

2018 - 2021

Plano Municipal de Saúde

Palmas, 2017

UNIDADE SAÚDE
DA FAMÍLIA
1103 SUL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PALMAS

Carlos Enrique Franco Amastha

Prefeito Municipal de Palmas

Nésio Fernandes de Medeiros Júnior

Secretário Municipal da Saúde

Whisllay Maciel Bastos

Presidenta da Fundação Escola de Saúde Pública
de Palmas e Secretário Executivo

Maria Alice de Araújo

Presidente do Conselho
Municipal de Saúde

Equipe Técnica

Alessandro Farias Pantoja

Ana Paula Pereira Braga Lima

Bruna Frota Mourão

Celestina Rosa de Sousa Barros

Daniel Henrique Rezende de Carvalho

Edinelma Lima Batista

Eduardo Moreira Barbosa

Fábio Renato de Souza Dihel

Haidee Campitelli Vasques

Jetro Santos Martins

Juliana Bacoff Flores

Juliana Ramos Bruno

Juliana Ribeiro Pinto

Karolyne Botelho Marques Silva

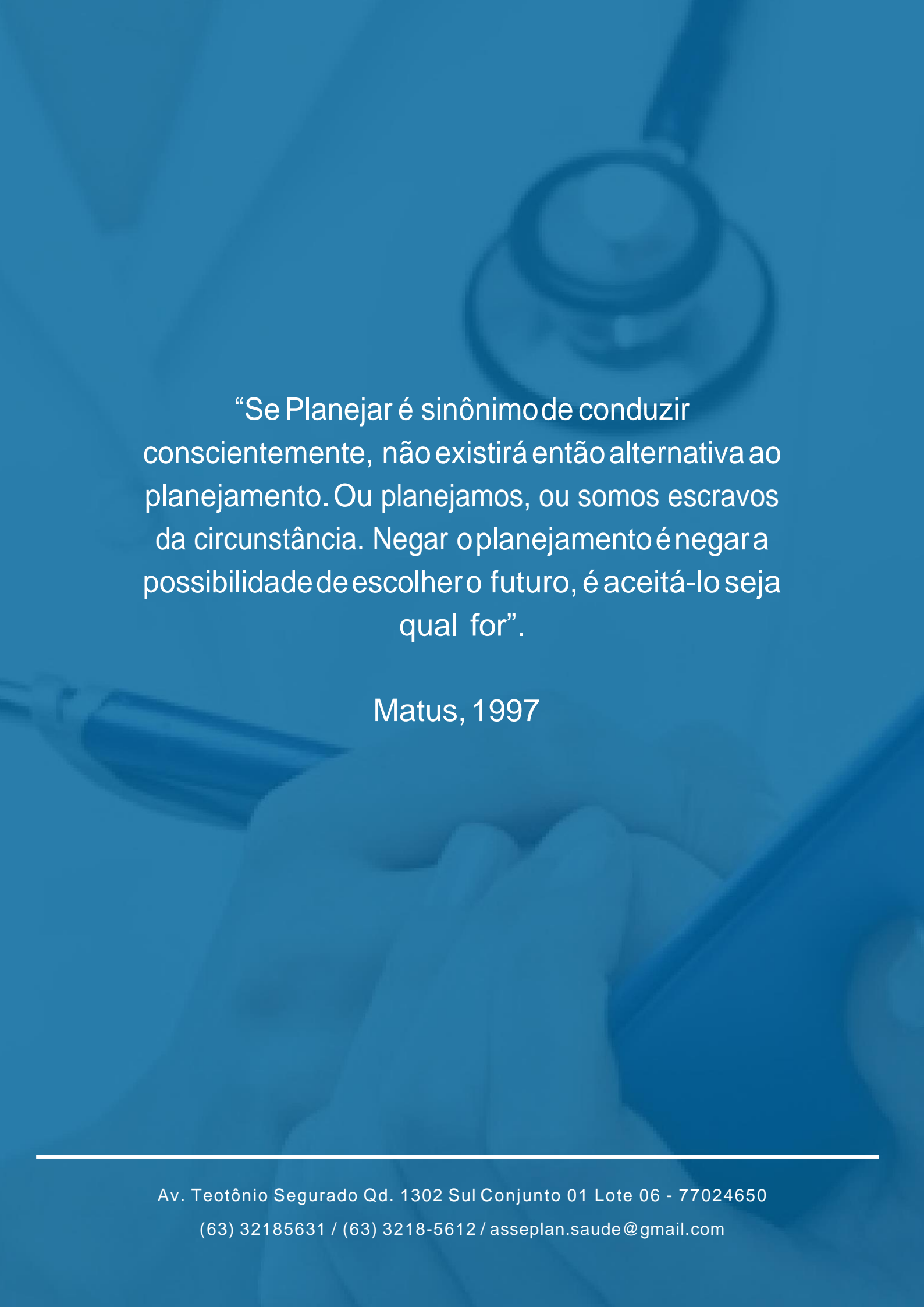
Lorena Paniago

Márley Silva Borba

Nígima Cristina de Oliveira Bezerra

Nina Maria de Almeida Araújo Braga

Paula Guimarães Nunes



“Se Planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento. Ou planejamos, ou somos escravos da circunstância. Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja qual for”.

Matus, 1997

SUMÁRIO

EQUIPE TÉCNICA	3
APRESENTAÇÃO	6
Da Missão, Visão e Valores	6
INTRODUÇÃO	9
Do Plano Municipal de Saúde	9
IDENTIFICAÇÃO	16
Da Secretaria Municipal de Saúde.....	16
ANÁLISE SITUACIONAL	23
Um panorama de Palmas e da Saúde Municipal	23
SAÚDE EFICIENTE	81
Um panorama de Palmas e da Saúde Municipal	Erro! Indicador não definido.
PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	120
Do Conselho Municipal de Saúde e das Audiências Públicas	120
COMPROMISSOS DE GOVERNO	129
A Saúde no Programa de Governo 2017-2020	129
GESTÃO DO SUS	135
PMS 2018 - 2021	135
FINANCIAMENTO DO SUS	140
Da execução, previsão e ações orçamentárias	140
DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	160
PMS 2018 - 2021	160
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	180
Do acompanhamento da Gestão do SUS	180
CONSIDERAÇÕES FINAIS	184
BIBLIOGRAFIA	186
ANEXOS	Erro! Indicador não definido.



1

APRESENTAÇÃO

Da Missão, Visão e Valores

“Planejar é decidir de antemão qual é, e como será a sua vitória”.

Rhandy di Satefano

Planejar e trabalhar em gestão na saúde significa contemplar e tentar atender a necessidade dos indivíduos, na sua plenitude, agora e no futuro, pois o planejamento considera também o que está ainda por vir, na medida em que determina objetivos e metas, coordenando os meios e recursos para atingi-los. Trazendo a luz o conceito de saúde da Organização mundial de Saúde - OMS, “Saúde é um estado de bem estar biopsicossocial e espiritual”. Fazer gestão em saúde, dentro deste conceito tão amplo, além de prevenir e tratar a doença significa diagnosticar e agir sobre determinantes ponderáveis e imponderáveis, todas ativas em ritmos simultâneos, lentos ou céleres, nictemerais ou pontuais.

Dentro destes conceitos, a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, lança seu olhar para as necessidades presentes e futuras da população, delimitadas pela dura realidade financeira - também determinante para o setor – levados pelo exercício possível da inteligência e da expertise para planejar e construir “mais e melhor” com o que se tem. Isto implica em otimizar o trabalho das equipes, conduzindo os seus saberes, motivando-as para o exercício do essencial, priorizando sempre o mais grave, o mais importante, o mais necessário, com a qualidade inerente ao exercício do mister.

O controle social, representado pelos Conselhos Locais de Saúde, pelo Conselho Municipal de Saúde e também pelas ouvidorias, constituem instâncias obrigatórias e legítimas, avaliadoras e orientadoras indispensáveis de todas as nossas ações. Desta forma, dentro das premissas que norteiam a nossa gestão - foco constante no usuário, corrigindo a sua trajetória no sistema e também no servidor - que precisa estar satisfeito e convicto do seu papel - traçamos a nossa gestão - **Saúde Eficiente**, que apresentamos neste Plano Municipal de Saúde, pensando fazer o nosso melhor e o melhor que as equipes podem oferecer na gestão da saúde do município de Palmas.

Missão

- Promover cuidado individual e coletivo capaz de reduzir a morbi-mortalidade e as iniquidades sociais, garantir a saúde como direito fundamental do ser humano, intervir na determinação social do processo de saúde – doença, por meio de uma gestão eficaz e da estruturação de uma rede de atenção e vigilância em saúde que vise a melhoria da qualidade de vida.

Visão

- Ser reconhecido pela qualidade das ações e serviços públicos em saúde, comprometido com inovadores modelos de gestão, integrando pessoas, setores e tecnologias.

Valores

- Respeito e Valorização a Vida;
- Humanização no Cuidado;
- Transparência;
- Amorosidade;
- Superação;
- Seriedade;
- Resolutividade;



2

INTRODUÇÃO

Do Plano Municipal de Saúde

"Um planejamento cuidadoso é capaz de vencer quase todas as dificuldades".

Amiano Marcelo

Planejar saúde é um desafio e requer ampla reflexão sobre a realidade do município e compreensão das inter-relações que permeiam o Sistema Único de Saúde - SUS. Nesse sentido, este Plano desenvolve orientações estratégicas com a finalidade de sustentar política, técnica e financeiramente as necessidades do município, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e interação dos múltiplos setores da saúde. Busca estruturar e planejar de forma adequada os passos a serem dados na área da saúde em nosso município, traduzindo as diretrizes, objetivos e metas para o período de quatro anos.

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

A elaboração deste plano se deu de forma compartilhada, amplamente discutida com a população, Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Locais de Saúde, trabalhadores do SUS, órgãos da Prefeitura de Palmas, de modo compatibilizado com o Plano Plurianual - PPA no mesmo período, sendo esse, instrumento de governo que estabelece metas e considera as fontes de financiamento, com os eixos temáticos/diretrizes recomendadas pela Conferência Nacional de Saúde - CNS, da Conferência Municipal de Saúde de Palmas e do Plano Nacional de Saúde - PNS de modo a priorizar ações efetivas junto à comunidade.

Resultante de intensos debates nos quais foram levantados os problemas, propostas, este plano foi construído por meio de um processo integrado do Planejamento Estratégico para análise e desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Este plano é composto de apresentação, introdução, análise situacional, do acesso, produção e implantação de serviços de saúde, participação do controle social, compromissos de governo municipal, gestão do SUS, diretrizes, objetivos, metas e

indicadores e o processo de monitoramento e avaliação e um anexo com os indicadores de avaliação. Os dados aqui apresentados contemplam a fundamentação legal e normativa, atribuições, eixos orientadores da composição temática do Plano. Constam a síntese das condições de saúde da população do município de Palmas, do acesso e da oferta de ações, serviços e produtos. Constam também as propostas da 10ª Conferência Municipal de Saúde, do Plano de Governo Municipal, do financiamento do SUS, posterior a indicação das diretrizes e quantifica metas a serem alcançadas para os próximos 04 (quatro) anos, referenciadas aos objetivos de ampliação do acesso e fortalecimento do SUS.

O plano de gestão será monitorado e avaliado com a implantação do GPWEB, um sistema de comando e controle de níveis estratégico, tático e operacional com ferramentas de boas práticas do mercado. Tendo como base o ciclo PDCA, planejar, executar, avaliar e corrigir, para um bom acompanhamento e execução do plano. Entende-se que o Plano Municipal de Saúde não é um produto finalizado, mas um instrumento em atualização contínua, com a finalidade de promover uma saúde mais acessível a todos. Primordialmente, a sua elaboração visa entre outros ampliar e qualificar o acesso às ações e serviços de saúde, com ênfase na integralidade, equidade, humanização e justiça social, considerando as redes temáticas e demais políticas de atenção e vigilância em saúde, bem como os determinantes sociais de saúde nos territórios, na melhoria e qualificação dos profissionais envolvidos na área da saúde, na melhoria das condições físicas, no aumento de recursos, equipamentos e pessoal e, o que é imprescindível, projetar o futuro através de um planejamento que defina metas e estratégias para atingi-las.

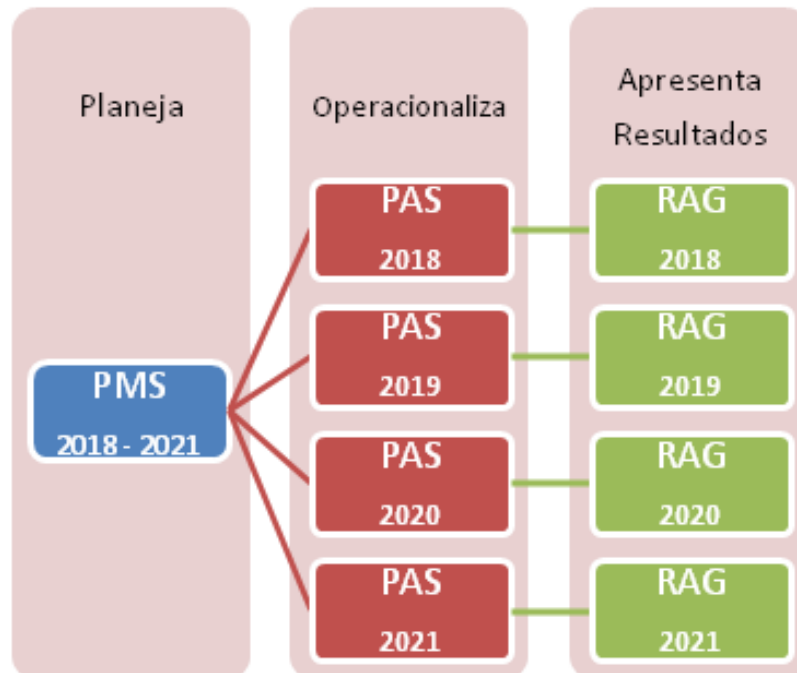
Por fim, é importante lembrar que o Plano Plurianual, a Pactuação pela Saúde (Sispacto), a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, devem manter coerência com o Plano Municipal de Saúde, guardando uniformidade de objetivos, diretrizes e metas.

