo que a taxa de transmissão vertical do *Treponema pallidum* em mulheres não tratadas varia de 70 a 100%, considerando-se a fase primária e secundária da doença. No caso de gestantes não tratadas, a doença pode desencadear aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em cerca de 40% das crianças infectadas. (SILVA, et al., 2020).

A vigilância epidemiológica da sífilis na gestação tem como objetivo controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*, acompanhar adequadamente o

comportamento da infecção nas gestantes para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, prevenção e controle. (Sífilis congênita e sífilis na gestação, 2008).

A sífilis congênita é uma doença prevenível, desde que a gestante infectada seja diagnosticada e prontamente tratada, assim como seu(s) parceiro(s) sexual(is), sendo sua ocorrência indicativa de falhas na assistência pré-natal.¹ A triagem sorológica no pré-natal é uma medida eficaz e o tratamento com penicilina é efetivo, barato e facilmente disponível. (NONATO, et al., 2015)

5.20.3 Série histórica de sífilis em adultos e sífilis em gestante nos anos de 2018-2022

Observa-se que a quantidade de casos de sífilis em gestante foi maior quando comparado a Sífilis em adultos, acredita-se que isso deva-se a testagem rápida realizada no pré-natal, portanto, sugere-se que mais pacientes sejam testados e que Campanhas sejam realizadas para que mais pessoas sejam diagnosticadas e tratadas em tempo oportuno.

	2018	2019	2020	2021	2022	total
SÍFILIS EM ADULTO	2	0	0	7	0	9
SÍFILIS EM GESTANTE	0	4	4	14	6	28

Tabela: 39

Fonte: SINAN/NET

5.20.4 Tuberculose

A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2017, foram registrados 10 milhões de casos incidentes de tuberculose, sendo a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte em pacientes com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). No mesmo ano, morreram 1,3 milhões de pessoas e 300 mil indivíduos infectados pelo vírus do HIV.

O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública constitui um documento norteador das estratégias de enfrentamento da doença no Brasil. Publicado em 2017, o plano apresenta a visão de um país livre da TB e reconhece

os compromissos estabelecidos no panorama global, com ênfase para a Estratégia Global pelo Fim da TB (End TB Strategy) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) adotada pelos países-membros das Nações Unidas (ONU) (BRASIL, 2021).

As metas do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose são de alcançar redução de 90% do coeficiente de incidência da TB e redução de 95% no número de mortes pela doença no País até 2035, em comparação com os dados de 2015. Isso significa, para o Brasil, que é necessário reduzir o coeficiente de incidência para menos de dez casos por 100 mil habitantes e limitar o número de óbitos pela doença a menos de 230 ao ano, até 2035 (BRASIL, 2021).

No ano de 2019, a incidência de casos foi maior em relação aos demais anos, totalizando 18 casos. É importante manter a busca de sintomáticos respiratórios na população em geral (coleta de escarro em pessoas com tosse produtiva), examinar comunicantes e realizar o tratamento através de dose supervisionada, para que assim tenhamos diagnósticos precoces, ausência de subnotificação e redução da incidência da doença.

5.20.5 Série histórica de casos de tuberculose

TB SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO								
Ano da Notificação	Ign/Branco	Cur a	Abandono	Óbito por tuberculose	Óbito por outras causas	Transferência	Abandono Primário	Total
2017	0	6	2	0	1	1	0	10
2018	0	4	0	0	0	0	0	4
2019	0	10	3	0	1	3	1	18
2020	0	8	1	0	0	1	1	11
2021	2	2	0	1	0	2	0	7
Total	2	30	6	1	2	7	2	50

Tabela:40

Fonte: SINAN/NET

5.20.6 Hanseníase

Segundo o Boletim Mundial Epidemiológico sobre a doença, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), 143 países reportaram casos da doença em 2016. Do total de 214.783 casos novos informados, a Índia ocupa a primeira posição com 135.485 casos (63%) e o Brasil a segunda posição com 25.218 (11,7%). (GLADIS, [et al.] 2018).

A Estratégia Global de Hanseníase 2021 a 2030 traz uma mudança significativa na abordagem ao enfrentamento da hanseníase no mundo. As estratégias anteriores estavam direcionadas para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, tendo obtido avanços significativos na redução da carga global da hanseníase nas últimas três décadas. Contudo, a nova estratégia centraliza esforços para a interrupção da transmissão e a eliminação dos casos autóctones, cujo objetivo em longo prazo é o conceito de zero hanseníase: zero infecção e doença, zero incapacidade, zero estigma e discriminação. (BRASIL, 2022)

No Brasil, a Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022 traz a visão de um Brasil sem hanseníase. A Estratégia tem como objetivo geral reduzir a carga da doença no país ao fim de 2022, com as seguintes metas: 1) reduzir para 30 o número total de crianças com grau 2 de incapacidade física; 2) reduzir para 8,83/1

milhão de habitantes a taxa de pessoas com grau 2 de incapacidade física; e 3) implantar em todas as Unidades da Federação canais para registro de práticas discriminatórias às pessoas acometidas pela hanseníase e seus familiares. BRASIL, 2022.

5.20.7 Série histórica dos casos de hanseníase, em Tucumã, nos anos de 2018- 2022.

	2018	2019	2020	2021	2022	total
HANSENÍASE	18	20	17	18	1	74
CURADOS	14	19	13	5	-	51

Tabela: 41

Fonte: SINAN/NET

5.20.8 Hepatites

Em Tucumã, na série histórica de 2018 a 2022, foram diagnosticados 24 casos de hepatites, assim a manutenção de ações que ofertem testagem rápida à população faz-se necessária, diante da circulação destes vírus na população geral. Observou-se que a quantidade de casos de hepatite B ainda é alta, (14 casos), quando comparado aos outros tipos de hepatite. É importante conscientizar a população sobre a importância da vacinação como forma de prevenção.

Série histórica de casos de hepatites no município de tucumã

ANO DA NOTIFIC	IGN/BRANCO	VÍRUS A	VÍRUS B	VÍRUS C	TOTAL
2018	02	00	04	01	07
2019	00	00	04	00	04
2020	00	04	03	00	07
2021	00	00	03	02	05
2022	00	00	00	01	01
Total	02	04	14	04	24

Tabela: 42

Fonte: SINAN/NET

5.20.9 Leishmaniose tegumentar americana

Em 2019 foram confirmados 15.484 casos novos de LT no Brasil, com coeficiente de detecção de 7,37 casos a cada 100 mil habitantes.

Conforme a série histórica apresentada na Figura abaixo, a doença se distribuiu em todos os anos, com maior número de casos registrados em 2019.

SÉRIE HISTÓRICA DOS CASOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA, EM TUCUMÃ- PA.						
	2018	2019	2020	2021	2022	total
QUANTIDADE	28	39	38	25	04	134

Tabela: 43

Fonte: SINAN/NET

5.21 COVID-19

O ano de 2020 foi um ano atípico, marcado pela Pandemia que assolou o mundo inteiro, por todas as incertezas e reviravoltas trazidas pela Covid-19, doença que em poucas semanas se disseminou rapidamente. Desde a identificação do primeiro caso confirmado da doença em 2020, já foram notificados no mundo, até 30/09/2021, 233.994.887 de casos confirmados e 4.787.432 mortos no mundo. No Brasil são 21.427.073 contaminados e 596.749 mortos, segundo a Universidade de Johns Hopkins.

- Em 03/02/2020, através da PORTARIA FEDERAL Nº 188, foi declarada Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).
- Em 06/02/2020, foi publicada a LEI FEDERAL Nº 13.979 que dispôs sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.
- Em 11/03/2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) como uma PANDEMIA.
- Em 20/03/2020, o DECRETO LEGISLATIVO Nº 6, do Congresso Nacional, reconheceu, para os fins do art. 65, da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República.

Diante da Pandemia, a Secretaria tem se norteado, essencialmente, pelas ações a seguir:

- Elaboração de PLANO DE CONTINGÊNCIA MUNICIPAL PARA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS.

5.21.1 Série histórica dos casos de COVID, em Tucumã - PA.

ANOS	CASOS	ÓBITO
2020	4.027	33
2021	6.051	58
2022	1.027	03

Tabela 44
Fonte: SMS – Tucumã.

5.21.2 Número de casos de violência interpessoal e autoprovocada

Nota-se que em todos anos houve registros de casos de violência interpessoal e autoprovocada, com exceção, o ano de 2022.

CASOS	2018	2019	2020	2021	2022	total
TUCUMÃ	01	03	04	11	00	19

Tabela: 45
Fonte: SINAN

5.22 Vigilância ambiental

Destacamos a Vigilância Ambiental em Saúde, em sua ampla área de atuação, destaca-se as doenças transmitidas por vetores, prevenção e controle de zoonoses, intoxicações, além de agravos à saúde vinculados ao meio ambiente.

5.22.1 Dengue

O município de Tucumã segue ações do plano Nacional de Combate Dengue (PNCD) visando controle das doenças consequentes do vírus.

A dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 80 milhões de pessoas se infectem anualmente, em 100 países, de todos os continentes, exceto a Europa. Cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência da dengue. As condições socioambientais do Brasil, favorecem à expansão do *Aedes aegypti*, possibilitando sua disseminação, desde sua reintrodução em 1976 e que não foi possível

seu controle por meio dos métodos tradicionais de controle das doenças transmissíveis por vetores empregados, tanto no Brasil como no Continente. Ações fundamentadas no combate químico, com pouca ou sem a participação da população, sem integração intersetorial e com baixa utilização do instrumental epidemiológico tiveram como consequência inviabilidade de controle do vetor, com uma capacidade inquestionável de adaptação ao novo cenário de urbanização crescente e pelos novos hábitos de vida da população (BRASIL, 2002).

5.22.2 Série histórica de casos de dengue no município de Tucumã, nos anos de 2018-2022.

Dengue	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Tucumã	32	57	222	34	42	387
Total	32	57	230	34	42	395

Tabela: 46

Fonte: SINAN/ONLINE

5.23 Intoxicação exógena

Geralmente causadas por ingestão, inalação ou exposição a alguma substância tóxica ao organismo. A gravidade da situação está associada a uma série de fatores, podendo causar danos leve a graves

No município de Tucumã, percebe-se que foram notificadas intoxicação nos anos de 2018 a 2020, não havendo notificação no ano de 2021.