ESTRUTURAÇÃO DO PLANO

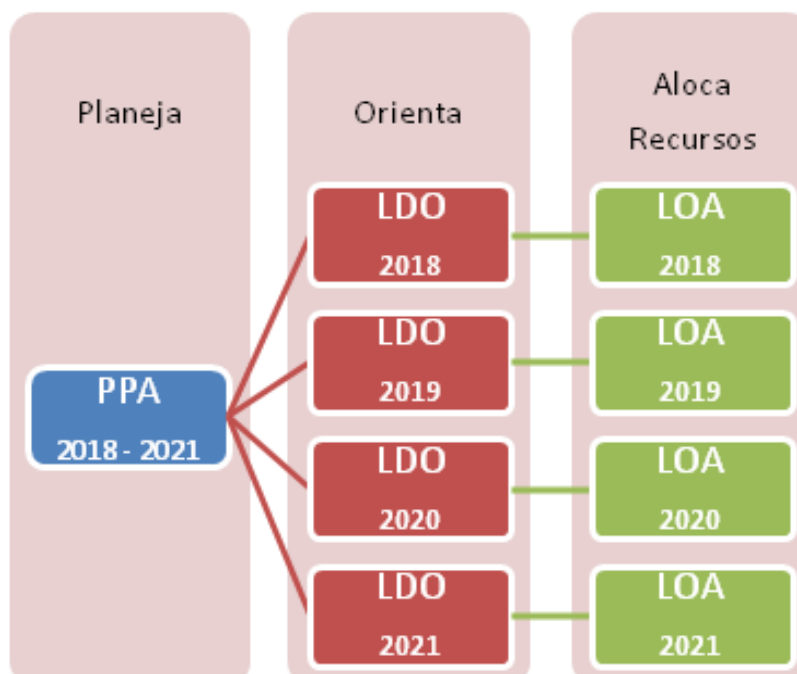
A elaboração do Plano Municipal de Saúde está prevista na Lei nº 8.080/90, no art. 36, § 1º - “Os planos de saúde serão à base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”. A Lei 141/2012 preceitua que a transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde. A sua construção iniciou-se no mês de março de 2017, sob a coordenação da Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, utilizando o Planejamento Estratégico Situacional - PES, com base na proposta de Carlos Matus, de identificar e intervir sobre problemas de saúde da população, cuja delimitação resulta de negociação e consenso entre distintos modos de entender a saúde. Foram considerados eixos temáticos/diretrizes do Conselho Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde que conjuntamente com outros elementos, subsidiaram na definição de Objetivos, Metas e Indicadores:



Dos instrumentos de Planejamento da Saúde:



Dos instrumentos de Planejamento e Orçamento de Governo:



O planejamento em saúde é um processo que objetiva realizar uma intervenção sobre determinado recorte de realidade, com propostas de ação, realizada por atores sociais, em um processo que inclui desenhar, executar, acompanhar e

avaliar, com propósito de manter ou modificar uma determinada situação de saúde (TANCREDI, 2002).

O processo de planejamento ocorreu de forma ascendente e a partir das necessidades de saúde da população, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, quando foram identificados os problemas. Com base nisso, foram sugeridas diretrizes com base nas recomendações da Conferência Nacional de Saúde - CNS, da Conferência Municipal de Saúde de Palmas e do Plano Nacional de Saúde - PNS devidamente deliberada pelo Conselho Municipal por meio das reuniões específicas para tratar de cada diretriz, posterior definição de objetivos, os quais expressam o que deve ser feito, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações, e a definição de metas que expressam um compromisso para alcançar objetivos e os seus respectivos indicadores, essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, uma vez que permitem acompanhar o alcance das metas entre outros.

Durante todo o processo de discussão e elaboração, contamos com a participação dos gestores, servidores das áreas técnicas, dos territórios de saúde, bem como asseguradas a transparência e a visibilidade mediante a participação do controle social, por meio da participação dos Conselheiros Municipais de Saúde, Conselheiros Locais de Saúde e da população em geral, através da realização de reuniões prévias realizadas e audiências prévias nos territórios com o objetivo de garantir a participação da população, conforme o calendário abaixo:

Data e horário	Região e Local	Endereço
04/08/2017 08:00 as 12:00h	Região Central - ETI Almirante Tamandaré	1306 Sul, Al 01, APM 37/40, CEP 77.270-000
08/08/2017 08:00 as 12:00h	Região Norte - ETI Padre Josimo Morais Tavares	Qd. 301 Norte Al Lo 08, APM 01, CEP 77.001-212

17/08/2017 08:00 as 12:00h	Região Sul - ETI Anísio Spíndola Teixeira	Av. Antônio Sampaio, APM 07, Setor Bertaville, CEP 77.270- 000
24/08/2017 08:00 as 12:00h 2017	Região de Taquaruçu e Zonas Rurais - ETI Crispim Pereira de Alencar	Rua 07, esq. com a 1ª Avenida, Lote 67, Taquaruçu, CEP 77.160-000

3

IDENTIFICAÇÃO

Da Secretaria Municipal de Saúde

“Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar”.

Anatole France

IDENTIFICAÇÃO

Município: Palmas

UF: Tocantins

Secretaria da Saúde:

Razão Social: Secretaria Municipal da Saúde de Palmas - TO

CNPJ: 24.851.511/0027-14

Endereço: Av. Teotônio Segurado, Quadra 1.302 Sul, Lote 06

Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas:

Instrumento legal de criação: Lei nº 2.014, de 17 de dezembro de 2013

CNPJ: 20.184.893.0001/80

Presidente: Whisllay Maciel Bastos

Data da Posse: Ato nº 151 DSG, de 17 de fevereiro de 2017

Telefone: (63) 3218-5248

Email: secex.semus@gmail.com

Secretário da Saúde:

Nome: Nésio Fernandes de Medeiros Júnior

Data da Posse: 05 de abril de 2016

Telefone: (63) 3218-5612

Email: gabinete.saude.palmas@gmail.com

Fundo Municipal da Saúde – FMS:

Instrumento legal de criação: Lei nº 141 de 20 de dezembro de 1991

CNPJ: 11.320.420/0001-71

Gestor: Nésio Fernandes de Medeiros Júnior

Cargo do Gestor: Secretário Municipal da Saúde

Conselho Municipal da Saúde – CMS:

Presidente: Maria Alice de Araújo
Segmento: Prestadores de Serviço
Data da última eleição: 28 de dezembro de 2017
Telefone: (63) 3218-5352
Email: cms.saudepalmas@hotmail.com

Conferência da Saúde:

Data da última Conferência 25 e 26 junho de 2015

Plano Municipal da Saúde: 2018/2021

Plano de Carreira, Cargos e Salários:

O Município de Palmas/TO possui Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos - PCCV único para todos os servidores ocupantes dos cargos de Profissionais da Área de Saúde – Lei Nº 1.417, de 29 de dezembro de 2005 e a Lei nº 1.529, de 10 de maio de 2008 – Cria os Cargos Públicos de Agente Comunitários de Saúde e Agente de Combate às Endemias e institui o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos e dá outras providências. Foi instituída a MESA/SUS/PALMAS, pela Portaria nº 507/SEMUS/GAB, DE 10 DE JUNHO DE 2016, sem prejuízo das atribuições legais da Câmara RH de Negociação Permanente instituída pela Lei Municipal nº 2.065 de 03 de julho de 2014, composta, paritariamente, por representantes da Secretaria Municipal da Saúde e de representantes das entidades/associações sindicais representativas dos servidores, que se reunirão, ordinariamente, todos os meses e, extraordinariamente, sempre que convocados.

Informações sobre Regionalização:

Entendida como um “processo de organização das ações e serviços de saúde numa determinada região, visando à universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade”, a regionalização é um dos princípios orientadores do SUS. As regiões de saúde tem a finalidade de integrar a organização e a execução de ações e serviços de saúde. (Decreto nº 7.508/11). A partir deste preceito, foram estabelecidos vários estudos nas reuniões da Câmara Técnica de Gestão da CIB, em articulação com gestores municipais e técnicos do estado, que compuseram o 3º redesenho de Regionalização definindo as novas regiões de saúde passando de 15 para 8, aprovadas consoante a Resolução CIB- TO nº 161/2012, de 29 de agosto de 2012. De acordo com aquela resolução, foram definidos os critérios de recorte regional, além das ações e serviços de saúde mínimos para composição da Região em 05 eixos:

I. Atenção primária - 80% de cobertura ESF e suficiência da AB na região;

II. Urgência e emergência - 1 Pronto Socorro funcionando 24 h todos os dias da semana com cirurgião geral e atendimento obstétrico de risco habitual (cesárea) na região;

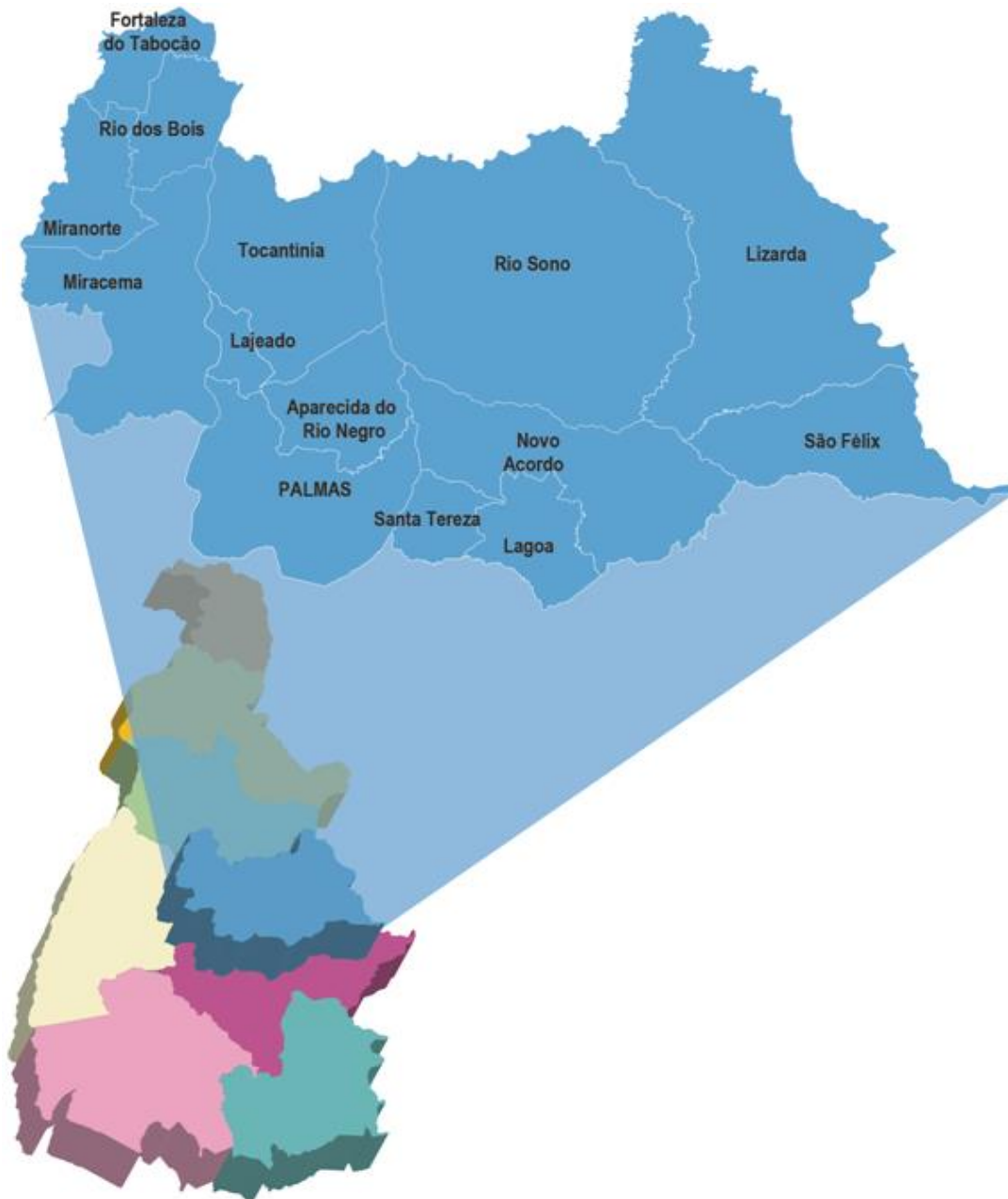
III. Atenção psicossocial - pelo menos 01 CAPS I na região;

IV. Atenção ambulatorial especializada e hospitalar - atendimento ambulatorial em clínica médica e cirurgia geral e hospitalar nas clínicas médicas, cirúrgicas e obstétricas;

V. Vigilância em saúde - equipe de vigilância constituída legalmente no município.

Ainda em conformidade com a pactuação na CIB de 29 de agosto de 2012, respeitando os critérios adotados pelo decreto 7.508/2011 e Resolução Tripartite 004/2012, as regiões de saúde do Estado do Tocantins são:

Região de Saúde	Área (km²)	Quant. de Município	População (IBGE 2010)	Distancia em Km da Referencia Regional		
				Menor	Maior	Média
Capim Dourado	29.569,877	14	301.576	55	335,9	144,26
Sudeste	36.418,802	15	92.376	29,8	213	111,45
Ilha do Bananal	53.785,257	18	171.546	21,3	268	110,11
Cerrado Tocantins Araguaia	32.872,009	23	146.205	50,6	210	108,20
Médio Norte Araguaia	32.255,061	17	262.650	35,7	297	94,98
Amor Perfeito	36.770,935	13	103.350	41	180	90,31
Cantão	41.638,071	15	114.648	23	248	87,33
Bico do Papagaio	14.128,745	24	191.094	15,9	158	79,13
TOTAL	277.438,76	139	1.383.445	-	-	-



Fonte: Superintendência de Planejamento do Estado do Tocantins

Municípios da Região Capim Dourado:

Palmas (14 Municípios)	População	Densidade Demográfica	Distância de Palmas para:
Aparecida do Rio Negro	4.213	3,63	70 km
Fortaleza do Tabocão	2.419	3,87	153 km
Lagoa do Tocantins	3.524	3,87	121 km
Lajeado	2.773	8,60	50 km
Lizarda	3.725	0,65	317 km
Miracema do Tocantins	20.684	7,79	78 km
Miranorte	12.623	12,24	99 km
Novo Acordo	3.762	1,41	112 km
Palmas	228.332	102,90	-
Rio dos Bois	2.570	3,04	123 km
Rio Sono	6.524	0,98	143 km
Santa Tereza do Tocantins	2.523	4,67	41 km
São Félix do Tocantins	1.437	0,75	227 km
Tocantínia	6.736	2,59	75 km
TOTAL	301.576	10,20	

Fonte: IBGE

Palmas faz parte da Região de Saúde Capim Dourado, onde além destes municípios apresentados acima, também é referência para outros de demais regiões nos serviços de média e alta complexidade, nos termos da Programação Pactuada Integrada - PPI.