	2018	2019	2020	2021	2022	total
	03	02	02	00	00	07

Tabela: 47

Fonte: SINAN/NET

5.24 Vigilância sanitária

Define-se Vigilância Sanitária como o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. O Núcleo de Vigilância Sanitária desenvolve ações

regulamentadoras, educativas, preventivas, fiscalizadoras e punitivas nos estabelecimentos do setor regulado

O Município de Tucumã-PA possui plano de Vigilância Sanitária aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, instituindo normas de saúde em Vigilância Sanitária pela Coordenação do sistema de informação da VISA.

Principais funções da Vigilância Sanitária no município são: fiscalização dos alimentos, meio ambiente, e as demais funções complementares de Média Complexidade. As principais ações realizadas pela equipe são:

- Fiscalização de Produtos em Geral;
- Fiscalização de Estabelecimentos;
- Fiscalização do Meio Ambiente;
- Emissão de Licenças de Funcionamento;
- Atendimentos de denúncias.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Como componente da vigilância em saúde e visando à integralidade do cuidado, deve inserir-se no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde. Nesta perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional

e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

As notificações de acidentes de trabalho são preenchidas pelos profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde e no Pronto Atendimento 24 horas e, posteriormente, são inseridas no sistema de informação pelo responsável (a) pela política no município. Os acidentes de trabalho graves e fatais são notificados no SINAN (Sistema de informação de agravos de notificação) e os demais são notificados nas RINAs (Relatório individual de notificação de agravo).

5.25 Atenção 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. Os casos que demandam atendimentos especializados são referenciados para o serviço ambulatorial – Centro de especialidades e para os Hospitais contratualizados e credenciados, ou por meio, da regulação. A atenção especializada de média complexidade é um grande desafio do SUS. A demanda é sempre maior do que a oferta e de modo geral não reflete a real necessidade da população.

O município possui uma Clínica de especialidades médicas ambulatorial. O estabelecimento é o responsável pelo atendimento das consultas em especialidades médicas e multidisciplinares, além dos exames de apoio diagnóstico, como radiografia, eletrocardiograma, ultrassonografia. São realizados procedimentos ortopédicos, pequenas cirurgias. Os pacientes são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde de referência do usuário, além de referências diretas para os hospitais do município para casos específicos.

As especialidades médicas oferecidas na Clínica de especialidades são:

- 01 – CARDIOLOGIA
- 01 – ORTOPIEDIA
- 01 – GINECOLOGIA
- 02 – PEDIATRIA
- 01 – DERMATOLOGIA

Dentre as especialidades não médicas, estão disponíveis: Enfermagem, Psicologia.

5.26 Outros serviços especializados

Unidade de Referência 10 de Maio

Centro de Saúde Ambulatorial

Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA

Centro de Especialidade Odontológica – CEO

Centro de Atenção Psicossocial de Tucumã – CAPS I

Central de Regulação de Tucumã

Central de Rede de Frios de Tucumã

SAMU-192 Tucumã

Unidade de Vigilância Sanitária e Epidemiológica

Academias da Saúde

Hospital N. S. de Nazaré (Conveniado com o SUS)

Hospital Santo Agostinho (Conveniado com o SUS)

5.27 Assistência hospitalar

O município de Tucumã conta com um serviço local de Pronto Atendimento de 24 horas, para atendimentos de urgências e emergências pela equipe de enfermagem e encaminhamentos ao serviço hospitalar quando necessário.

O serviço ainda está contemplado, Consultas de enfermagem, realização de procedimentos de enfermagem, tais como: verificação de sinais vitais, curativo, enema, sutura, drenagem de abscesso, tamponamento nasal, imobilização ortopédica, administração de medicação oral, subcutânea, intramuscular e endovenosa, nebulizações; lavagem otológica, retirada de corpo estranho (esôfago, olhos, ouvidos), cateterismo vesical de alívio e de demora e sondagem nasoentérica, hemoglicosteste (HGT), infusão venosa (soroterapia) .

O pronto atendimento conta com uma equipe técnica de profissionais composta por quatro enfermeiras e seis técnicos de enfermagem.

5.27.1 Leitos hospitalis conveniados

CIRÚRGICO			
Código	Descrição	Existente	Sus
	<u>CIRURGIA GERAL</u>		
	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTO AGOSTINHO	7	6
	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ	9	7
TOTAL CIRÚRGICO		16	13
CLÍNICO			
Código	Descrição	Existente	Sus
	CLÍNICA GERAL		
	UNIDADE ISOLAMENTO		
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTO AGOSTINHO	-	11	10
HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ	-	22	20
TOTAL CLÍNICO		-	-

OBSTÉTRICO					
	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTO AGOSTINHO		HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ		-
Código	EXISTENTE	SUS	EXISTENTE	SUS	-
OBSTETRICIA CIRURGICA	5	4	--	-	-
OBSTETRICIA CLINICA	8	7	9	8	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
TOTAL OBSTÉTRICO			-	-	-
PEDIÁTRICO					
Código	Descrição		Existente	Sus	
	PEDIATRIA CLÍNICA				
HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ	-	-	9	8	
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTO AGOSTINHO	-	-	11	10	
TOTAL PEDIÁTRICO			9	8	
OUTRAS ESPECIALIDADES					

Código	Descrição	Existente	Sus
	CRÔNICOS	-	-
TOTAL OUTRAS ESPECIALIDADES		-	-
HOSPITAL E MATERNIDADE SANTO AGOSTINHO		1	1
HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE NAZARÉ		1	1
TOTAL GERAL			

5.27.2 Equipamentos:

Código	Equipamento	Existente s	Em Uso	Existente s SUS	Em Uso SUS
1-EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM					
05	Raio X de 100 a 500 ma	1	1	1	1
15	Ultrassom Convencional	1	1	1	1
TOTAL		2	2	2	2
2-EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA					
22	Grupo Gerador	01	01	01	01
TOTAL					
7-EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA					
80	Equipe Odontológico	07			

81	Compressor Odontológico	07			
82	Fotopolimerizador	07			
83	Caneta de Alta Rotação	07			
84	Caneta de Baixa Rotação	07			
85	Amalgamador	07			
86	Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	07			
TOTAL					
5-EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA					
53	Berço Aquecido	02	02		
63	<u>Reanimador Pulmonar/AMBU</u>	04	04		
64	Respirador/Ventilador	02	02		
	Tomógrafo	01	01		
TOTAL					
6-OUTROS EQUIPAMENTOS					

Tabela: 48

5.28 Melhor em casa

O Município possui o serviço de Atenção Domiciliar (SAD) PROGRAMA MELHOR EM CASA, que presta assistência ao paciente no seu domicílio de acordo com a complexidade de cada caso. A porta de entrada do paciente no serviço se dá por meio das unidades da atenção primária e hospitalar.

Tem como instrumento regulador a Portaria de Consolidação nº 05, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde.

O Programa foi habilitado em Tucumã por meio da Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. O serviço é oferecido atualmente por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e uma equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

5.29 Agência Transfusional de Tucumã

Será implantado no Município de Tucumã uma Agência Transfusional, que contará com a colaboração de vários profissionais de saúde:

01 MÉDICO

01 FARMACÊUTICO-BIOQUÍMICO

01 BIOMÉDICO

01 TÉCNICO DE LABORATÓRIO

01 ASSISTENTE ADMINISTRATIVO

Os serviços prestados serão: recebimento de bolsas de sangue, armazenamento de bolsas, tipagem sanguínea, retipagem de bolsas, compatibilidade de bolsas, pesquisa de anticorpos irregulares (PAI), saída de bolsas de sangue para pacientes.

5.30 Serviço de atendimento móvel de urgência e emergência (SAMU)

A Portaria nº 1863/GM, de 29 de setembro de 2003, instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências. A Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, instituiu o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU192) e seus Núcleos de Educação em 103 Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, como a primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências. O Sistema SAMU 192 é compreendido por dois módulos:

Procedimento	2019	2020	2021
---------------------	-------------	-------------	-------------

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MOVEL REALIZADO PELA EQUIPE DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA TERRESTRE	713	1007	1020
TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR PELA UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA TERRESTRE (USB)	713	245	206

Tabela: 49

Fonte: SIA/SUS

5.31 Regulação e tratamento fora de domicílio

Regulação é a instância responsável pela gestão do fluxo da oferta de serviços do SUS, tendo como principal objetivo identificar e mapear as necessidades assistenciais e proporcionar o acesso aos serviços de saúde para um atendimento com equidade para toda a população, de acordo com os princípios do SUS, preconizados nas leis 8080 e 8142. A Política Nacional de Regulação foi estabelecida pela Portaria GM/MS 1559/2008.

O sistema Regulatório tem sido crescentemente utilizado no SUS e engloba a referência ordenada de todos os pontos de atenção à saúde a que se presta, diretamente, no atendimento às pessoas. Envolve, portanto, o agendamento das consultas especializadas, de determinados apoios diagnósticos e terapêuticos, do acesso aos leitos hospitalares, atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência, conforme organização local, norteado pela grade de referência municipal, entre outros fluxos de acesso, norteados por protocolos.

A Central de Regulação, em Tucumã, funciona no prédio do TFD, aonde são realizadas a regulação Ambulatorial, hospitalar que coordena o acesso dos usuários aos serviços ambulatoriais, incluindo consultas especializadas, exames, terapias e cirurgias que o Município não realiza, visando promover a equidade do acesso e a busca da integralidade da assistência por meio do ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do usuário, devendo este ajuste ser realizado de forma ordenada, oportuna e racional.

5.32 Assistência farmacêutica

A assistência farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando a seu acesso e uso racional (BRASIL, 2004). De acordo com a Portaria nº 3916 de 30 de outubro de 1998 do MS/GM, no âmbito do SUS, as atividades de assistência farmacêutica englobam atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação - o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos. Trata-se de um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (MS, 1998; MS. 2004). Baseado na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, os objetivos da Assistência Farmacêutica no município são:

- Selecionar medicamentos de qualidade, que atendam as principais necessidades de saúde da população, baseando-se nos indicadores de saúde do município programar a aquisição para que fique garantido o abastecimento dos medicamentos selecionados;

- Adquirir medicamentos essenciais em quantidade suficiente, de maneira adequada, em tempo hábil, asseguradas suas propriedades farmacoterapêuticas;

- Armazenar os medicamentos conforme as diretrizes do Ministério da Saúde;

- Distribuir e dispensar os medicamentos, visando o tratamento adequado do paciente, com as devidas orientações e dentro das Boas Práticas Farmacêuticas;

- Avaliar e acompanhar as atividades de AF, gerando indicadores que forneçam subsídios para os planejamentos das ações em saúde no município, no intuito de promover melhoria contínua da atenção básica em saúde. A Assistência Farmacêutica é exercida pela Farmácia Central da Secretaria Municipal de Saúde, subordinada às suas

rotinas próprias. Em relação a seu funcionamento, podemos destacar as seguintes informações:

5.33 Serviço social

Segundo o parâmetro para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, elaborado pelo CFESS em 2010, os assistentes sociais atendem às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços, ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações.

5.34 Rede de atenção psicossocial

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/02, objetiva a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental focada em consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, busca garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, pela comunidade ou pela cidade e oferece cuidados com base nos recursos que está oferece. No município, atualmente a saúde mental está sob coordenação de uma psicóloga que atende toda a demanda oriunda da Secretaria, realizando os atendimentos diversos em inerentes da Atenção Básica, como saúde da mulher, da criança, de adolescentes, e atendimentos individuais para demandas diversas de saúde mental.

5.34.1 Histórico de atendimentos e procedimentos realizados – CAPS (dos últimos 5 anos)

Procedimento	2017	2018	2019	2020	2021
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	616	1152	1466	583	2523
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1389	2502	3454	1.743	3154
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1097	1381	2934	907	704
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1057	1985	2836	1.285	1072
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	92	289	300	139	220
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	1	3	7	2	190
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	156	298	445	251	421
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	32	0	0	89	347
PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	84	15	772	76	112
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	991	1400	2184	814	1584
0301080038 ACOLHIMENTO EM TERCEIRO TURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1	0	1	1	0
0301080291 ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	0	0	0	0	306

Tabela: 50

Fonte: SIA/SUS

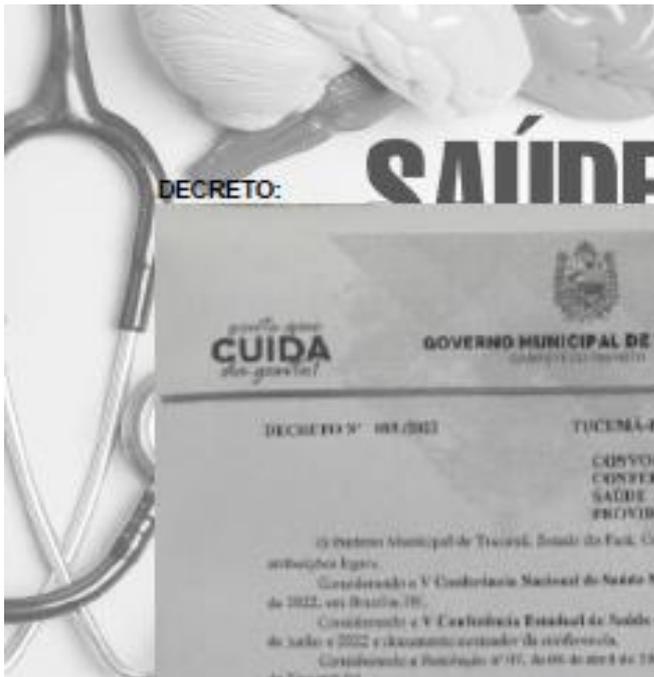
5.34.2 I Conferência Municipal de Saúde Mental



Propostas a nível municipal e estadual da primeira Conferência de saúde mental do Município de Tucumã Pará.

PROPOSTA ESTATUAL	Ampliar o financiamento do CAPS, assim como inserir a aquisição de prédio próprio para o CAPS.
GRUPO 1 E 2	<p>Garantir educação continuada, com certificação, advinda das universidades públicas, para os profissionais da rede de atenção psicossocial.</p> <p>Inserir nas grades curriculares da educação de nível superior o conteúdo de saúde mental, de todas as áreas, assim como a garantia de estágios regulares supervisionados.</p> <p>Garantir que os usuários do CAPS sejam contemplados com os benefícios assistenciais.</p>
PROPOSTA MUNICIPAL	<p>Ampliar a aquisição de ferramentas digitais no serviço de saúde do CAPS, que possam suprir a ausência do médico pelo menos uma vez por semana atendimentos on line e uma vez por mês presencial.</p> <p>Ofertar e disponibilizar capacitação para a policia civil e militar em saúde mental, com o objetivo de sensibiliza-los quando acionados, em situações de surto, dando resolutividade do atendimento.</p> <p>Articular junto a câmara dos vereadores audiências públicas para se discutir a saúde mental dos seus munícipes.</p> <p>Intensificar a saúde mental no programa de saúde na escola.</p> <p>Intensificar as ações de divulgação da saúde mental em todas as instâncias do município.</p> <p>Garantir que os usuários do CAPS sejam contemplados com os benefícios assistenciais do município.</p> <p>Garantir a reinserção das pessoas com transtornos mentais nos programas de geração de emprego e renda do município.</p> <p>Intensificar o matriciamento das equipes das USB.</p> <p>Emitir relatórios periódicos para as USB sobre o andamento dos atendimentos dos usuários.</p>

PROPOSTA ESTADUAL	Fomentar a criação de residências terapêutica nas cidades polos regionais.
GRUPO 3 E 4	Articular junto a Regional a disponibilidade de leito psiquiátrico nos hospitais regionais.
	Revisão da portaria do ministério da saúde que estipula o CAPS visando a redução populacional para implantação dos CAPS
	Viabilizar junto ao ministério da saúde recursos para a construção dos CAPS.
	Articular junto ao ministério da saúde a revisão dos valores de incentivo de custeios dos centros de atenção psicossocial.
	Articular junto ao Conselho Nacional de educação a inclusão na grade curricular de Ensino Superior a matéria de saúde mental.
PROPOSTA MUNICIPAL	Garantir no âmbito do município uma sala de emergência especializada em saúde mental: leito de isolamento para paciente psiquiátrico em surto; criança, adulto masculino e adulto feminino.
	Proporcionar as equipes multiprofissional do âmbito do município capacitações em saúde mental.
	Garantir a implantação do Programa de Volta para casa no âmbito do município.



I CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

DECRETO:

GOVERNO MUNICIPAL DE TUCUMÃ
Cidade de Tucumã - PA

DECRETO Nº 003/2023 TUCUMÃ-PA, 22 DE ABRIL DE 2023.

CONVOCAÇÃO PARA A I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL E DAS OUTRAS PROVIDÊNCIAS

O Poder Municipal de Tucumã, Estado do Pará, Celso Lopes Cardoso, no uso de suas atribuições legais:

Considerando a V Conferência Nacional de Saúde Mental e o seu Eixo em andamento de 2022, em Brasília, DF;

Considerando a V Conferência Estadual de Saúde Mental e seu período das 21 a 24 de julho e 2022 e o andamento contendo de conferência;

Considerando a Resolução nº 07, de 05 de maio de 2022 do Conselho Municipal de Saúde de Tucumã-PA;

DECRETA:

Art. 1º Fica convocada a I Conferência Municipal de Saúde Mental do Município de Tucumã, com o tema central: **"A POLÍTICA DA SAÚDE MENTAL, COMO DEBITO: PELA DEFESA DO CIDADÃO EM LIBERDADE, NAÇÃO E GARANTIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL AO SUS"**, cujo princípio **"REAFIRMAR E GARANTIR POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL EM LIBERDADE E RESPOSTA AO Modelo de Atenção"** e seus eixos são:

- EIXO 1** - Qualidade em liberdade com Garantia de Direito à Cidadania;
- EIXO 2** - Saúde, Empoderamento, Fortalecimento e participação social na garantia de serviços de saúde mental;
- EIXO 3** - Política de Saúde Mental e integração do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade;
- EIXO 4** - Respostas na saúde mental de prevenção e em atenção para a realidade prisional dentro o prisionalismo.

Art. 2º - A I Conferência Municipal de Saúde Mental, realizará-se a no dia 20 de abril de 2023, no endereço da E. M. U. F. Distrito de Nova Arara, setor Mirassol, em Tucumã.

Art. 3º Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Dê-se ciência, publique-se e cumpra-se.

Tucumã, do Estado do Pará, 22 de abril de 2023.

Celso Lopes Cardoso
Prefeito Municipal

Para ciência e publicação no Diário de Tucumã.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Cidade de Tucumã - PA

PREFEITURA DE TUCUMÃ
Cidade que cuida da gente!

C:\Users\Cliente\Documental\fotos\DECRET





Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura de TUCUMÃ
GENTE QUE GUIA NA GENTE!

TUCUMÃ-PA

I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

FREQUÊNCIA PARTICIPATIVA

Nome

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL COMO EIXO DA POLÍTICA DE SAÚDE, CUIDADO EM LIBERDADE, PLANO DE ATENDIMENTO E GARANTIA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SUS

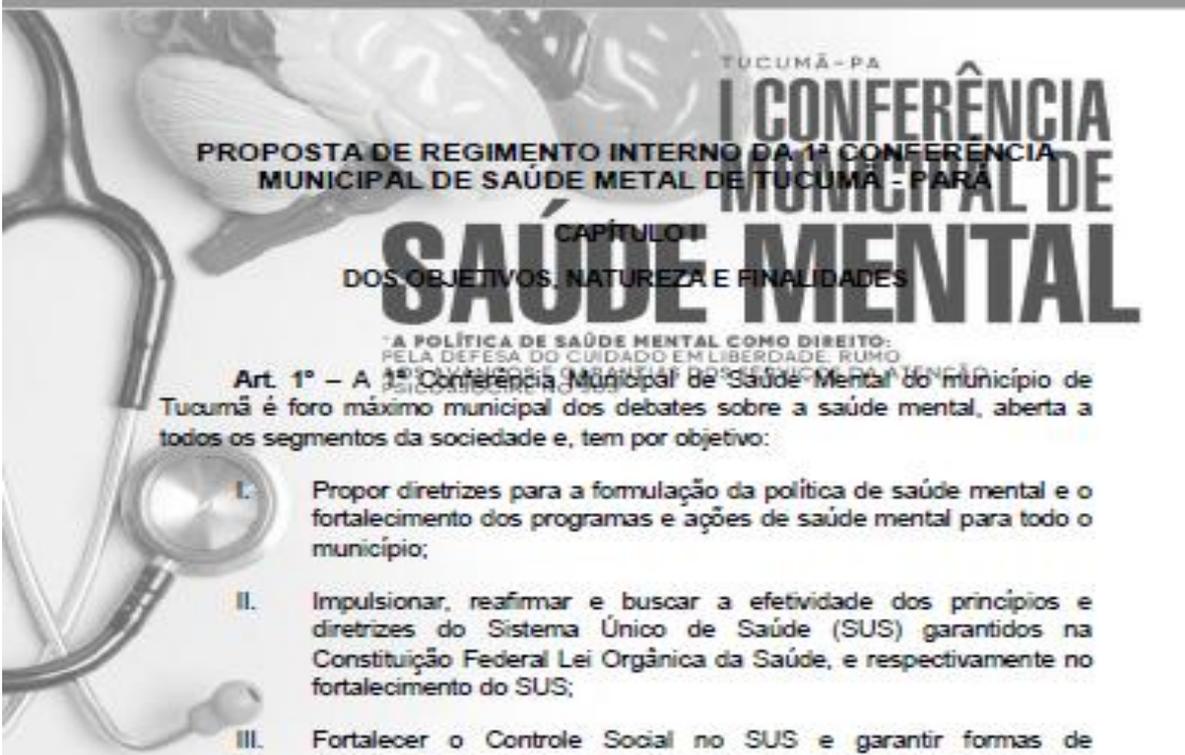
Wenderson de Souza	011 93265 3209
Wenderson de Souza	011 99289 4405
Wenderson Elias de Carvalho	772-19-76-79
Wenderson de Souza	99234-3444
Wenderson de Souza	99236 2145
Wenderson de Souza	(91) 9919366 50
Wenderson de Souza	35128 6465
Wenderson de Souza	941 9118-3123
Wenderson de Souza	93168 1708
Wenderson de Souza	941918 1108
Wenderson de Souza	(94) 98100-3266
Wenderson de Souza	341971 692397