Para além do marco assistencial e de inovação em serviço, em 2017 teve-se a aprovação da autorização legal para o estabelecimento de instrumento jurídico adequado para regulamentar a transferência de recurso Fundo a Fundo entre municípios do Tocantins para a complementação de procedimentos referenciados a rede de serviços da capital. Por consequente o município de Nova Rosalândia - TO, firmou convênio de cooperação com Palmas neste 2º quadrimestre de 2017 e mais 12 municípios estão tramitando processos para modificar a legislação municipal de modo a contemplar bases legais para efetivar o convênio de cooperação com o município de Palmas - TO.

A Programação Pactuada e Integrada, nos termos da portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006, é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Define a programação das ações de saúde em cada território e direciona a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. No Tocantins, a Resolução - CIB nº 041/2012 de 21 de março de 2012 estabelece os parâmetros de macroalocação de recursos e financeiros da PPI.



4

ANÁLISE SITUACIONAL

Um panorama de Palmas e da Saúde Municipal

“Que o amor seja a marca mais profunda em tudo que for planejado e realizado”.

Desconhecido

Da estrutura do sistema de saúde:

O Sistema Municipal de Saúde de Palmas, possui em sua estrutura organizacional a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, como órgão da administração direta e a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, como órgão da administração indireta, criada pela Lei Municipal nº 2014, de 17 de dezembro de 2013, vinculada à Secretaria de Saúde de Palmas, com o objetivo de promover, regular e desenvolver, no âmbito da gestão municipal do Sistema Único de Saúde – SUS, toda atividade de formação e educação permanente, pesquisa e extensão na área da saúde.

Ambas as estruturas são vinculadas ao Fundo Municipal de Saúde como Unidades Gestoras Executoras, conforme orienta o Manual de Gestão dos Recursos da Saúde do Fundo de Saúde, e regulamentado pelo Decreto Municipal nº 1.269, de 30 de junho de 2016.

A SEMUS e a FESP-Palmas, atuam de maneira sinérgica a fim de fazer cumprir os objetivos constitucionais do SUS.

Em junho de 2016 houve uma alteração na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, objetivando a implementação da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde – RAVS. Fortalecendo assim o processo de descentralização, isto é, na autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, de maneira a articular processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais e a população atendida.



Da Rede de Atenção à Saúde:

- ✓ Organizado por um contínuo de Atenção;
- ✓ Organizado por uma rede poliárquica
- ✓ Orientado para Atenção as condições Crônicas e Agudas;;
- ✓ Validado para uma população;
- ✓ O sujeito é agente de Saúde;
- ✓ Proativo;
- ✓ Atenção Integralizada;
- ✓ Cuidado Multiprofissional;
- ✓ Gestão de Base;

- ✓ Financiamento por capitação ou por desfecho de condições de saúde;

Neste caminho e com base na luta inicial de construção do Sistema Único de Saúde – SUS surgiu o desafio de trabalhar redes integradas de saúde; ideia pautada nos princípios e diretrizes do SUS e na Lei nº 8.080/1990 e consolidada, no município através da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde - RAVS-Palmas, por meio da Portaria institucional nº 518/SEMUS/GAB de 14 de Junho de 2016, a qual foi apresentada no Conselho Municipal de Saúde na 6ª Reunião Ordinária de 2016. Sendo assim, a RAVS surge como forma de organização do sistema municipal de saúde, com o objetivo de promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção preventiva, contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica, visando à estruturação de um sistema integrado de seguridade e proteção social no município.

Com a implantação da RAVS, os Centros Comunitários de Saúde da Família de gestão do SUS, passaram a ser denominados Centros de Saúde da Comunidade - CSC, e passaram a compor junto com os demais pontos de atenção à saúde, 8 (oito) territórios de saúde. Entende-se por território de saúde a “base territorial para organização das ações e serviços de saúde orientados pela melhoria do acesso, da equidade, da maior satisfação dos usuários, da resolutividade e eficácia”.

Estes espaços refletem a riqueza e complexidade das relações humanas que neles interagem socialmente - e suas características políticas, econômicas e socioculturais - e não apenas uma população que vive dentro de determinados limites geográficos, sob a abrangência delimitada a um conjunto de serviços de saúde, mas também os fatores determinantes e condicionantes que interferem na qualidade de saúde e de vida da população local.

O município de Palmas/TO é responsável pela Gestão de Ações e Serviços Públicos situados no território de Palmas, quais sejam: atenção primária, atenção

secundária, atenção psicossocial, urgência e emergência e vigilância em saúde. Esta descentralização ocorreu através da Declaração de Comando Único, ratificada pela Resolução CIB nº 159 de 29.08.2012, de acordo com o Decreto Federal de nº 7.508, de 28.11.2011 e através da Resolução – CIB/TO nº 008/2016, de 19.02.2016 a qual dispõe sobre a Atualização da Descentralização da Gestão de Ações e Serviços de Saúde para o município de Palmas – TO, consoante disposto nos artigos 2º e 3º da Resolução – CIT Nº. 04/2012. Ressaltamos ainda que para fazer frente às responsabilidades constitucionalmente definidas, a gestão municipal de saúde conta com uma infraestrutura de oferta com estabelecimentos da rede pública, complementados por serviços credenciados.

Por sua vez o Estado é responsável pela gestão e oferta dos procedimentos de Média e Alta Complexidade realizados na rede hospitalar própria, conveniada e/ou contratada, bem como, em ambulatórios mantidos nas unidades hospitalares e unidades de apoio. Suas unidades são o Hospital Geral de Palmas – Dr. Francisco Aires, Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos, Hospital Infantil – Dr. Hugo Rocha, LACEN, Hemorrede, Pró-Rim, TFD Estadual e CER – Centro Estadual de Reabilitação, conforme Anexo III da Resolução – CIB/TO nº 008/2016.

Do panorama demográfico:

a) População:

Palmas é a capital e também a maior cidade do estado do Tocantins. Foi fundada em 20 de maio de 1989, logo após a criação do Tocantins pela Constituição de 1988. Após 29 anos, a população chega aos 286.787 habitantes (estimativa IBGE – 2017), de um modo geral a cidade é caracterizada pelo seu planejamento, com a preservação de áreas ambientais, boas praças, parques, hospitais, centros de saúde das comunidades e escolas, se tornando a capital com a maior taxa de crescimento do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Confirmando essa informação, em 2016, Palmas foi indicada como a melhor cidade da região norte segundo dado publicado no portal da Revista Veja. Ficando em primeira no ranking do Tocantins:

Posição	IDH
1ª Palmas (TO)	0.788
2ª Paraíso do Tocantins (TO)	0.764
3ª Gurupi (TO)	0.759
4ª Boa Vista (RR)	0.752
5ª Araguaína (TO)	0.752

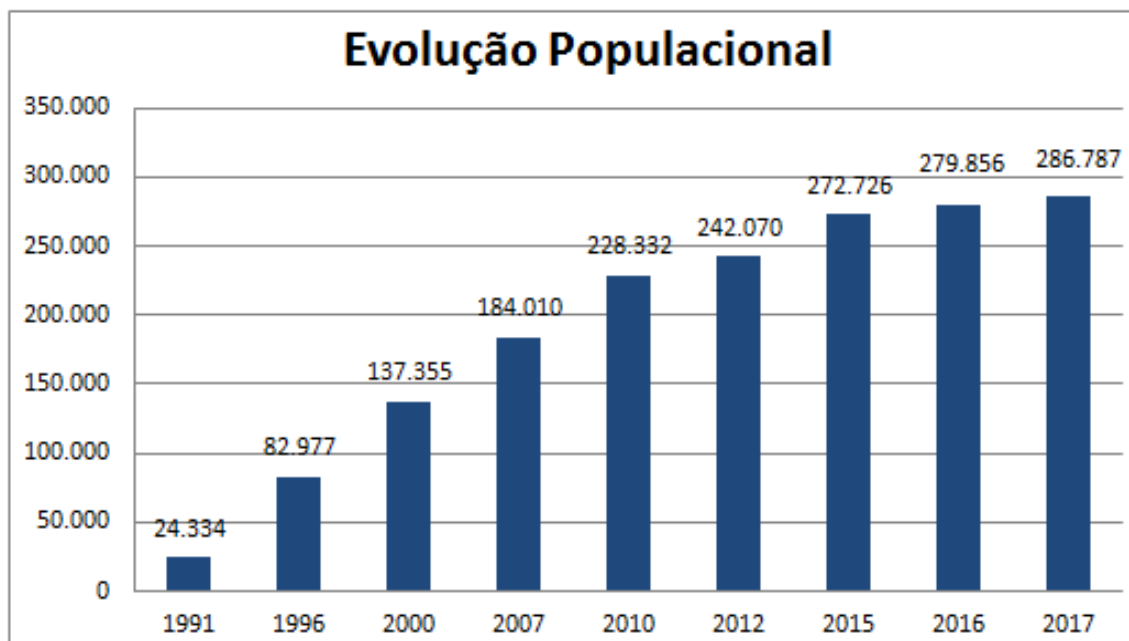
Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 21,49%. Na UF, esta taxa foi de 2,58%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 78,27% para 97,69%. (IPEA acessado em 08/08/2017)

Entre 2000 e 2010, a população de Palmas cresceu a uma taxa média anual de 5,21%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 97,69% para 97,11%.

População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Município - Palmas - TO						
População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	23.829	100,00	137.355	100,00	228.332	100,00
População residente masculina	12.778	53,62	68.735	50,04	112.848	49,42
População residente feminina	11.052	46,38	68.620	49,96	115.484	50,58
População urbana	18.650	78,27	134.179	97,69	221.742	97,11
População rural	5.179	21,73	3.176	2,31	6.590	2,89

FONTE: PNUD, IPEA E FJP

No último censo populacional de 2010, a população era de 228.332, considerando os dados da população estimada pelo IBGE em 2016 houve um crescimento de aproximadamente 22%.



Fonte: IBGE/Censos e Estimativas

b) Estrutura Etária;

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 52,62% para 41,57% e a taxa de envelhecimento, de 1,58% para 2,73%. Em 1991, esses dois

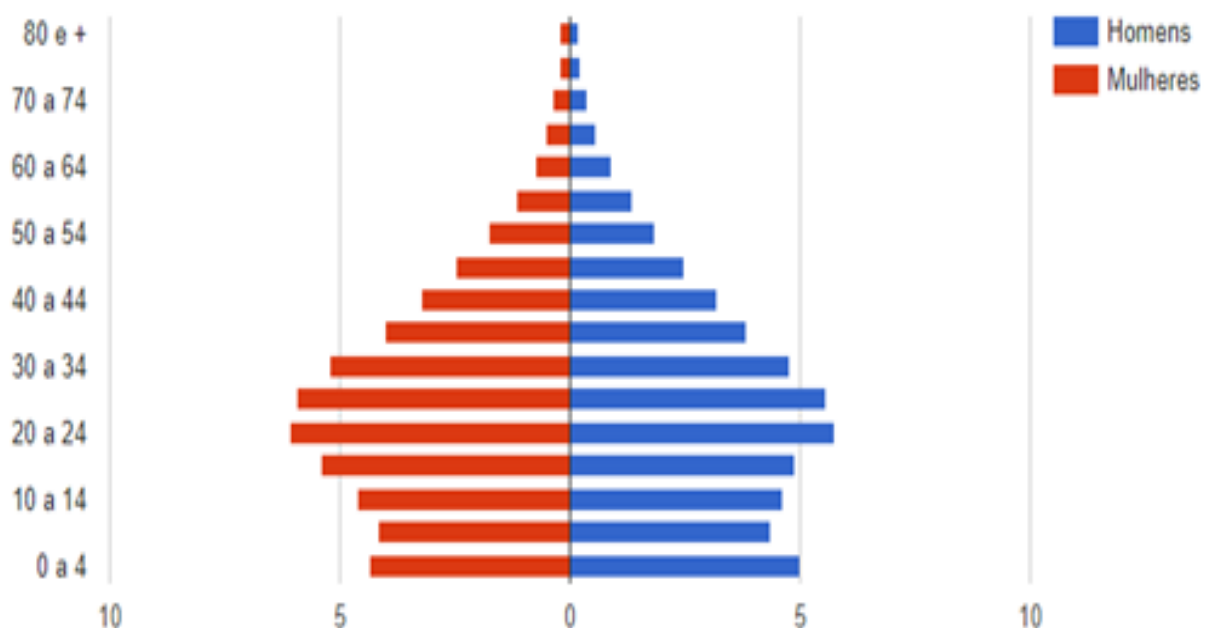
indicadores eram, respectivamente, 68,59% e 1,18%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

Estrutura Etária da População - Município - Palmas - TO						
Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	9.414	39,51	45.187	32,90	60.808	26,63
15 a 64 anos	14.135	59,32	90.000	65,52	161.283	70,64
População de 65 anos ou mais	280	1,18	2.168	1,58	6.241	2,73
Razão de dependência	68,59	-	52,62	-	41,57	-
Taxa de envelhecimento	1,18	-	1,58	-	2,73	-

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

c) Pirâmide etária 2010 - Palmas - TO

Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade.