Tucumã País, em 29 de abril de 2022

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura de TUCUMÃ

C:\Users\Cliente\Documental\fotos\assinaturas 2



TUCUMÃ-PA

I CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA 1ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE TUCUMÃ - PARA

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS, NATUREZA E FINALIDADES

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL COMO DIREITO: PELA DEFESA DO CUIDADO EM LIBERDADE, RUMO A NOVOS PARADIGMAS E ABERTURA DAS SUAS PORTAS PARA A INCLUSÃO PSICOMÉTRICA

Art. 1º – A 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental do município de Tucumã é foro máximo municipal dos debates sobre a saúde mental, aberta a todos os segmentos da sociedade e, tem por objetivo:

- I. Propor diretrizes para a formulação da política de saúde mental e o fortalecimento dos programas e ações de saúde mental para todo o município;
- II. Impulsionar, reafirmar e buscar a efetividade dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) garantidos na Constituição Federal Lei Orgânica da Saúde, e respectivamente no fortalecimento do SUS;
- III. Fortalecer o Controle Social no SUS e garantir formas de participação dos diversos setores da sociedade na Conferência de Tucumã;
- IV. Discutir o tema central;
- V. Discutir os eixos temáticos;
- VI. Elaborar propostas para etapa estadual;
- VII. Propor, elaborar e aprovar propostas para subsidiar na elaboração dos Instrumentos de Gestão, a partir das prioridades locais de saúde e formular propostas no âmbito do município, por meio do Relatório Final;
- VIII. Eleger delegados municipais a etapa estadual, obedecendo à paridade sendo: um gestor/prestador, um trabalhador de saúde, dois usuários do SUS; Sendo titular e suplente para cada segmento.

CAPÍTULO II

DA REALIZAÇÃO

 **Secretaria Municipal**  **Prefeitura de TUCUMÃ**

5.34.3 Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA

O Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA compõe a lista dos diversos Centros de Testagem e Aconselhamento que fazem parte do Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

Oferece testagem rápida para o HIV, sífilis, Hepatite B e Hepatite C, profilaxia pós-exposição sexual (PEP), diagnóstico e tratamento das outras ISTs.

O sigilo e o aconselhamento pré e pós-teste são garantidos. Não é necessário qualquer tipo de preparação prévia, como jejum. No dia da consulta, traga sua carteira de vacina. São disponibilizados preservativos masculino e feminino e gel lubrificante.

No CTA de Tucumã, são acompanhadas aproximadamente 90 pessoas, sendo 80 soropositivos acompanhados pelo CTA e realizam tratamento via TFD, 06 pacientes acompanhados com diagnóstico de hepatite viral. A sífilis é a infecção com maior incidência, diagnosticada pelo centro.

5.34.4 Centro de Especialidade Odontológica – CEO

O serviço odontológico básico de Tucumã é oferecido nas ESF, contemplando ações de prevenção e curativa, tais como: escovação supervisionada, bochecho com flúor nas escolas, atendimento ao grupo de gestantes, diabéticos e hipertensos, crianças, atendimentos aos usuários com necessidades especiais através de visitas domiciliares e realiza o encaminhamento para consultas no CEO de pacientes que precisam de atendimentos mais complexos nas áreas de endodontia, cirurgia, atendimento especial e periodontia.

5.34.5 Educação permanente

A Educação Permanente em Saúde (EPS) visa reconceituar e reorientar os processos de qualificação de trabalhadores dos serviços de saúde, tendo como eixo da aprendizagem a atuação profissional no cotidiano do trabalho em saúde, estabelecendo-se como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional.

A EPS é uma prática de ensino-aprendizagem que reconhece a produção de conhecimentos no cotidiano do trabalho, valendo-se do contexto real dos agentes envolvidos, tendo como base de questionamento e transformação, de problemas da realidade de trabalho e vivências. Tem como alguns dos pilares: a problematização e a aprendizagem significativa.

O Município realiza treinamentos, palestras e capacitações para os profissionais, entretanto sabemos que grande necessidade de potencializar estas ações de iniciativa própria, através capacitações/treinamentos para todos os profissionais da Secretaria de Saúde e Conselheiros Municipais de Saúde.

O município fará seu Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde, sendo um desafio e uma proposta do município, priorizar a educação permanente na saúde para todos seus colaboradores.

5.35 Gestão em saúde

No campo da gestão, a Secretaria Municipal de Saúde tem se pautado pelos princípios de excelência em gestão pública, com foco no planejamento integrado ao orçamento para a obtenção de resultados eficientes, eficazes e efetivos. Ampliando, ao mesmo tempo, os espaços de diálogo, de parceria e de corresponsabilidade, a atual administração busca potencializar suas funções e sua capacidade de conduzir os processos de trabalho e a produção qualificada de bens e serviços públicos de saúde para a população.

5.36 Regionalização

Tucumã pertence ao Sistema Regional de Saúde da Região Araguaia, composto por 15 municípios, chamado de 12º Centro Regional de Saúde com sede em Conceição do Araguaia-PA. A principal referência para os serviços de média e alta complexidade é o município de Redenção-PA que fica há 270 km da sede do município, e tem pactuação/referência também com Belém-PA a capital do Estado que fica cerca de 980 km.

MUNICÍPIO DO 12º CRS (15)	CÓD. MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (EST. 2017-IBGE)
ÁGUA AZUL DO NORTE	1500347	26.682
Bannach	1501253	3.200
Conceição do Araguaia	1502707	46.571
Cumaru do Norte	1502764	13.093
Floresta do Araguaia	1503044	19.746
Ourilândia do Norte	1505437	31.921
Pau D´Arco	1505551	5.341
Redenção	1506138	82.464
Rio Maria	1506161	17.705
Santa Maria das Barreiras	1506583	20.849
Santana do Araguaia	1506708	70.764
São Félix do Xingu	1507300	124.806
Sapucaia	1507755	5.766
Tucumã	1508084	38.508
Xinguara	1508407	43.530

Tabela: 51

Fonte: IBGE, 2010.

6 FINANCIAMENTO SUS

O financiamento das ações e serviços públicos de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o disposto na Constituição Federal, da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e nas Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080 e Nº 8.142, de 1990.

A Lei Complementar 141/2012 define os valores mínimos de recursos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados e municípios na saúde na seguinte ordem:

- Recursos da União: o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual. Caso a variação do PIB no período seja negativa, esta não poderá ser deduzida do Orçamento para a Saúde. Esse repasse não pode ser inferior a 15% da arrecadação anual;

- Recursos Estaduais e do DF: no mínimo, 12% do valor arrecadado através dos impostos;

- Recursos Municipais e do DF: no mínimo, 15% do valor arrecadado através dos impostos;

Para planejar o financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde, o Gestor SUS Municipal deve conhecer detalhadamente a composição das suas fontes de recursos, sendo elas provenientes dos repasses dos Fundos de Saúde da União e do Estado, e de onde vêm os recursos do seu município. Abaixo apresentamos as principais linhas de financiamento de cada ente.

6.1 Recursos Financeiros Federais

A Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017 dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as Ações e Serviços Públicos de Saúde do SUS.

Os repasses financeiros do Ministério da Saúde destinados às despesas com ações e serviços públicos de saúde, são repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, organizados e transferidos na forma dos

blocos de financiamento, atualmente denominados: Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. Os recursos que compõem cada Bloco devem ser aplicados em ações relacionadas ao próprio Bloco, observando ainda que as ações devem constar no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde do Município, previamente submetidos ao respectivo Conselho de Saúde.

I - BLOCO DE MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Repasse financeiros destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única, visando o custeio de ações nos níveis da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS.

II - BLOCO DE ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Repasse financeiros destinados à aquisição de equipamentos, obras de construções novas ou ampliação/reforma de unidades existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde na Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS.

6.2 Recursos financeiros Municipais

Conforme estabelecido pela Lei Complementar 141/2012, os municípios devem aplicar no mínimo 15% do valor arrecadado através dos impostos, com ações e serviços públicos de saúde. Tais impostos podem ser provenientes de arrecadação própria ou provenientes de transferências da União ou Estado. Dentre os principais impostos listamos:

O financiamento da Saúde é tripartite como determina a Constituição Federal, ou seja, as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, devem participar da receita para custear as ações e serviços de saúde. Nesse sentido, conforme a Emenda

Complementar nº 29/2020 e Lei Complementar 141/2012, os Municípios devem investir no mínimo 15 % de recursos próprios em Saúde. Na sequência a tabela apresenta um Demonstrativo das receitas de financiamento, por esfera de gestão. Está demonstrada a arrecadação das receitas do Município sobre as quais são deduzidos os 15 %, da Lei Complementar 141/2020, que obrigatoriamente devem ser repassados a saúde. Apresenta também os valores de repasses SUS, federal e estadual.