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

d) Longevidade, mortalidade e fecundidade

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 25,8 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 45,1. Já na UF, a taxa era de 19,6, em 2010, de 36,5, em 2000 e 63,7, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos. Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - Palmas - TO			
	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	64,6	70,7	74,6
Mortalidade infantil	45,1	25,8	15,3
Mortalidade até 5 anos de idade	59,5	33,5	16,4
Taxa de fecundidade total	3,8	2,5	2,0

Fonte: PNUD, IPEA e FJP

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 3,9 anos na última década, passando de 70,7 anos, em 2000, para 74,6 anos, em 2010. Em 1991, era de 64,6 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

e) Expectativa de Vida

É sabido que a expectativa de vida do brasileiro tem avançado sistematicamente nas últimas décadas. Entre 2000 e 2010, a esperança de vida do

brasileiro ao nascer aumentou em 5,8%, passando de 69,83 para 73,86 anos de vida. A expectativa para 2015 é de 75,44 anos, de acordo com a projeção populacional divulgada pelo IBGE em 2013. Já a expectativa de vida do cidadão palmense ao nascer, aumentou de 64,61 anos em 1991 para 74,61 anos em 2010, superando a média nacional.

Temos como fatores que influenciam:

- ✓ Qualidade de vida da população;
- ✓ Qualidade dos serviços públicos, principalmente educação e saúde;
- ✓ Saneamento básico;
- ✓ Campanhas de vacinação em massa;
- ✓ Segurança no trabalho;
- ✓ Criminalidade
- ✓ Ausência de guerras ou conflitos militares.

A rápida transição demográfica observada no Brasil apresentará impactos importantes na saúde da população e trará forte repercussão no Sistema Único de Saúde - SUS, em decorrência do aumento da idade mediana da população.

f) Trabalho e Rendimento

Em 2015, o salário médio mensal era de 4.1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 50.4%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava a primeira posição dentre os outros 139.

Salário médio mensal dos trabalhadores formais	Pessoal ocupado	População ocupada	Percentual da população c/ rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo
4,1 salários mínimos	137.448 Pessoas	50,4 %	30 %

Fonte: IBGE/2017

g) Educação

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública de Palmas da cidade tiveram nota média de 6 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.7. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais

colocava esta cidade na 1ª posição de 139. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 6ª de 139. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98 em 2010. Isso posicionava o município na 40ª posição de 139 dentre as cidades do estado e na 2065ª posição de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade - 2010	IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental - 2015	IDEB – Anos finais do ensino fundamental - 2015	Matrículas ensino fundamental - 2015
98 %	6	4,7	39.529 matrículas

Fonte: IBGE/2017

h) Economia

Em 2014, Palmas tinha um PIB per capita de R\$ 24.657,41. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era 14ª de 139. Já na comparação com cidades do Brasil todo, sendo sua colocação de 1185ª de 5570. Em 2015, tinha 57.9% do seu orçamento proveniente de fontes externas.

PIB per capita [2014]	Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015]	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010]
R\$ 24.657,41	57,9 %	0,788

Fonte: IBGE/2017

i) Território Ambiente

Apresenta 67.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 79.9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 31.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

Área da unidade territorial [2016]	Esgotamento sanitário adequado [2010]	Arborização de vias públicas [2010]	Urbanização de vias públicas [2010]
2.218,942 km²	67,6 %	79,9 %	31,3 %

Fonte: IBGE/2017

j) Morbidade e Mortalidade

Morbidade

A epidemiologia estuda a distribuição e os determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e sua aplicação na prevenção e controle dos problemas de saúde. Constitui um dos pilares da saúde pública e deve estar estreitamente incorporada às políticas, programas e serviços públicos de saúde.

Doenças Transmissíveis

Na década de 1930, as doenças transmissíveis foram a principal causa de morte nas capitais brasileiras, respondendo por mais de um terço dos óbitos. As melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias, como as vacinas e os antimicrobianos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e as medidas de controle fizeram com que esse cenário se modificasse até os dias atuais. Porém, apesar da redução significativa desse grupo de doenças no perfil de mortalidade do país, atualmente, ainda influenciam de forma importante sobre a morbidade, principalmente aquelas doenças para as quais não se dispõe de mecanismos eficazes de prevenção e/ou que apresentam uma estreita associação com causas ambientais, sociais e econômicas.

Doenças Transmissíveis vetoriais

Em Palmas - TO, dentre as doenças transmitidas por vetores, destacamos as arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika), a Leishmaniose Visceral (LV), a Leishmaniose Tegumentar (LT) e a malária. As **arboviroses** são infecções transmitidas aos humanos por vetores artrópodes hematófagos. Os arbovírus que causam doenças em humanos são membros de cinco famílias virais: *Bunyaviridae*, *Togaviridae*, *Flaviviridae*, *Reoviridae* e *Rhabdoviridae*.

Dentre as infecções mais comuns nos países tropicais, incluindo o Brasil, estão os vírus da família *Flaviviridae*, incluindo a dengue, zika e febre amarela e, da

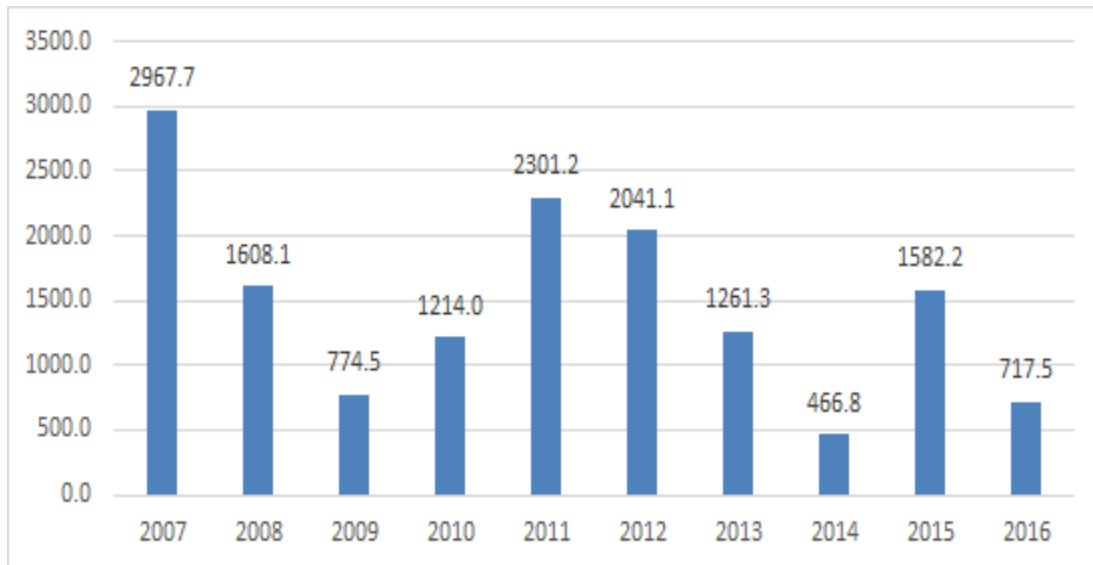
família *Togaviridae*, a febre de Chikungunya e Mayaro. As arboviroses são infecções virais autolimitadas, com duração média de sintomas entre 5 a 7 dias. A identificação precoce de casos suspeitos, notificação e manejo clínico adequados, de acordo com as características são imprescindíveis para prevenção de complicações e agravamentos dos casos, evitando assim os óbitos.

A principal medida de prevenção é o combate ao vetor, cujo principal é o mosquito do gênero *Aedes*. Vários fatores relacionados à urbanização acelerada, condições de infraestrutura e saneamento básico adequados são fundamentais e interferem diretamente na proliferação do mesmo. O uso de roupas de proteção, repelentes e métodos de barreira como telas em janelas e portas também são indicados, principalmente para gestantes. A articulação e atuação da comunidade de forma consciente no cuidado com o meio ambiente também são fundamentais.

Novas tecnologias vêm sendo desenvolvidas no sentido de oferecer mais proteção contra esses agravos como as vacinas, por exemplo. Porém, até o momento, a melhor forma de combate ao vetor ainda se refere a adoção de medidas de manejo ambiental adequadas e a garantia de condições básicas de vida para população.

Em Palmas - TO, já foram isolados todos os sorotipos do vírus da **Dengue** (DENV 1, 2, 3 e 4), predominando os sorotipos 01 e 04, sendo que, desde 2015, já circulam os vírus causadores de casos de zika e chikungunya, com casos já confirmados. Nos anos de 2007, 2011, 2012 e 2015 tivemos um maior número de casos de dengue, bem como uma queda em 2016, com uma incidência da doença de 717,5/100 mil habitantes neste ano.

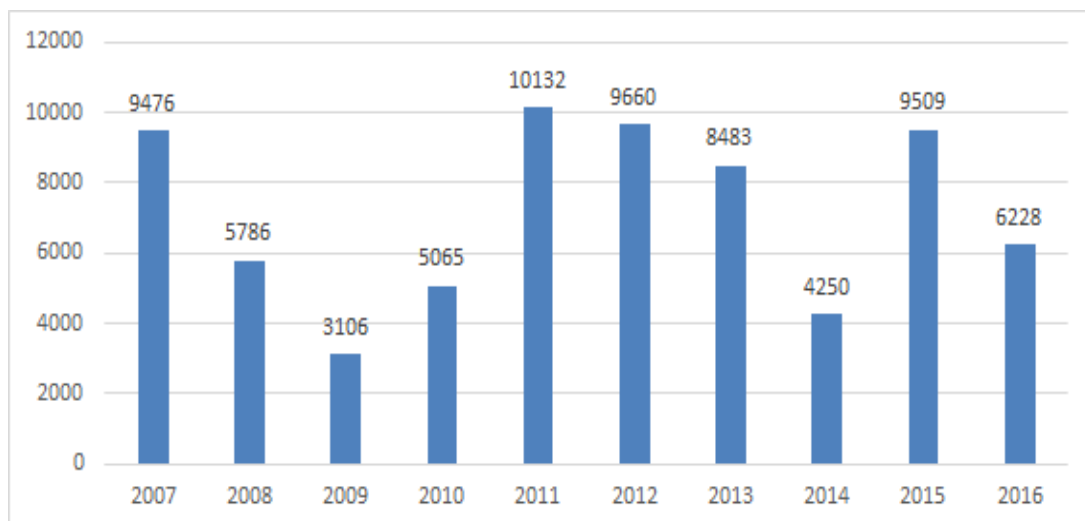
Incidência de Dengue/100 mil habitantes, Palmas - TO, 2007-2016:



Fonte: SINAN, julho de 2017.

O número de atendimentos para dengue, realizados nesse mesmo período, está apresentado no gráfico a seguir. A partir de 2011 observamos um aumento no número de pessoas que tiveram acesso ao serviço de saúde com suspeita de dengue e foram notificadas para este agravo.

Número de notificações de Dengue, Palmas - TO, 2007-2016:

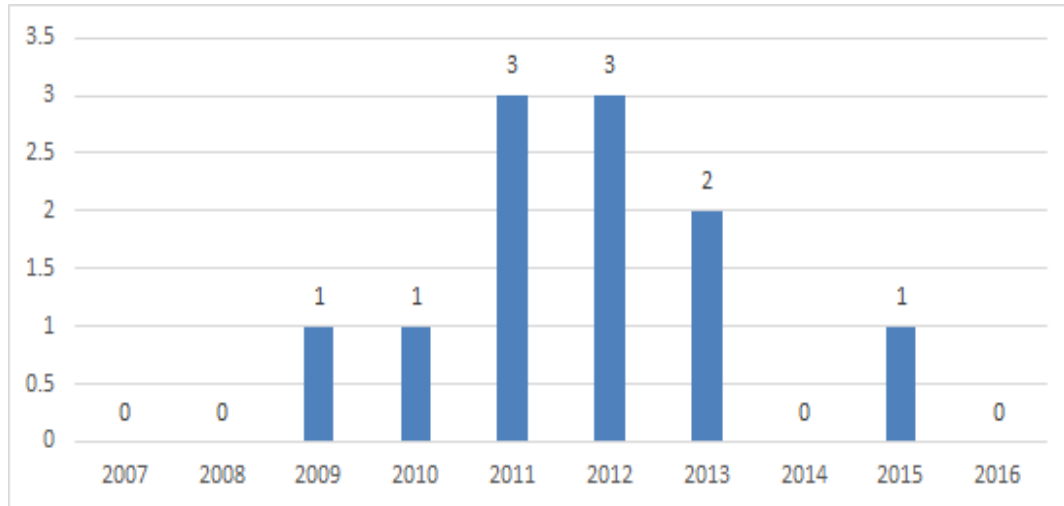


Fonte: SIM, julho de 2017.