6.3 Projeção Financeira PMS 2022-2025

Subfunções da Saúde	Natureza da despesa	Orçamento Anual	Orçamento Anual	Orçamento Anual	Orçamento Anual	TOTAL
		2022	2023	2024	2025	
122 Administração Geral	Corrente	6.462.000,00	7.130.009,23	7.130.009,23	7.130.009,23	27.852.027,69
	capital					
301 Atenção Básica	Corrente	10.255.000,00	11.114.088,10	11.114.088,10	11.114.088,10	43.597.264,30
	capital	1.944.000,00	1.943.938,50	1.943.938,50	1.943.938,50	7.775.815,50
302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Corrente	12.348.000,00	14.238.598,50	14.238.598,50	14.238.598,50	55.063.795,50
	capital	11.750.000,00	7.772.362,50	7.772.362,50	7.772.362,50	35.067.087,75
304 Vigilância Sanitária	Corrente	223.000,00	246.052,62	246.052,62	246.052,62	961.157,86
	capital					
305 Vigilância Epidemiológica	Corrente	769.600,00	849.157,74	849.157,74	849.157,74	3.317.073,22
	capital					
306 Alimentação e Nutrição	Corrente	43.000,00	47.445,12	47.445,12	47.445,12	185.335,36
	capital					

Tabela: 52
Fonte: PPA/Municipal

7 CONTROLE SOCIAL

7.1 Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental da Secretaria Municipal da Saúde, conforme determinação do inciso III do art. 198 da Constituição Federal, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, da Resolução CNS 333, de 4 de novembro de 2003, é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços de saúde, dos trabalhadores de saúde e dos usuários, cujas decisões, quando consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Secretário Municipal da Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Tucumã, foi instituído pela Lei nº 063 de 21 de janeiro de 1992, tem realizado suas reuniões ordinárias mensalmente e extraordinárias quando necessário. O Conselho Municipal de Saúde é composto por: 25% Prestadores de Serviços, Poder Público e Prestadores de Serviços Privados, 25% Trabalhadores de Saúde e 50% Usuários. (Listagem dos atuais conselheiros em anexo a este).

O Decreto nº 042/2022 de 14 de fevereiro de 2022, nomeia os Membros do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências:

7.1.1 Gestores e prestadores de serviços (25%)

Secretaria Municipal de Saúde

Titular: Renata de Araújo Oliveira

Suplente: Cleberson Cruz Silva

Titular: Keila da Silva Vieira Moreira

Suplente: Jânio de Souza Soares

7.1.2 Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Nazaré

Titular: maria Sebastiana Ribeiro Borges

Suplente: Débora Rodrigues Freire

7.1.3 Trabalhadores de Saúde (25%)

Titular: Maria Janicely Alves de Araújo

Suplente: Liriane Alves Lira

Titular: Marita Rogéria Fernandes leite

Suplente: Wiza Costa Ataíde Xavier

Titular: Nilcione Pereira de Araújo

Suplente: Valdirene Miranda de Oliveira

Usuários (50%)

7.1.4 Associação dos Moradores Unidos do Bairro Monte Castelo- ASMUMC

Titular: Maria Sousa Marques

Suplente: José Jolvino Sobrinho

Pastoral da Criança

Titular: Tereza da Penha Matos

Suplente: Rosirene Pereira de Lacerda

7.1.5 Casa de Misericórdia

Titular: Natália Cunha de Sousa Lopes

Suplente: Cícera Ribeiro Souza

7.1.6 Igreja Católica

Titular: Cleudilene Costa da Silva

Suplente: Débora Tamires Costa Silva

Fazenda da Esperança

Titular: Maria da Solidade Barbosa de Souza

Suplente: Otávio Cristian Rodrigues Garcia

7.1.7 Associação de pais e amigos dos Excepcionais – APAE

Titular: Mônica Moreira

Suplente: Leonilde pereira da Costa Barbosa

7.2 Propostas aprovadas da 14ª Conferência Municipal de Saúde

GRUPO 01

TEMA DO EIXO I: Vigilância em Saúde nos territórios

PROPOSTAS MUNICIPAIS

01	MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE COM DIVULGAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS DOENÇAS ATRAVÉS DOS ACS E ACE, ORIENTANDO E ENCAMINHADO A UNIDADE DE REFERÊNCIA, INTEGRAÇÃO ENTRE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E AGENTE COMUNITÁRIO DE ENDEMIAS - COMPARTILHAMENTO MENSALMENTE DE INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO, FOCOS E CASOS SUSPEITOS (COVID, DENGUE, ZIKA, CHIKUNGUNYA, LEISHMANIOSE)
02	ELABORAÇÃO DA MINUTA DE PROJETO DE LEI, VISANDO A RESPONSABILIDADE AOS PROPRIETARIOS DE TERRENOS BALDIOS QUE SEJAM LIMPOS VISANDO RESPONSABILIDADES FINANCEIRA DOS MESMO.
03	ATUALIZAÇÃO SOBRE PROTOCOLOS E MANUAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE QUE SUBSIDIAM A PREVENÇÃO, O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ADEQUADO DE DENGUE, ZIKA VÍRUS, CHIKUNGUNYA, COVID, LESHIMANIOSES ENTRE OUTRAS DOENÇAS. COM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ATENÇÃO BÁSICA SEMESTRALMENTE.
04	CRIAÇÃO DO CENTRO DE ZONOSE.

GRUPO 02

TEMA DO EIXO II: Atenção aos Usuários com COVID-19

PROPOSTAS MUNICIPAIS

01	GARANTIR EQUIPAMENTOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA A TRIAGEM SEGURA DOS PACIENTES, NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE E NO PRONTO SOCORRO COMO OXÍMETRO DE PULSO, APARELHO DE PA, TERMÔMETRO E APARELHO DE HGT.
-----------	--

02	INCENTIVAR O ISOLAMENTO DOS CASOS CONFIRMADOS DOS CONTATOS E CASOS SUSPEITOS A FIM DE INTERROMPER A DISSEMINAÇÃO DO VÍRUS.
03	FISCALIZAÇÃO E PENALIDADE/MULTAS PARA QUEM NÃO ADERIR A VACINAÇÃO E AS PRECAUÇÕES DE CONTATO, DISTANCIAMENTO E USO DE MASCARAS.
04	CAPACITAR E INCENTIVAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ACS PARA SEREM MULTIPLICADORES DE INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES.

GRUPO 03

TEMA DO EIXO III: Suporte Social a Grupos Vulneráveis;

PROPOSTAS MUNICIPAIS

01	CRIAR E IMPLEMENTAR O FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DA SAÚDE ARTICULADA COM A REDE MUNICIPAL INTERSETORIAL.
02	IMPLEMENTAR EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA REDE DE SAÚDE, ARTICULADA A OUTRAS POLITICAS INTERSETORIAIS. (ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC E ORGANIZAÇÃO SOCIAL DA SOCIEDADE CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO - OSCIP).
03	ARTICULAÇÃO INTRASETORIAL DA ESF COM A SECRETARIA DE SAÚDE PARA TER ACESSO A MEIO DE LOCOMOÇÃO DA EQUIPE ATRAVÉS DA SOLICITAÇÃO DO VEÍCULO PARA ATENDIMENTO AO PÚBLICO VULNERÁVEL.
04	AMPLIAR A EQUIPE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ATENDIMENTO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE COM MOMENTO INDIVIDUAL E COLETIVO PARA A PERCEPÇÃO DA PRÓPRIA FRAGILIDADE EMOCIONAL E SOCIAL.

GRUPO 04

TEMA DO EIXO IV: Continuidade das Ações Próprias da APS;

PROPOSTAS MUNICIPAIS

01	REALIZAR AQUISIÇÃO DE APARELHO DE ELETROCARDIOGRAMA PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES PARA PACIENTES POSITIVOS DE COVID-19.
02	PERMANÊNCIA DE UM PSICÓLOGO NO CENTRO DE COVID-19 PARA ACONSELHAMENTO AOS USUÁRIOS.
03	PRIORIDADE NOS AGENDAMENTOS AOS USUÁRIOS COM COVID-19 QUE NECESSITAM DE ESPECIALIDADES DO MUNICÍPIO.
04	INTENSIFICAR A DIVULGAÇÃO E INFORMAÇÕES SOBRE A DISSEMINAÇÃO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO.
05	REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA COVID-19 EM TODOS OS PROFISSIONAIS DA LINHA DE FRENTE DE 15/15 DIAS E AOS SINTOMÁTICOS TESTE DO SWAB.

8 DIRETRIZES, OBJETIVOS, INDICADORES E METAS DO PMS 2022-2025

O presente plano tem como objetivo aprimorar o Sistema Único de Saúde no âmbito do Município, com a qualificação da gestão e da atenção à saúde, buscando a melhoria da qualidade de vida da população. As diretrizes e metas propostas neste Plano de Saúde, estão condizentes com o Plano Estadual de Saúde, com o Plano de Governo, a análise situacional de saúde, as deliberações da 14ª. Conferência Municipal de Saúde e as propostas das reuniões de levantamento de prioridades com as equipes e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde. A estratégia prioritária deste Plano será a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando a estratificação de risco da população e a gestão do cuidado. Foram definidas diretrizes, estabelecidos objetivos, metas, indicadores e as ações para o quadriênio:

- As Diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas.
- Os Objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar problemas identificados.
- As Metas são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo, esclarecem e quantificam o que vai ser feito, para quem vai ser feito e quando vai ser feito.
- O Indicador é uma variável que representa uma meta. Permite mensurar as mudanças propostas e acompanhar o alcance das mesmas.
- As Ações são iniciativas de caráter estratégico a serem desenvolvidas, por meio das quais se pretende alcançar os objetivos e metas. A Secretaria Municipal de Saúde é coletivamente responsável pela execução do Plano e pelos resultados a serem alcançados pela gestão municipal, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde acompanhar o seu desenvolvimento.