O número absoluto de óbitos por dengue é monitorado constantemente. Em toda série histórica dos últimos 10 anos, apenas em 2011 e 2012 houve mais de 2 óbitos por dengue, o que representa as ações de vigilância em saúde no manejo dos

casos graves para evitar o óbito.

Distribuição dos casos de óbito por Dengue, Palmas - TO, 2007-2016.



Fonte: SIM, julho de 2017.

A **Chikungunya** é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família *Togaviridae* e do gênero *Alphavirus*. A viremia persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas. A transmissão se dá através da picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes Aegypti* e *Aedes albopictus* infectadas pelo CHIKV. A principal manifestação clínica são as fortes dores nas articulações, que muitas vezes podem estar acompanhadas de edema. Após a fase inicial (até 14 dias) a doença pode evoluir em duas etapas subsequentes: fase subaguda (pode durar até 3 meses) e crônica (após 3 meses). Tem caráter epidêmico com elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, tendo como consequência a redução da produtividade e da qualidade de vida.

Desde meados de 2014, os primeiros casos de febre de Chikungunya começaram a ser registrados em Palmas - TO. Foram notificados, entre 2014 e 2016, 628 casos suspeitos da doença, sendo que, destes, 21 foram confirmados, não havendo registro de nenhum óbito por esse agravo, nesse período.

A **Zika** é uma doença viral autolimitada, também transmitida através da picada do vetor do gênero *Aedes*, cuja principal complicação está associada à ocorrência de casos da Síndrome Congênita de Zika (SCZ), que pode acometer fetos

e recém-nascidos de mães que tiveram a infecção durante a gestação. Estudos recentes mostram um risco aumentado de SCZ quando a infecção ocorre no primeiro trimestre de gestação.

Os primeiros casos de Zika foram identificados, no município, em 2015. No período de 2015 a 2016, foram notificados 6.800 casos suspeitos da doença, sendo que, destes, 988 foram confirmados. Foram notificadas 261 casos em gestantes, sendo que 23% (60 casos) foram confirmados.

As ações de prevenção e controle dessas infecções são orientadas pelos Protocolos e Planos Nacionais, sendo que o município possui o **Plano Municipal de Prevenção e Controle de Epidemias dos Agravos Transmitidos pelo *Aedes aegypti* no município de Palmas**, mantendo ativa a **Sala Municipal de Comando e Controle da Epidemia de Dengue, Zika e Chikungunya**, que orienta as ações municipais. São objetivos do Plano:

- ✓ Desenvolver atividades de prevenção e controle de processos epidêmicos de Dengue, Febre de Chikungunya e Zika vírus;
- ✓ Reduzir a letalidade por formas graves de Dengue, Febre de Chikungunya e Zika vírus;
- ✓ Reduzir a menos de 1% o Índice de Infestação Predial (IIP) pelo *Aedes aegypti* em todas as localidades do município.
- ✓ O Plano é estruturado em 6 (seis) componentes, sendo cada um deles adaptado às características locais e voltado para operacionalização das diretrizes nacionais de prevenção desses agravos, sendo os eixos: vigilância epidemiológica, controle vetorial, assistência ao paciente, educação em saúde e mobilização social, legislação e sustentabilidade e acompanhamento do plano.

Para cada eixo, ações específicas são planejadas, realizadas e avaliadas de acordo com o nível de alerta da epidemia, baseado no monitoramento semanal da

incidência dos casos e do Índice de Infestação Predial.

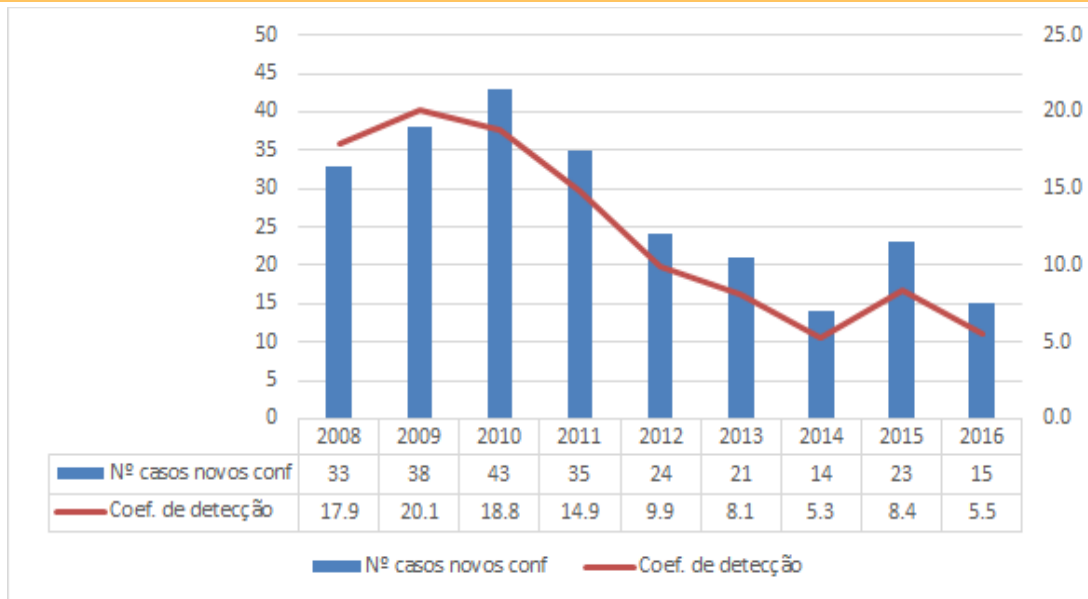
As **Leishmanioses** são consideradas zoonoses que podem acometer o homem, quando este entra em contato com o ciclo de transmissão do parasito. Atualmente, encontra-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo. O agente infeccioso é um protozoário do gênero *Leishmania*, parasita intracelular obrigatório, encontrado no tubo digestivo do inseto vetor e nos tecidos dos vertebrados.

A principal forma de transmissão ocorre através da picada do flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis*, vetor de maior importância epidemiológica, mas pode ser transmitida também de forma congênita. Na área urbana, a principal fonte de infecção é o cão e, no ambiente silvestre, as raposas e os marsupiais.

A **leishmaniose visceral** é uma zoonose classificada como crônica, sistêmica e letal. No Brasil possui ampla distribuição. Inicialmente, apresentava característica eminentemente rural e periurbanização e, mais recentemente, vem se expandindo para áreas urbanas de médio e grande porte, provocando epidemias de importante relevância epidemiológica, dentre as quais destacamos o surto ocorrido no município de Palmas-TO, no ano de 2002. Dada sua incidência e alta letalidade, principalmente em indivíduos não tratados e crianças desnutridas, é também considerada emergente em indivíduos portadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), tornando-se uma das doenças mais importantes da atualidade.

No município de Palmas, no período de 2007 a 2016, foram atendidos e notificados 1.758 casos suspeitos da doença. Destes, 271 foram confirmados, com uma média de 27,1 casos/ano. O coeficiente de incidência da doença variou entre 20,1/100.000 habitantes, em 2009, para 5,3/100.000 habitantes, em 2014.

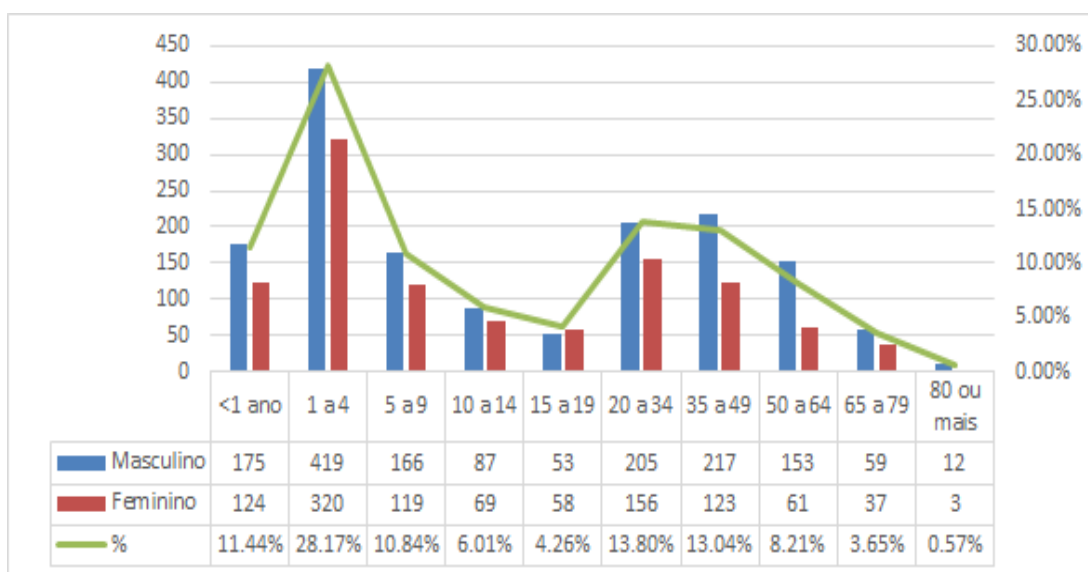
Distribuição anual de casos confirmados de Leishmaniose Visceral e coeficiente de incidência/100.000 habitantes, Palmas - TO, 2007-2016:



Fonte: SINAN, julho de 2017.

Do total de casos, 130 (47,97%) foram em crianças menores de 10 anos, com destaque para as menores de 4 anos (41,32%), seguido pela faixa etária de 20 a 49 anos, com 91 casos (33,58%). Os indivíduos do gênero masculino se sobressaíram com 66,05% dos casos e, os do gênero feminino, com 33,95%, dos quais, apenas 03 casos foram em gestantes. Dezenove casos foram de coinfeção LV/HIV (7,01%).

Frequência e percentual de Leishmaniose Visceral residentes em Palmas - TO, no período de 2007 a 2016, segundo gênero e faixa etária:

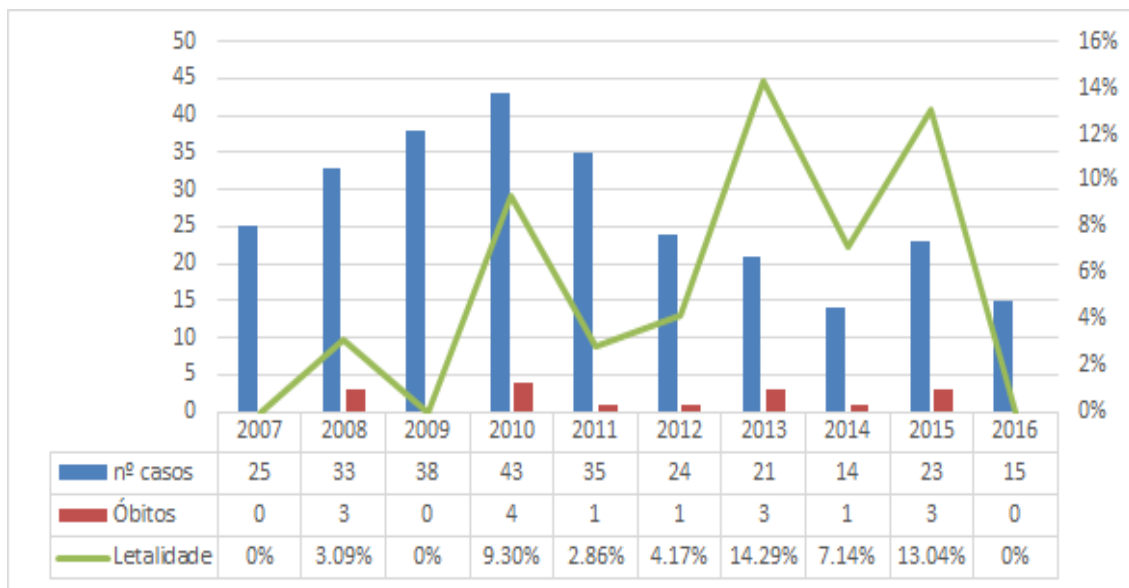


Fonte: SINAN, julho de 2017.

A taxa de letalidade mede a gravidade da doença e a qualidade da

assistência. De 2007 a 2016 foram registrados, em Palmas-TO, 16 óbitos por Leishmaniose Visceral (5,90%), representando uma média de 1,6 óbito/ano. A taxa de letalidade variou entre zero e 14,29%, sendo os anos de 2013 (14,29%) e 2015 (13,04%) os de maior letalidade.

Frequência anual, óbitos e letalidade de Leishmaniose Visceral em Palmas - TO, 2007 a 2016:



Fonte: SINAN, julho de 2017.

Todos os pacientes suspeitos da doença são avaliados clinicamente e solicitados exames laboratoriais para confirmação do caso. Se confirmados, o médico prescreve a medicação adequada, e os pacientes são acompanhados pelas equipes dos CSC's de referência. A evolução do caso é evidenciada por meio de consulta médica, agendada para 30, 90 e 180 dias após o término do tratamento e o prazo de encerramento no Sinan-Net é de 60 dias após a notificação. Para agilizar e permitir uma avaliação mais precisa dos casos suspeitos, foram descentralizados para as UPA's e Hospitais Públicos, o Teste Rápido imunocromatográfico (IT TEST), sendo que o mesmo está sendo descentralizado a todos os CSC's, a fim de realizar o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e evitar óbitos por este agravo.

A Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses - UVCZ realiza atividades educativas e controle ambiental (pesquisa entomológica e tratamento químico

residual) em todos os casos confirmados, mutirão de combate à leishmaniose, por meio de inspeção dos domicílios e destruição de focos. Realiza também a vigilância canina em 50% dos cães de localidades/bairros sem transmissão de casos humanos autóctones de Leishmaniose Visceral, por meio de coletas de amostras sanguíneas de cães para análise e diagnóstico, assim como inquérito canino em todas as localidades/bairros com transmissão de casos humanos autóctones da doença, no último triênio. Os animais confirmados como sororreagentes são recolhidos e eutanasiados conforme preconizado pelo Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral/Ministério da Saúde.

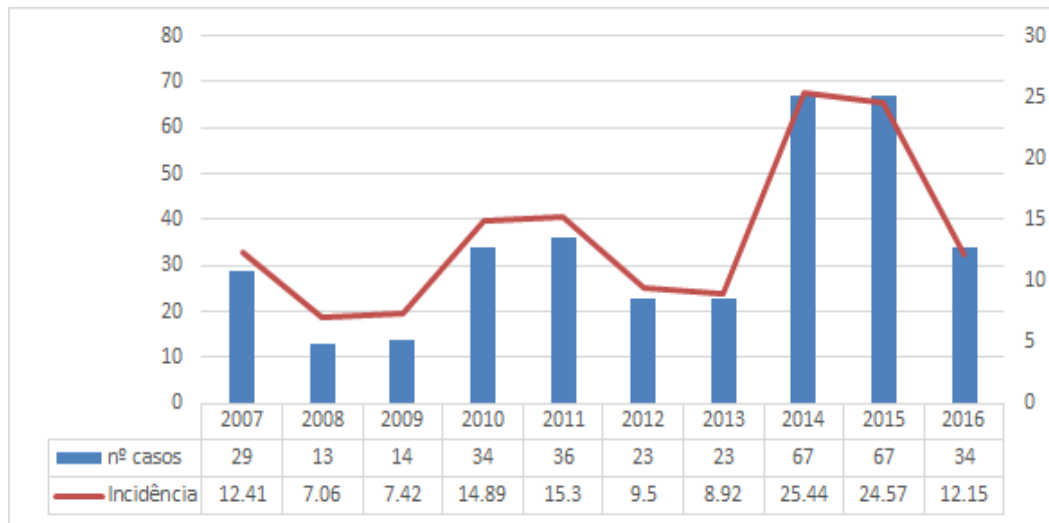
Já a **Leishmaniose Tegumentar** é uma das afecções dermatológicas que merece mais atenção no Brasil, devido a sua magnitude, pelo risco de ocorrência de deformidades produzida no ser humano e envolvimento psicológico com reflexos no campo social e econômico, uma vez que, que na maioria dos casos, pode ser considerada uma doença ocupacional.

É uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoários de diferentes espécies do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas. A forma cutânea apresenta-se classicamente por pápulas, que evoluem para úlceras com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, que podem ser únicas ou múltiplas, mas indolores. A forma mucosa caracteriza-se por infiltração, ulceração e destruição dos tecidos da cavidade nasal, faringe ou laringe.

A principal forma de transmissão é vetorial, principalmente por flebotomíneos das espécies *Lutzomyia whitmani* e *Lutzomyia flaviscutellata*, cujos hospedeiros e possíveis reservatórios naturais são algumas espécies de ratos, gambá, tamanduá, preguiça, tatu e canídeos silvestres.

Em Palmas - TO, no período de 2007 a 2016 foram atendidos e notificados 1.758 casos suspeitos de Leishmaniose Tegumentar. Destes, 271 foram confirmados, com uma média de 27,1 casos/ano. O coeficiente de incidência variou entre 7,06/100.000 habitantes, em 2008, para 25,44/100.000 habitantes, em 2014.

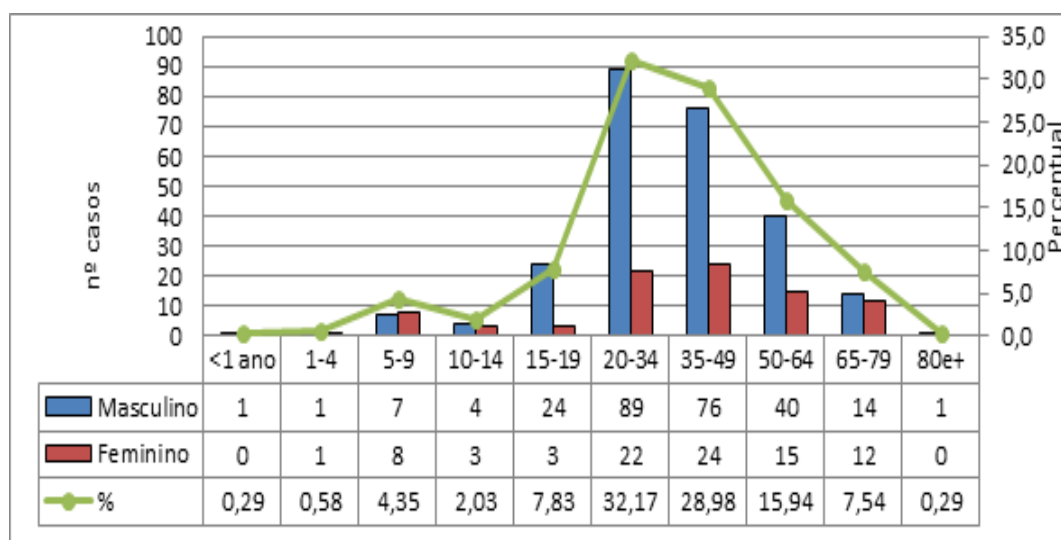
Distribuição anual de casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar e coeficiente de incidência/100.00 habitantes, Palmas - TO, 2007 a 2016:



Fonte: SINAN, julho de 2017.

Do total de casos, 111 (32,65%) foram em indivíduos da faixa etária de 20 a 34 anos, com 121 casos (32,17%), seguido pela faixa etária de 35 a 49 anos, com 100 casos (29,41%). Os indivíduos do gênero masculino se sobressaíram com 75,59% dos casos e os do gênero feminino com 25,88%.

Frequência e percentual de Leishmaniose Tegumentar residentes em Palmas - TO, 2007 a 2016, segundo gênero e faixa etária:



Fonte: SINAN, julho de 2017.

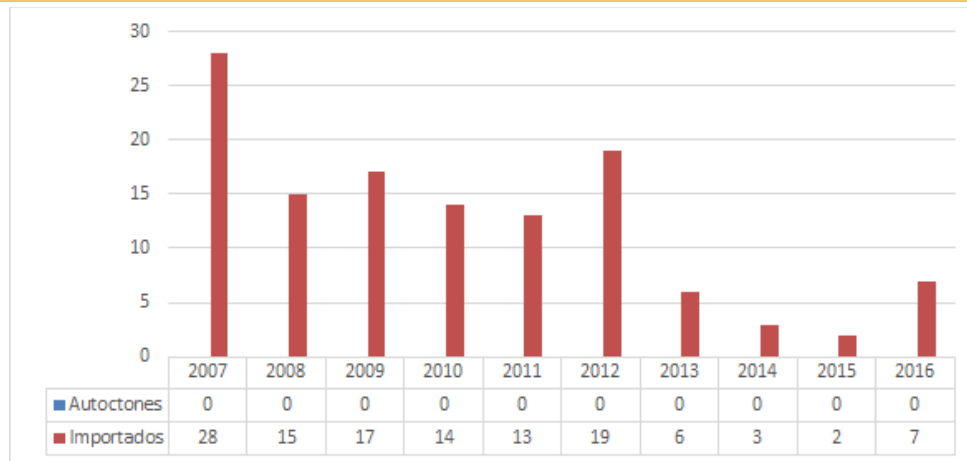
Quanto às lesões, 313 (92,06%) foram na forma cutânea e 27 (7,94%) na

forma mucosa. Em relação aos óbitos, tivemos apenas um óbito por Leishmaniose Tegumentar, no ano de 2008.

Destacamos que, os casos deste agravo são notificados apenas quando há confirmação laboratorial. Todos os casos devem ser investigados, sendo que o médico deve prescrever a medicação adequada, conforme as recomendações do Ministério da Saúde, e os pacientes acompanhados pela equipe de profissionais dos CSC's de referência. A evolução do caso é evidenciada por meio de consulta médica mensal, nos três primeiros meses, a fim de avaliar a cura clínica. Uma vez curado, ele deverá ser acompanhado de dois em dois meses até completar 12 meses após o tratamento. O prazo de encerramento no Sinan-Net é de 180 dias após a notificação.

Dentre as doenças de transmissão vetorial, também destacamos a **Malária**, que é uma das doenças tropicais mais prevalentes e debilitantes, causada por um parasito unicelular do gênero *Plasmodium* e transmitida de uma pessoa para outra, principalmente pela picada da fêmea do mosquito *Anopheles* infectado, ou por transfusão de sangue infectado com plasmódios. Na região Amazônica, o *Anopheles darlingi* é o principal vetor de real importância epidemiológica, devido sua distribuição geográfica, antropofilia e capacidade de ser infectado por diferentes espécies de *Plasmodium*. As principais espécies associadas à malária humana, no Brasil, são: *Plasmodium vivax*, espécie mais prevalente; *Plasmodium falciparum*, considerada malária grave; e *Plasmodium malariae*. Eventualmente ocorrem no Brasil infecções mistas, que envolvem duas ou mais espécies. No período de 2007 a 2016 foram atendidos, diagnosticados e notificados, em Palmas - TO, 1.328 casos suspeitos de malária. Destes, 124 foram confirmados, porém todos tiveram origem importada dos estados da Amazônia Legal ou países vizinhos.

Distribuição anual dos casos de malária autóctones e importados registrados no município de Palmas - TO, 2007-2016.

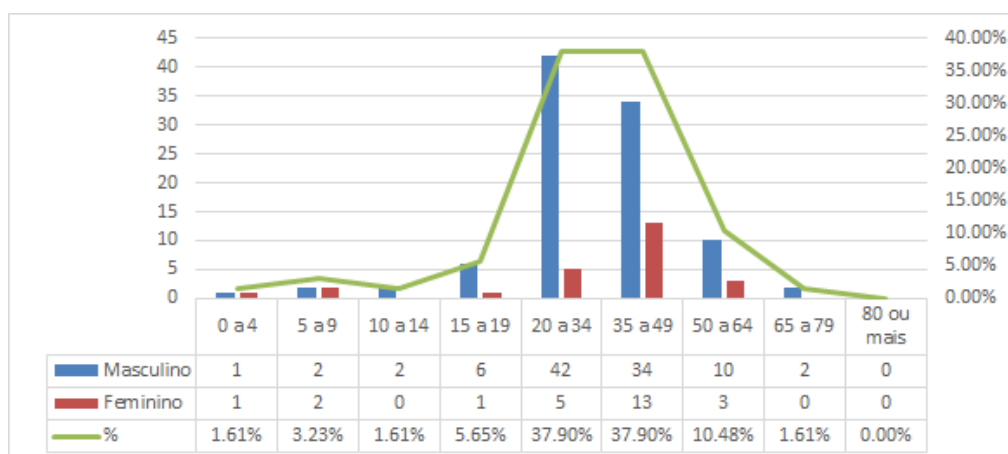


Fonte: SIVEP-Malária, julho de 2017.

Quanto à incidência da doença, o cálculo é realizado considerando os casos de malária positivos, autóctones. Considerando que não tivemos casos autóctones neste período, a Incidência Parasitária de Palmas é zero. Em relação à mortalidade, não tivemos óbito por malária em pacientes residentes em Palmas, desde 2002.

Do total de casos, 94 (75,81%) foram em indivíduos da faixa etária de 20 a 49 anos, sendo 37,9% da faixa etária de 20 a 34 anos e 37,9% na faixa de 35 a 49 anos. Os indivíduos do gênero masculino se sobressaíram com 79,84% dos casos e os do gênero feminino com 20,16%.

Frequência e percentual dos casos de malária registrada no município de Palmas - TO, 2007 a 2016, segundo gênero e faixa etária:



Fonte: SIVEP-Malária, 2017.

Observa-se que no período 2007 a 2016 houve uma redução significativa de 75% no número de casos de malária, sendo que, nos últimos quatro anos, a doença manteve-se estável, em função da vigilância constante, que se refere a busca ativa, busca passiva, acompanhamento do paciente por meio de coleta das Lâminas de Verificação de Cura - LVC, medicamentos disponível em todas as Farmácias Municipais e UPA's, capacitações técnicas, atividades educativas, pesquisa entomológica e tratamento químico residual na residência do paciente e na área do foco. Quando os pacientes chegam a Palmas (município onde a família fixa residência) eles passam pelo atendimento médico, recebem tratamento correto, de acordo com a espécie do *Plasmodium*. Os mesmos são acompanhados pela Equipe de Saúde da Família e orientados a realizar as LVC's, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. O laboratório municipal realiza as coletas das lâminas nas datas programadas, faz a análise laboratorial e encaminha os resultados aos CSC's de referência do paciente. Com isso, Palmas está conseguindo manter a malária sob controle.