DIRETRIZ 1

QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

OBJETIVO 1: Estabelecer ações para que os projetos assistenciais desenvolvidos pela Secretaria Municipal da Saúde sejam viáveis e estejam em consonância à realidade orçamentária e financeira, objetivando que o resultado destas ações seja eficiente, efetivo e oportuno.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE META	UNIDADE DE MEDIDA	INDICADOR (LINHA BASE)		META PREVISTA			
			VALOR	ANO	2022	2023	2024	2025
Atingir as metas e avaliar os indicadores pactuados no DIGISUS e principalmente os do programa Previne Brasil.	7 indicadores Pactuação Previne Brasil.	Número	07	2021	7	7	7	7
Monitorar os recursos de acordo com os programas disponíveis.	Manutenção geral das atividades da SMS.	Percentual	100	2021	100	100	100	100
Reformar e ampliar o Pronto Socorro.	Manutenção geral das atividades da SMS.	Percentual	0,00	2021	100	-	-	100
Construir Hospital Municipal de Tucumã.	Hospital Municipal de Tucumã.	Percentual	000	2021	25	50	75	100

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE META	UNIDADE DE MEDIDA	INDICADOR (LINHA BASE)		META PREVISTA			
			VALOR	ANO	2022	2023	2024	2025
Realizar capacitações para os Profissionais de Saúde.	Número de Capacitações e Treinamentos para os trabalhadores.	Número	4	2021	4	4	4	4
Manter atualizado o CNES.	Percentual de alimentação /ano.	Percentual	100	2021	100	100	100	100
Implementar o programa de Educação permanente para as equipes da Rede Municipal de Saúde em diferentes temas/desempenhos, com vistas a melhoria da resolutividade e qualidade do cuidado em saúde.	Educação permanente	Percentual	0	2020	25	50	75	100
Implantar Agência Transfusional de Tucumã.	Percentual de implantação da Agência Transfusional de Tucumã.	Percentual	0	2021	25	50	75	100

DIRETRIZ 2

FORTALECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

OBJETIVO 1:

Fortalecer e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde, promovendo a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na Atenção Primária à Saúde.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR MONITORAMENTO AVALIAÇÃO DE META	PARA E	UNIDADE DE MEDIDA	INDICADOR (LINHA BASE)		META PREVISTA			
				VALOR	ANO	2022	2023	2024	2025
Ampliar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.		Razão	0,25	2020	0,25	0,25	0,25	0,25
Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).		Percentual	100	2020	100	100	100	100
Aumentar o percentual de cobertura de saúde bucal.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.		Percentual	100	2020	100	100	100	100
Reduzir a incidência de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 à 19 anos.		Percentual	10,0	2020	10,0	10,0	10,0	10,0

Aumentar o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada, até 2025.	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.	Percentual	50	2021	50	50	50	50
Aumentar para o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre, até 2025.	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.	Percentual	50	2021	50	50	50	50
Realizar sorologia de toxoplasmose em todas as gestantes.	Percentual de gestantes com realização de sorologia de toxoplasmose, no pré-natal.	Percentual	0,00	2020	100	100	100	100
Realizar roda de conversa sobre toxoplasmose para todas as gestantes que realizam pré-natal nas Unidades de saúde de Tucumã.	Percentual de gestantes que participaram da roda de conversa sobre toxoplasmose, durante o pré-natal.	Percentual	0,00	2020	100	100	100	100

PROGRAMA SAÚDE DA MULHER**OBJETIVO 2:** Reorganizar a Rede de Atenção à Saúde da Mulher para garantia do acesso, acolhimento e resolutividade;

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE META	UNIDADE DE MEDIDA	INDICADOR (LINHA BASE)		META PREVISTA			
			VALOR	ANO	2022	2023	2024	2025
Aumentar a razão de exames cito patológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos a cada 3 anos	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	Razão	0,20	2020	0,20	0,20	0,20	0,20
Aumentar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária a cada 2 anos.	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Razão	0,05	2020	0,05	0,05	0,05	0,05
Realizar teste de sífilis em gestantes conforme o protocolo.	Percentual de testes de sífilis, realizado no pré-natal.	Percentual	60	2021	60	60	60	60

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE META	UNIDADE DE MEDIDA	INDICADOR (LINHA BASE)		META PREVISTA			
			VALOR	ANO	2022	2023	2024	2025
Ofertar teste rápido de HIV para as gestantes inscritas no Pré-Natal.	Percentual de testes de HIV, realizado no pré-natal.	Percentual	60	2021	60	60	60	60
Realizar pré-natal com captação precoce da gestante para garantir a realização de 6 consultas, no mínimo.	Percentual de nascidos vivos de mães com no mínimo seis consultas de pré-natal.	Número	6	2021	6	6	6	6
Viabilizar a consulta puerperal em domicílio para encerramento do Pré-natal, quando possível.	Proporção de Consulta puerperal em domicílio, quando necessário.	Percentual	0,00	2020	100	100	100	100
Garantir atendimento odontológico para as gestantes SUS.	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	Percentual	60	2021	60	60	60	60
Reduzir o número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, até 2025	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Número	0	2020	0	0	0	0

DIRETRIZ 3

FORTALECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

OBJETIVO 1:

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.

META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE META	UNIDADE DE MEDIDA	INDICADOR (LINHA BASE)	META PREVISTA				
				VALOR	ANO	2022	2023	2024
Manter a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.	Percentual	0,10	2020	0,10	0,10	0,10	0,10
Manter em 0 (zero) o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos .	Número de Casos Novos de AIDS em menores de 05 anos, notificados no Sinan.	Número	01	2020	01	01	01	01
Investigar todos os óbitos infantis notificados.	Taxa de mortalidade infantil.	Número	01	2020	01	01	01	01
Manter em 0 (zero) o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Número	00	2020	00	00	00	00
Aumentar a busca de sintomáticos.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Percentual	100	2020	100	100	100	100

Diagnosticar e tratar precocemente.	Número de Casos Autóctones de Malária.	Número	1	2020	1	1	1	1
Realizar 100% de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Percentual	100	2020	100	100	100	100
Incentivar e abordar o tema durante as reuniões e consultas de gestantes, enfatizando os seus benefícios.	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	Percentual	50,0	2020	50	50	50	50
Manter a proporção das doenças de notificação compulsória imediata registrados no SINAN encerradas em até 60 dias, a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Percentual	10,0	2020	10,0	10,0	10,0	10,0

Aumentar a cobertura vacinal da população em geral.	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	Percentual	100,00	2020	100,00	100,00	100,00	100,00
Manter em 100 % a realização das análises em amostras de água.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Percentual	100,00	2020	100,00	100,00	100,00	100,00
Manter em 100% as ações de matriciamento sistemático	Ações de matriciamento sistemático realizadas	Percentual	100,00	2020	100,00	100,00	100,00	100,00

realizadas por CAPS com equipes de Atenção Primária à Saúde.	por CAPS com equipes de Atenção Básica.							
Realizar 4 ciclos de visita domiciliar, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número	25	2020	25	25	25	25
Preencher campo de ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Percentual	30	2020	30	30	30	30
Reduzir a taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs, até 2025	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e	Número	28	2020	28	28	28	28

	doenças respiratórias crônicas)							
--	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

OBJETIVO 2: Aumentar a capacidade de resposta do enfrentamento da COVID 19, visando a redução, interrupção da transmissão local, assim a gravidade dos casos e mortalidades.

META	INDICADOR MONITORAMENTO PARA E AVALIAÇÃO DE META	UNIDADE DE MEDIDA	INDICADOR (LINHA BASE)			META PREVISTA			
			VALOR	ANO	2022	2023	2024	2025	
Realizar e manter ações de vigilância e Assistência ao enfrentamento do COVID 19.	Monitoramento de todos os pacientes notificados.	Percentual	100	2021	100	100	100	100	

DIRETRIZ 4

ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, GARANTINDO O ACESSO DA POPULAÇÃO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

OBJETIVO 1: aperfeiçoar e ampliar o acesso qualificado dos pacientes às redes de Atenção Especializada Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência e Emergência, promovendo o cuidar dos seguimentos populacionais, garantindo intervenções específicas.

META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE META	UNIDADE DE MEDIDA	INDICADOR (LINHA BASE)		META PREVISTA			
			VALOR	ANO	2022	2023	2024	2025
Manter os atendimentos de média complexidade de acordo com a necessidade e disponibilidade financeira e orçamentária.	Manter atendimento das especialidades oferecidas pelo município.	Percentual	0,00	2020	100	100	100	100
Melhorar o tempo de espera dos encaminhamentos para Especialidades.	Diminuir o tempo de espera.	Percentual	0,00	2020	25	50	75	100
Garantir acesso 100% dos usuários do SUS às ações e serviços nos demais níveis da rede de atenção em saúde, com agilidade e segurança até 2025.	Proporção de Acesso dos usuários do SUS garantido.	Percentual	0,00	2020	25	50	75	100
Garantir e qualificar os atendimentos do Pronto Socorro Municipal.	Atender 100% dos pacientes que procuram atendimento.	Percentual	100	2021	100	100	100	100
Manter atendimento do SAMU para garantia de assistência adequada e rápida.	Manter serviço de SAMU	Percentual	100	2021	100	100	100	100
Manter atendimento no Programa Melhor em Casa.	Programa Melhor em Casa	Percentual	100	2021	100	100	100	100
Implantar classificação de risco no Pronto socorro de Tucumã.	Percentual de atendimentos com classificação de risco	Percentual	0,00	2021	25	50	75	100

	realizado pelo profissional qualificado.							
Manter a referência do CEO, para realização de procedimentos odontológicos.	Percentual de pessoas encaminhadas e atendidas pelo CEO.	Percentual	25	2020	25	50	75	100
Manter a referência do centro de testagem a avaliação (CTA).	Percentual de pessoas atendidas pelo Centro de Testagem e Avaliação.	Percentual	100	2021	100	100	100	100

DIRETRIZ 5

MANUTENÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVOS 1: Ampliar e promover o acesso aos serviços de Assistência Farmacêutica;

META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE META	UNIDADE DE MEDIDA	INDICADOR (LINHA BASE)		META PREVISTA			
			VALOR	ANO	2022	2023	2024	2025
Ampliar e promover o acesso aos serviços de Assistência Farmacêutica.	Avaliar quantidade adquirida dos medicamentos da REMUME.	Percentual	100	2021	100	100	100	100
Manter atualizados os cadastros dos pacientes portadores de diabetes, acompanhados pela assistência farmacêutica.	Percentual de pessoas portadoras de diabetes e hipertensão.	Percentual	0,00	2021	100	100	100	100

DIRETRIZ 6

FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL DO SUS

OBJETIVO 1: Qualificar os processos de gestão participativa e controle social.