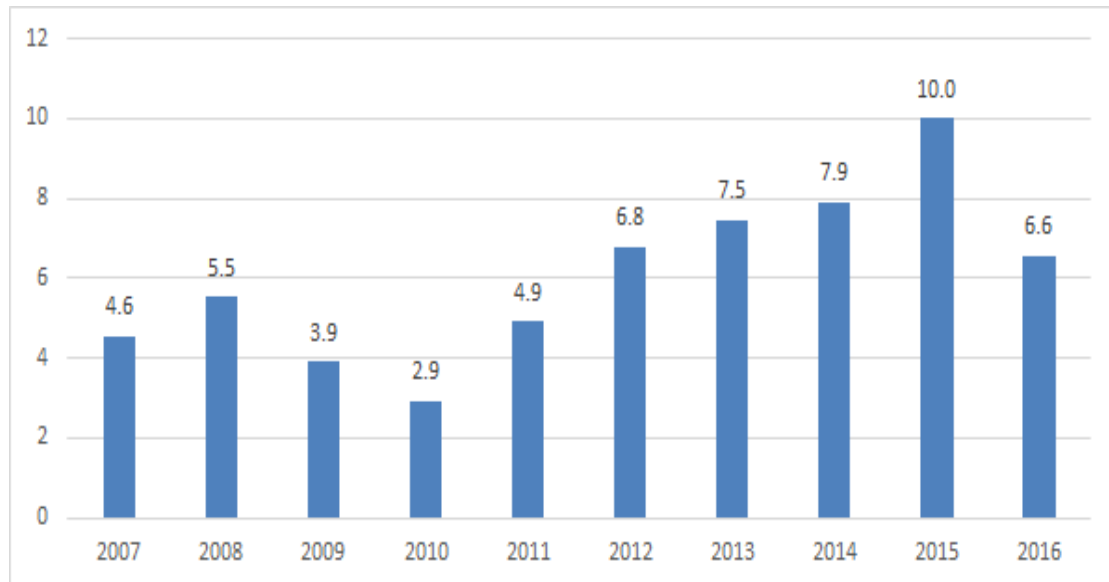
Doenças Transmissíveis não vetoriais

Dentre as doenças transmissíveis não vetoriais de maior incidência, no município de Palmas - TO, destacam-se a sífilis congênita, o HIV/Aids, a Hanseníase e a Tuberculose.

A **Sífilis Congênita** é consequente à infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, por via placentária, e constitui um sério problema de saúde pública no país. Em 1993, o Ministério da Saúde propôs um programa nacional para a erradicação da doença, definindo como meta uma incidência ≤ 1 caso/mil nascidos vivos. No mundo, a cada ano, 12 milhões de pessoas são infectadas, incluindo nesse número dois milhões de casos de infecção durante a gravidez. No Brasil, a estimativa atual de prevalência geral da sífilis congênita é de 0,85%, o que equivale a aproximadamente 26 mil gestantes com sífilis no País, sendo cerca de 30% jovens entre 10 e 19 anos.

Em Palmas observa-se um aumento contínuo no número de casos da doença até o ano de 2015, com uma queda significativa em 2016.

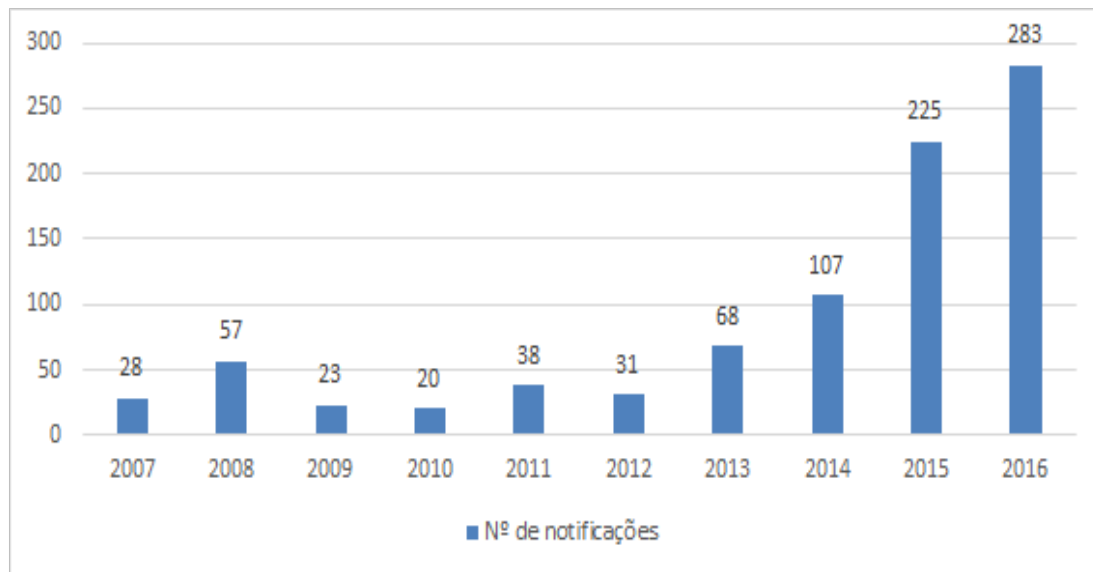
Taxa de incidência da Sífilis Congênita/mil nascidos vivos, Palmas - TO, 2007-2016.



Fonte: SINAN, julho de 2017.

No município, o número de casos tornou-se significativamente mais elevado na Região Sul, a partir do ano de 2013. Esses dados coincidem com estudos nacionais que apontam maior prevalência da sífilis na gestação em mulheres com baixa condição socioeconômica e com antecedentes obstétricos de risco, indicando a maior vulnerabilidade social e reprodutiva das mesmas, prejudicando o acompanhamento e, conseqüentemente, a prevenção de novos casos de sífilis congênita. O número de casos na população geral vem aumentando ao longo dos anos a partir de 2012, tendência comum aos outros municípios brasileiros. De acordo ao Ministério da Saúde, essa tendência tem como agente causador duas possíveis origens: restrição ao uso da penicilina nas farmácias e ampliação do acesso ao diagnóstico.

Número de casos de sífilis adquirida, Palmas - TO, 2007-2016.

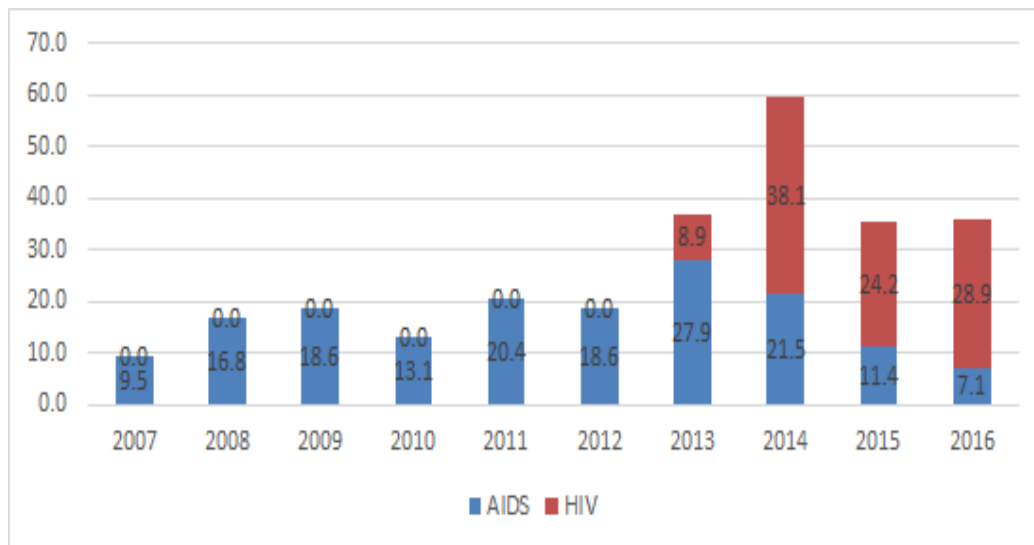


Fonte: SINAN, julho de 2017.

Para o combate ao agravo, os profissionais de vigilância em saúde foram realocados nos CSC's com o objetivo de uma maior atuação quanto à vigilância do agravo, em especial nas gestantes. Um avanço no combate a sífilis congênita foi que, em 2017, alcançou-se, pela primeira vez, a realização de 2 testes de sífilis/gestante. A Secretaria de Saúde também atua no monitoramento dos testes laboratoriais, incluindo os oriundos do hemocentro, e aciona os CSC's quando detectado a não notificação de um caso positivo. Dessa forma, há um maior controle do tratamento dos pacientes diagnosticados. Outra doença transmissível não vetorial de importância no município é o **HIV**. Causador da AIDS, o vírus HIV ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. Ter o HIV não significa ter AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. O diagnóstico precoce é importante porque o Ministério da Saúde disponibiliza o tratamento gratuitamente aos portadores do vírus, fato que ocorreu apenas em 2014. A importância do tratamento de indivíduos logo após o diagnóstico deve-se a redução na transmissibilidade do vírus em até 92%, quando o tratamento é realizado corretamente. Dessa forma, devido à adesão insuficiente ao uso de preservativos, essa modalidade de prevenção tornou-se de fundamental importância para reduzir o surgimento de novos casos. Em Palmas - TO, nota-se uma tendência de diminuição no número de casos de AIDS a partir de 2013, e um aumento do número de casos

notificados de HIV (diagnóstico precoce). A obrigatoriedade da notificação dos casos de HIV só ocorreu a partir de 2014, por esse motivo não temos dados referentes aos anos anteriores, sendo que vários casos anteriores a essa data foram notificados nos anos de 2013 e 2014. Em 2016, Palmas possuía 635 pacientes com HIV em tratamento.

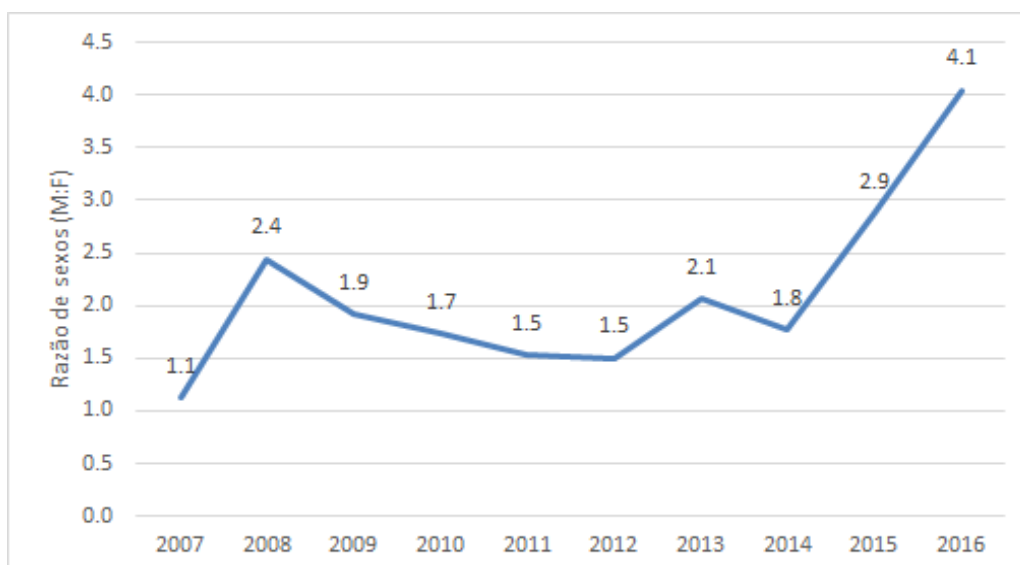
Taxa de detecção dos casos de HIV/AIDS/100 mil habitantes, Palmas - TO, 2007-2016.



Fonte: SINAN, julho de 2017. Nota: Só são notificados casos confirmados; não se notificavam casos de HIV anteriormente a 2013.

A partir de ano de 2014, o HIV/AIDS tem se tornado mais frequente em homens, alcançando a razão de 4,1 homens notificados para cada mulher, em 2016.

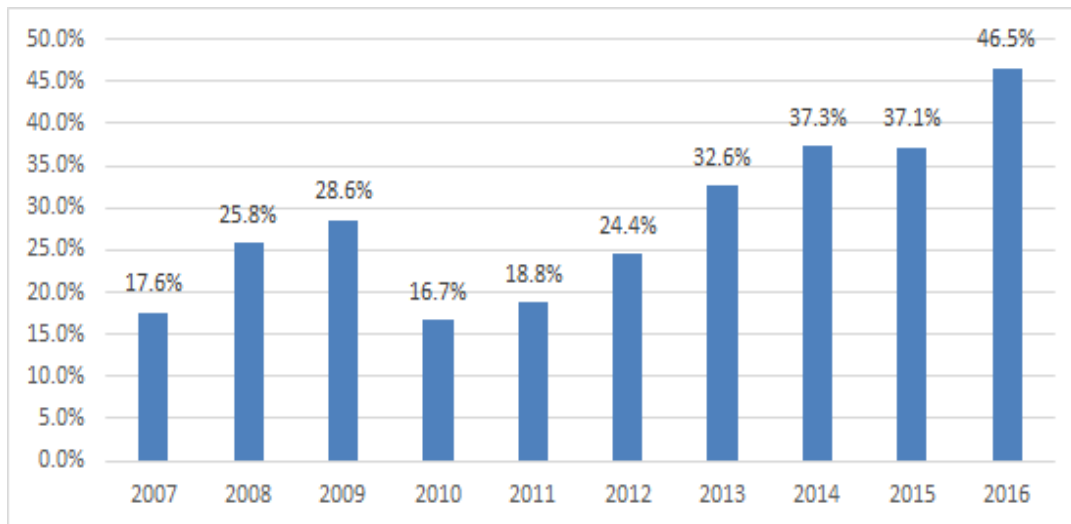
Razão entre os sexo de pacientes com HIV/AIDS, Palmas - TO, 2007-2016.



Fonte: SINAN, julho de 2017.

Parte do motivo pela maior prevalência em homens decorre do aumento no diagnóstico entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), cujo aumento vem se mantendo desde 2010, chegando a 46,5% de todas as notificações, no ano de 2016.

Percentual de HSH entre as notificações de HIV/AIDS, Palmas - TO, 2007-2016.



Fonte: SINAN, julho de 2017.

Para o combate ao agravo, o município mantém o SAE/Henfil que é uma unidade especializada no diagnóstico e cuidado dos pacientes portadores do HIV. Dessa forma, o município disponibiliza gratuitamente o acompanhamento e tratamento para estes pacientes.