META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE META	UNIDADE DE MEDIDA	INDICADOR (LINHA BASE)		META PREVISTA			
			VALOR	ANO	2022	2023	2024	2025
Realizar Treinamentos para os Conselheiros de Saúde.	Número Absoluto de treinamentos realizados para conselheiros	Número	0,00	2021	01	01	01	01
Realizar Reuniões Mensais para Deliberação de Assuntos relacionados a Saúde	Número Absoluto de reuniões realizadas, conforme Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Tucumã.	Número	12	2021	12	12	12	12
Analisar e Aprovar o Plano Municipal de Saúde.	Número Absoluto de PMS analisado e aprovado.	Número	0,00	2021	01	00	00	00
Analisar e aprovar a Programação Anual de Saúde.	Número Absoluto de PAS analisada e aprovada.	Número	0,00	2021	01	01	01	01
Analisar e aprovar os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior -	Número Absoluto de RDQA analisado e aprovado.	Número	02	2021	03	03	03	03

Analisar e aprovar o Relatório Anual de Gestão.	Número Absoluto de RAG analisado e aprovado.	Número	01	2020	01	01	01	01
---	--	--------	-----------	-------------	-----------	-----------	-----------	-----------

9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Planejamento do setor saúde é constituído por um mecanismo de Gestão fundamental para a consolidação do SUS e de suas práticas gerenciais, constitui-se de três pilares básicos: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o relatório Anual de Gestão. Estes Instrumentos de Gestão devem expressar, de forma que garanta o aperfeiçoamento da gestão do sistema, e conduza as Ações e serviços de saúde, imprescindíveis para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento central do Planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde para o período de quatro anos. De acordo com a Portaria Nº 2.135/2013 do Ministério da Saúde (MS), o Plano Municipal de Saúde deve ser composto por: Análise situacional, Definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores e Processo de monitoramento e avaliação.

O PMS direciona as ações para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde (PAS), tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde. O PMS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) se consolidando como instrumento fundamental de planejamento

Os instrumentos do Planejamento são o mecanismo que garantem o funcionamento do SUS e devem ser apresentados e submetidos à apreciação e aprovação do respectivo Conselho Municipal de Saúde.

O RAG é um instrumento avaliativo, uma vez que reúne os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. O instrumento possibilita analisar onde estávamos e onde chegaremos,

constituindo-se uma poderosa ferramenta de avaliação e instrumento de melhoria da qualidade. Dessa forma, entende-se que os processos de monitoramento e avaliação precisam estar intimamente vinculados aos instrumentos de planejamento em saúde, os quais representam a espinha dorsal da gestão em saúde.

Dessa forma, o monitoramento do PMS, será coordenado pela equipe de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, divulgado internamente para os técnicos que atuam na gestão e as equipes da ponta dos serviços para que todos atuem em prol dos mesmos objetivos. Os objetivos, metas e indicadores serão acompanhados quadrimestralmente pela coordenação municipal com o apoio dos profissionais corresponsáveis pela execução, avaliando o alcance das metas propostas e as estratégias e medidas que serão adotadas para corrigir ou ajustar os problemas identificados. Essa avaliação será apresentada quadrimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde em Audiências Públicas Quadrimestrais, obrigatórias pela Lei 141/2012, assim como anualmente através do RAG.

10 PACTUAÇÃO INDICADORES 2022

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
NÚCLEO DE PLANEJAMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - NUPES/12ºCRS

PACTUAÇÃO DE INDICADORES - 2022									
MUNICÍPIO:									
DIRETRIZ Nº 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.									
OBJETIVO Nº 1.1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.									
Nº Meta	Índice	Descrição da Meta Pactuada	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta Pactuada	Indicador (Linha-Base)			Meta Estadual 2022	Setor responsável no 12º CRS	META MUNICIPAL 2022
				Valor	Ano	Unidade de Medida			
1	1.1.1	Aumentar o % de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Auxílio Brasil (PAB).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Auxílio Brasil (PAB).	79,38	2019	Percentual	82%	DIVISÃO TÉCNICA	82,00%

2	1.1.2	Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para % equipes de saúde bucal implantadas.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.	44,58	2019	Percentual	50%	DIVISÃO TÉCNICA	78,85%
3	1.1.3	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	0,24	2019	Percentual	1,10%	DIVISÃO TÉCNICA	0,74%
4	1.1.4	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	66,8	2019	Percentual	65,74%	DIVISÃO TÉCNICA	71,01%
5	1.1.5	Redução de internações de causas sensíveis à Atenção Básica.	Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (Icsab).	22,71	2019	Percentual	19,50%	DIVISÃO TÉCNICA	35,00%
6	1.1.6	Ampliar o número de doadores efetivos de órgãos e tecidos.	Doador efetivo de órgãos e tecidos.	0	2020	Número	100	DOCA	N/S
7	1.1.7	Ampliar o número de transplantes de órgãos e tecidos.	Transplante de órgãos e tecidos realizados.	0	2020	Número	200	DOCA	N/S
8	1.1.8	Aumentar o número de bolsas de Hemocomponentes distribuídas (Hemoterapia).	Bolsas de Hemocomponentes distribuídas.	0	2021	Número Absoluto	123.524	DOCA	N/S
9	1.1.9	Aumentar o número de atendimentos multidisciplinares realizados (Hematologia).	Atendimento multidisciplinar realizado.	0	2021	Número Absoluto	41.438	DOCA	N/S

10	1.1.10	Ampliar o nº de leitos efetivos por 1000 habitantes.	Número de leitos hospitalares do SUS.	1,39	2019	Número	1,52	DOCA	N/S
11	1.1.11	Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou enviar o conjunto de dados por meio do serviço Webservice, em X% dos municípios.	Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado enviando conjunto de dados por meio do serviço Webservice.	70,14	2019	Percentual	60,00%	DIVISÃO TÉCNICA	14,28%
12	1.1.12	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatológico a cada três anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	0,3	2019	Razão	0,40	DIVISÃO TÉCNICA	0,4
13	1.1.13	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0,12	2019	Razão	0,20	DIVISÃO TÉCNICA	0,1
14	1.1.14	Ampliar as ações realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica.	Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	54,7	2019	Percentual	55	DIVISÃO TÉCNICA	100

15	1.1.15	Aumentar a cobertura de CAPS/100 mil habitantes ao ano.	Cobertura de CAPS/ 100 mil habitantes.	0	2020	Taxa	0,82	DIVISÃO TÉCNICA	1.2%
16	1.1.16	Reduzir em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de Fêmur	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de Fêmur.	0	2020	Percentual	19,67%	DIVISÃO TÉCNICA	18
17	1.1.17	Implementar ações de humanização para qualificação dos serviços de saúde na RAS do Estado do Pará.	Percentual de ações de humanização realizadas.	0	2020	Percentual	54%	DIVISÃO TÉCNICA	20,00%
<p>DIRETRIZ Nº 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.</p>									
<p>OBJETIVO Nº 1.2 - Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.</p>									
Nº Meta	Índice	Descrição da Meta Pactuada	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta Pactuada	Indicador (Linha-Base)			Meta Estadual 2022	Setor responsável no 12º CRS	META MUNICIPAL 2022
				Valor	Ano	Unidade de Medida			
18	1.2.1	Implementar ações de educação permanente para qualificação das áreas prioritárias do SUS.	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	28,57	2019	Percentual	25%	NUPES	20,00%

19	1.2.2	X % de ampliações de vagas ou de novos programas de residência em saúde.	Proporção de novas vagas ou de novos programas de residência em saúde.	3,7	2019	Percentual	10%	NUPES	N/S
20	1.2.3	Ampliar o número de acessos do Telessaúde no Estado.	Número de acessos ao Telessaúde no Estado.	0	2019	Número	30	NUPES	N/S
21	1.2.4	Ampliar o percentual de trabalhadores do SUS e profissionais em formação atingidos por metas estratégicas de fortalecimento da gestão do trabalho.	Trabalhadores do SUS e profissionais em formação atingidos por estratégias de fortalecimento da gestão do trabalho.	0	2020	Percentual	70%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	N/S
<p>DIRETRIZ Nº 2 - Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.</p>									
<p>OBJETIVO Nº 2.1: Aprimorar e implantar as redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.</p>									
Nº Meta	Índice	Descrição da Meta Pactuada	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta Pactuada	Indicador (Linha-Base)			Meta Estadual 2022	Setor responsável no 12º CRS	META MUNICIPAL 2022
				Valor	Ano	Unidade de Medida			

22	2.1.1	Acompanhar as ações de saúde, em 100% da tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	22,57	2019	Percentual	19,47%	DIVISÃO TÉCNICA	20,00%
23	2.1.2	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	52	2019	Percentual	58,32%	DIVISÃO TÉCNICA	70,00%
24	2.1.3	Reduzir os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) em maiores de 20 anos.	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM) em maiores de 20 anos.	13,75	2019	Percentual	11,63%	DOCA	30,00%
25	2.1.4	Reduzir em X% o tempo na fila de espera para acesso aos procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) na rede estadual.	Percentual de redução do tempo médio na fila de espera para acesso aos procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) na rede estadual.	0	2019	Percentual	25%	DOCA	N/S
26	2.1.5	Reduzir em X% o tempo na fila de espera para acesso aos leitos hospitalares da rede estadual.	Percentual de redução do tempo médio de espera para acesso aos leitos hospitalares da rede estadual	0	2019	Percentual	25%	DOCA	N/S
27	2.1.6	Ampliar a linha de atenção à pessoa com Transtorno do Espectro Autista por meio de implantação dos NATEAS.	Nº de Núcleo de Atendimento para Transtorno do Espectro Autista (NATEA) implantados.	0	2019	Número Absoluto	2	DOCA	N/S

28	2.1.7	Implementar o número de servidores estaduais e municipais capacitados a executar assistência adequada de acordo com a Política Estadual de Proteção aos Direitos das Pessoas com TEA.	Percentual de servidores estaduais e municipais, ativos, capacitados em temas sobre Transtorno do Espectro Autista (TEA)		2022	Percentual	5%	DOCA	N/S
29	2.1.8	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	92,2	2019	Percentual	92%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	80,00%
30	2.1.9	Aumentar a proporção de parto normal.	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.	49,42	2019	Percentual	59,63%	DIVISÃO TÉCNICA	45,00%
31	2.1.10	Aumentar a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu - 192).	Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu - 192).	79,65	2019	Percentual	82,24%	DOCA	100,00%
32	2.1.11	Qualificar os pontos de atenção dos componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) nas regiões do Estado	Número de pontos de atenção dos componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) qualificados.	0	2022	Número	152	DOCA	1

DIRETRIZ Nº 2 - Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.

OBJETIVO Nº 2.2 - Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

Nº Meta	Índice	Descrição da Meta Pactuada	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta Pactuada	Indicador (Linha-Base)			Meta Estadual 2022	Setor responsável no 12º CRS	META MUNICIPAL 2022
				Valor	Ano	Unidade de Medida			
33	2.2.1	Reduzir a mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil.	15,11	2019	Taxa	14,50	DIVISÃO TÉCNICA	10
34	2.2.2	Reduzir o Número de óbitos maternos.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	91	2019	Número	87	DIVISÃO TÉCNICA	01
35	2.2.3	Investigar os óbitos maternos em Idade Fértil (MIF).	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	54	2019	Percentual	100%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	100,00%
36	2.2.4	Investigar os óbitos maternos.	Proporção de óbitos maternos investigados.	63	2019	Percentual	100%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	100,00%

37	2.2.5	Ampliar o número de unidades de Saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências.	Nº de unidades de saúde implantadas com serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.	224	2019	Número	405	DIVISÃO TÉCNICA	10
DIRETRIZ Nº 3 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.									
OBJETIVO Nº 3.1 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.									
Nº Meta	Índice	Descrição da Meta Pactuada	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta Pactuada	Indicador (Linha-Base)			Meta Estadual 2022	Setor responsável no 12º CRS	META MUNICIPAL 2022
				Valor	Ano	Unidade de Medida			
38	3.1.1	Reduzir a incidência de sífilis congênita.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	1.072	2019	Número	773	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	02
39	3.1.2	Reduzir a mortalidade prematura (de 30 a 69anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT - doenças do aparelho	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório,	163	2019	Taxa	318,05	DIVISÃO TÉCNICA	28

		circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).						
40	3.1.3	Alcançar as coberturas vacinais (CV) adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança, nos municípios das 13 Regiões de Saúde.	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada.	23,61	2019	Percentual	75%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	95%
41	3.1.4	Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	70,2	2019	Percentual	80%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	80%
42	3.1.5	Realizar exames anti-hiv em X% dos casos novos de tuberculose.	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	69,7	2019	Percentual	90%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	90%
43	3.1.6	Reduzir a incidência de AIDS em menores de 5 anos.	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	12	2019	Número	7	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	02

44	3.1.7	Aumentar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	74,7	2019	Percentual	90%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	100%
46	3.1.9	Reduzir a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária na Região Amazônica.	Número de Casos autóctones de malária.	39	2019	Número	17.162 casos	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	03
47	3.1.10	Reduzir o numero absoluto de óbito por Arboviroses.	Número absoluto de óbitos por arboviroses.	0	2019	Número	5	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	00
48	3.1.11	Ampliar o número de municípios que alcançam o mínimo de 80% de cobertura de visitas domiciliares para controle vetorial da dengue	Número de municípios que alcançaram o mínimo de 80% de cobertura de visitas domiciliares para controle vetorial da dengue em pelo menos 4 ciclos.	3.287	2019	Número	60	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	04
49	3.1.12	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	53,2	2019	Percentual	60%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	95%
50	3.1.13	Ampliar a proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	0	2019	Percentual	25%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	100,00%

51	3.1.14	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), em até 60 dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	72,6	2019	Percentual	80%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	80%
52	3.1.15	Encerrar 80% ou mais os casos de SRAG Síndrome Respiratória Aguda Grave no sistema SIVEP GRIPE.	Proporção de casos de Síndrome Respiratória Aguda grave encerrados quadrimestralmente no SIVEP GRIPE.	-	2019	Percentual	80%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	80%
53	3.1.16	Reduzir o número de óbitos por Leishmaniose Visceral (LV).	Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral (LV).	-	2019	Percentual	12,50%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	0
54	3.1.17	Reduzir em X% em comparação ao ano anterior o número de casos confirmados de Doença de Chagas Aguda Identificado como forma de transmissão Oral.	Número de Casos de Doenças de Chagas Aguda por forma de Transmissão Oral.	-	2019	Percentual	5%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	0
55	3.1.18	Ampliar em X% o acesso ao tratamento das Hepatites B e C.	Proporção do acesso ao tratamento das Hepatites B e C.	-	2019	Percentual	20%	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	N/S
DIRETRIZ Nº 3 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.									

OBJETIVO Nº 3.2 - Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.									
Nº Meta	Índice	Descrição da Meta Pactuada	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta Pactuada	Indicador (Linha-Base)			Meta Estadual 2022	Setor responsável no 12º CRS	META MUNICIPAL 2022
				Valor	Ano	Unidade de Medida			
56	3.2.1	Realizar a descentralização dos serviços de alto risco em 50% dos municípios com população acima de 200.000 habitantes.	Número de Vigilâncias Sanitárias (VISA's) municipais com população acima de 200.000 habitantes executando serviços de alto risco	0	2020	Número Absoluto	2	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	N/S
57	3.2.2	Ampliar para 72 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) com Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) implantados, significando 50% das EAS' notificantes de agravos em sistemas de informação da ANVISA.	Número de Estabelecimentos Assistenciais em Saúde (EAS) com Núcleo de Segurança do Paciente implantados.	0	2020	Número	7	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	0
DIRETRIZ Nº 4 - Garantir e incentivar a participação social e o apoio para as Políticas de Saúde aos povos da Amazônia.									
OBJETIVO Nº 4.1 - Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e as responsabilidades dos municípios, estados e união, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral com equidade.									
Nº Meta	Índice	Descrição da Meta Pactuada	Indicador para Monitoramento e	Indicador (Linha-Base)			Meta Estadual 2022	Setor responsável no 12º CRS	META MUNICIPAL 2022
				Valor	Ano	Unidade de Medida			

			Avaliação da Meta Pactuada						
58	4.1.1	Apoiar a ampliação do número de Planos de Saúde enviados aos Conselhos de Saúde.	Planos de Saúde enviados aos Conselhos de Saúde.	1	2019	Número	44	NUPES	1
59	4.1.2	Atingir x % de manifestações finalizadas dos usuários do SUS	Percentual de manifestação finalizada dos Usuários do SUS	45,83	2019	Percentual	80%	DOCA	100
DIRETRIZ Nº 5 - Ampliar o financiamento do SUS considerando o Fator Amazônico e respeitando as especificidades de cada região do Estado do Pará.									
OBJETIVO Nº 5.1 - Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.									
Nº Meta	Índice	Descrição da Meta Pactuada	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta Pactuada	Indicador (Linha-Base)			Meta Estadual 2022	Setor responsável no 12º CRS	META MUNICIPAL 2022
				Valor	Ano	Unidade de Medida			
60	5.1.3	Ampliar o numero de Auditorias do SUS Realizadas.	Auditoria Realizada.	0	2019	Número	8	DOCA	N/S

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborarmos o Plano Municipal de Saúde 2022-2025, percebemos que ele vai além de uma ferramenta de trabalho de Gestão, por meio dele podemos mensurar toda a responsabilidade do Município com a população em relação ao processo de saúde.

A sua importância é nítida, o PMS é instrumento norteador do Gestor de Saúde e toda a sua equipe, assim alcançando seus objetivos e metas com qualidade. Para alcançar esses objetivos, é necessário o comprometimento, articulação intersetorial, presença ativa do CMS e de toda a comunidade. Assim consequentemente melhorando a saúde e qualidade de vida de todos e a transparência de todo o processo.

Que este documento seja consultado com frequência por todos profissionais da saúde, ressaltando-se que as políticas públicas são dinâmicas, assim o processo de reformulações seja constante, baseado em evidências de maneira periódica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS PS, AQUINO ÉC, SOUZA MR. **Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil**. Rev Saúde Pública. 2019.

BARROS, Patrícia de Sá. AQUINOII, Érika Carvalho de. SOUZA, Marta Roverly de. **Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil**. Ver. Saude Pública. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HANSENÍASE 2022**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde FUNASA. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília, 2002.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde: Pública Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública : estratégias para 2021-2025**. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 19 de fevereiro de 2020

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, Brasília, DF, ano CXXVIII, n 182, p 1- 11, 20 de set. 1990.

BRASIL. Lei complementar 141. 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. Gabinete do Ministro da Saúde, Brasília, 13 de janeiro de 2012.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe . GOULART, Rita Maria Monteiro. AQUINO, Rita de Cássia de. WITTER, Carla. BURITI, Marcelo de Almeida. PREARO, Leandro Campi. **Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de universidades abertas para a terceira idade**. Psicologia & Sociedade. 2014.

GLADIS Helena da Silva... [et al.]. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. **Abordagem da Hanseníase na atenção básica**. Dados eletrônicos. – Florianópolis : CCS/UFSC, 2018.

GOMES, Elaine Christine de Souza. Conceitos e ferramentas da epidemiologia. Ed. Universitária da UFPE, 2015.

SÍFILIS congênita e sífilis na gestação. Serviço de Vigilância Epidemiológica Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP. **Informes Técnicos Institucionais**. Rev Saúde Pública. Disponível em: .2008.

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/CRPrBF5GP7sg5vYHTWJd8ts/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 03/03/2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/joaoramalho/panorama>. Acesso em: 04/03/2022.

KROPIWIECA, Maria Volpato. FRANCOA, Selma Cristina,* . AMARALA, Augusto Randüz do. **Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado**. Rev Paul Pediatr. 2017;35(4):391-398.

LINHARES, Shirley Ribeiro dos Santos. PAZ, Elisabete Pimenta Araújo. **A vivência do tratamento de tuberculose em unidades de Saúde da Família**. Esc. Anna Nery. Aprovado em 05/12/2019. Escola Anna Nery 24(2)2020.

NONATO, Solange Maria. MELO, Ana Paula Souto. GUIMARÃES , Mark Drew Crosland . **Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(4):681-694, out-dez 2015.

PNUD. **Índice de desenvolvimento Humano**. <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/atlas-do-desenvolvimento-humano.html>

RIQUINHO, Deise Lisboa. CORREIA, Sandra Gomes. **Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal Pesquisa** . Rev. Bras. Enferm. 2006.

SILVA, Giordana Maronezzi da. PESCE, Giovanna Brichi. MARTINS, Débora Cristina. PRADO, Cacilda Maria do. FERNANDES, Carlos Alexandre Molena. **Sífilis na gestante e congênita: perfil epidemiológico e prevalencia** . Enfermería Global Nº 57 . Enero 2020.

TRINDADE LNM, NOGUEIRA LMV, RODRIGUES ILA, FERREIRA AMR, CORRÊA GM, ANDRADE, NCO. **Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal**. Rev Bras Enferm. 2021.

TEDOLDI, Citânia L. ZOUVI, João Paulo.. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia**. Arq Bras Cardiol 2009;.

Portarias, nº 204, Portaria 205, de fevereiro de 2016, Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 e Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020 do Ministério da Saúde.