Para fins de ampliar o diagnóstico, os testes laboratoriais e rápidos são ofertados em todos os CSC's, ampliando a capacidade do município em diagnosticar novos casos. Quanto à prevenção, toda rede de saúde municipal recebe insumos tais como preservativo, gel lubrificante e material de divulgação para atuação junto a comunidade. Hoje, o tratamento também é considerado forma de prevenção, uma vez que pacientes com HIV em tratamento tem a chance de transmissão para outros indivíduos reduzida em mais de 96%. Por esse motivo, o diagnóstico de novos casos é de fundamental importância não apenas para o indivíduo diagnosticado, mas para toda comunidade.

O município também disponibiliza, nas UPA's, a profilaxia pós-exposição ao HIV para a população geral. Assim, indivíduos que tiveram exposição sexual

consentida podem ter acesso a esse novo modo de prevenção. Essa modalidade de prevenção é destinada a casos esporádicos em que ocorre sexo casual sem uso de preservativo, no qual é disponibilizada ao paciente a prevenção medicamentosa que pode reduzir a chance de contrair o HIV em até 92%.

Dentre as doenças infecto-contagiosas, assume grande importância no município de Palmas-TO, a **hanseníase**, doença de evolução crônica, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, transmitida pelas vias respiratórias quando uma pessoa convive e tem um íntimo e prolongado contato com o doente que não esteja em tratamento.

A doença está intimamente ligada aos determinantes sociais em saúde, sendo assim, as interfaces para o seu controle devem levar em consideração populações negligenciadas pela condição da pobreza e migração.

A doença é hiperendêmica em várias regiões do Norte, Centro Oeste e Nordeste do Brasil. O Tocantins é o segundo estado do Brasil com o maior coeficiente de detecção.

Atualmente, Palmas é a capital mais hiperendêmica para hanseníase no Brasil, resultado da implantação do Projeto Palmas Livre da Hanseníase iniciado na capital em março de 2016, como o objetivo de capacitar profissionais das Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família no *lócus* de sua prática para realizar o adequado manejo clínico da hanseníase, diagnóstico de casos suspeitos, bem como o manejo das complicações da doença. Como resultado do projeto, Palmas teve um aumento de mais de 500% na detecção de casos.

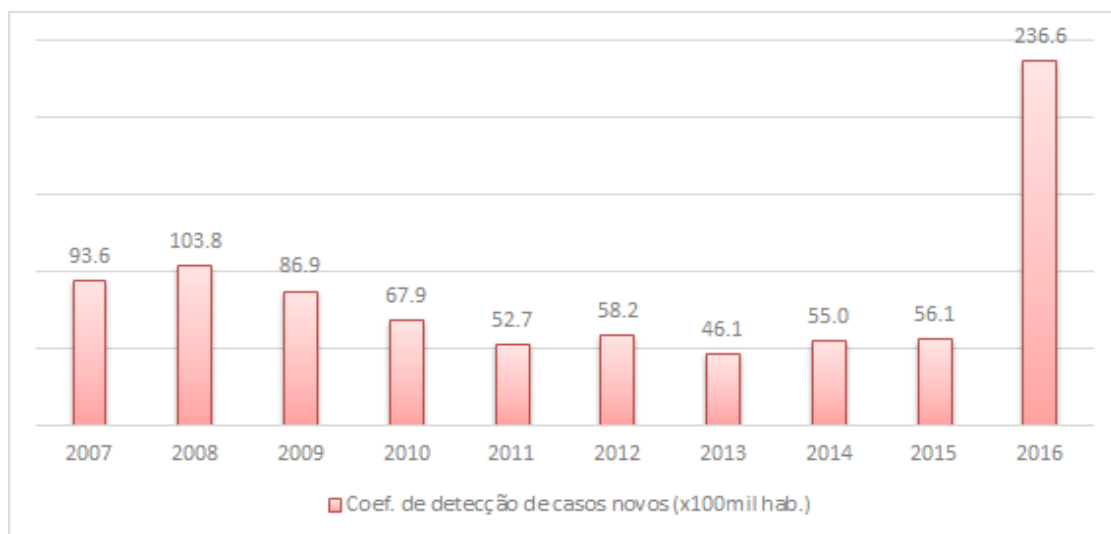
Diante disso, a SEMUS propôs a construção da linha de cuidado da hanseníase na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), tendo em vista que as condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, hepatites virais etc.). O modelo traz como proposta a reorganização da

assistência nos níveis de atenção conforme o estrato de risco e vigilância e manejo por 10 anos após a conclusão do esquema poliquimioterápico.

Em 2016, Palmas alcançou um coeficiente de detecção para hanseníase quase 8 (oito) vezes maior quando comparado com os últimos 10 anos da série histórica. Ao longo de 10 meses foram realizadas 131 visitas/encontros com 524 horas de atividades no campo e atendimento a 697 pacientes. O treinamento ocorreu em 38 pontos da Rede de Atenção à Saúde. Foram capacitados 100% dos médicos e enfermeiros das ESF's e das equipes de NASF's para o adequado manejo clínico e diagnóstico dos casos de hanseníase.

O coeficiente de detecção de casos novos foi de 56,1 casos para cada 100 mil habitantes, em 2015, para 236,6/100 mil habitantes, em 2016.

Coeficiente de detecção dos casos de novos de hanseníase por 100 mil habitantes, Palmas - TO, 2007-2016.

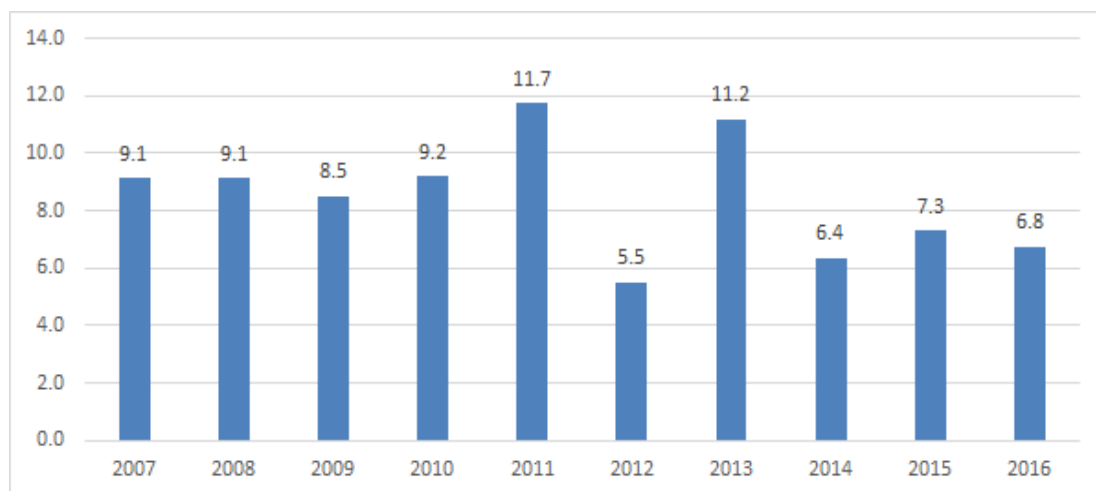


Fonte: SINAN, julho de 2017.

Paralelamente a este cenário, também ganha destaque, no município, a **Tuberculose** (TB), doença causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, sendo que 90% dos casos são da forma pulmonar. A doença é transmitida por via aérea, e ocorre a partir da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente. Os principais sintomas são tosse por mais de três semanas, acompanhada ou não de febre, suor noturno, falta de apetite, perda de

peso, cansaço ou dor no peito. O diagnóstico, em Palmas - TO é feito pelo Teste Rápido Molecular (TRM), através de uma única amostra de escarro, o qual detecta a presença ou não do bacilo. A TB é uma doença curável, cujo tratamento está disponível na Rede Pública de Saúde, gratuitamente. O mesmo deve ser feito por 6 (seis) meses, todos os dias e sem interrupção, e a medicação é mensalmente entregue aos pacientes nos CSC's, sendo que todos os centros estão aptos a fazer o diagnóstico, acompanhamento e tratamento. Um dos principais indicadores da TB se baseia no número de casos novos. Nos últimos 10 anos, foram diagnosticados, em Palmas - TO, em média, 34 casos novos da doença, anualmente, distribuídos de maneira relativamente homogênea.

Taxa de detecção dos casos novos de tuberculose por 100 mil habitantes, Palmas - TO, 2007-2016.



Fonte: SINAN, julho de 2017.

Nos últimos 10 anos, houve 20 óbitos por TB em Palmas, não ocorrendo variação significativa em relação à região de ocorrência do óbito. A presença de co-infecção Tuberculose-HIV e o aparecimento de bacilos resistentes aos medicamentos são fatores que dificultam o tratamento e a cura dos pacientes. No que diz respeito à população que convive com HIV, o PPD seria a melhor forma de identificar uma infecção latente e iniciar quimioprevenção antes que a TB se instale. Desde 2014, a dispensação de PPD pelo Estado está sendo insuficiente. Diante disto foi feita uma

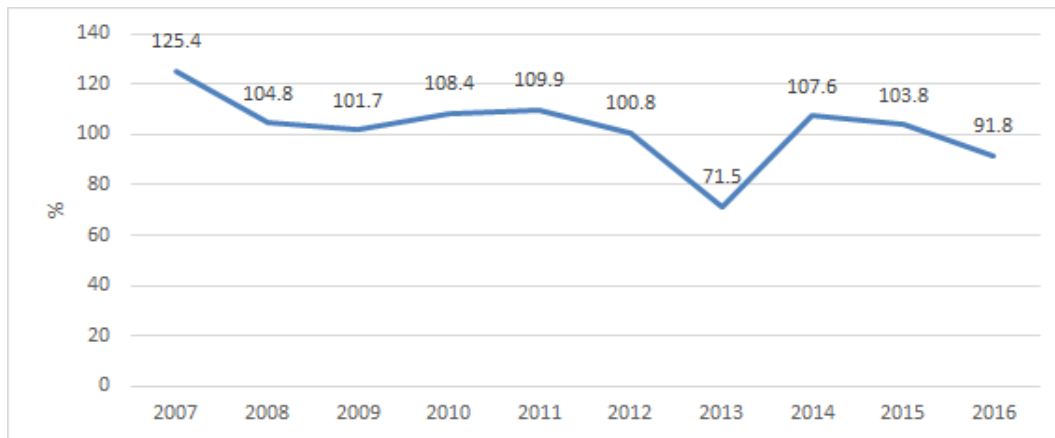
tentativa com o MS para aquisição de mais PPD para Palmas. Sem sucesso devido a falta da matéria prima para as provas tuberculínicas, a coordenação das doenças infectocontagiosas e o HENFIL estão realizando reuniões a fim de sensibilizar os profissionais para suspeita de TB diante de um quadro de febre. Quanto ao aparecimento de pacientes com resistência às drogas do tratamento para TB, pode estar ocorrendo devido ao alto número de abandonos e retratamentos, assim como devido à entrada destes pacientes, vindo de outros Estados, já contaminados com bacilos resistentes. Constantemente é enfatizado junto às equipes dos CSC a importância do vínculo com o paciente de TB e seu acompanhamento para que não resultem em abandonos. Uma das estratégias utilizadas por esta secretaria foi a implantação do Consultório na Rua, considerando a vulnerabilidade dos pacientes com TB e outros.

Doenças Imunopreveníveis

A vacinação é a principal estratégia de prevenção para as doenças imunopreveníveis. Atualmente, diversas vacinas são oferecidas no calendário básico de vacinação, especialmente no primeiro ano de vida. No Brasil, a realização das ações de imunização de forma sistemática contribuiu significativamente para redução da mortalidade infantil nas últimas décadas. Gradativamente, o Ministério da Saúde tem implantado novas vacinas e ampliado a oferta de imunobiológicos à população. No município de Palmas-TO, ela é realizada na rotina dos Centros de Saúde da Comunidade, associada às campanhas de vacinação desenvolvidas, anualmente.

Dentre os imunobiológicos ofertados, destacamos: BCG, Rotavírus, Poliomielite, Tetra/Pentavalente, Pneumo 10 Valente, Meningocócica C, Febre Amarela e Tríplice Viral. A vacina *BCG* protege contra formas graves de tuberculose e deve ser administrada, preferencialmente, logo após o nascimento, antes da alta hospitalar. A cobertura mínima recomendada para esta vacina é de 90% na população menor de 01 ano.

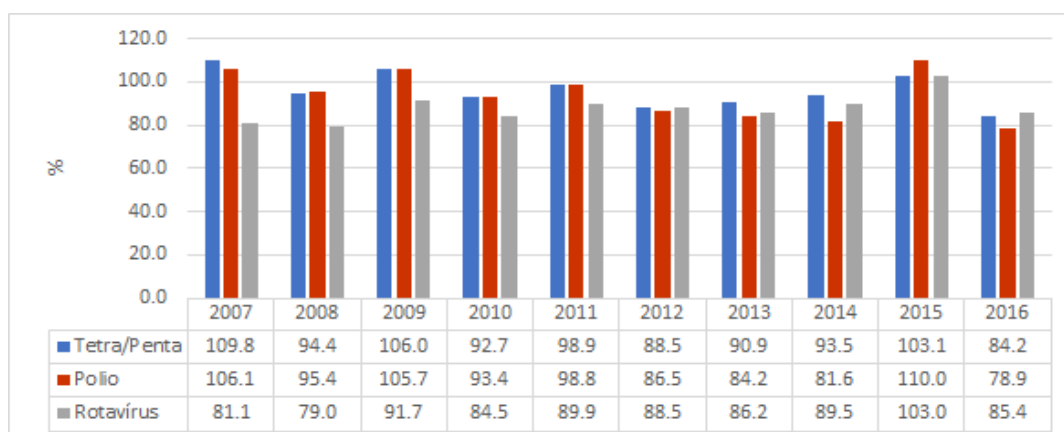
Cobertura vacinal para BCG em crianças menores de 1 ano, 2007-2016, Palmas-TO.



Fonte: Programa Nacional de Imunização - PNI, julho de 2017.

As vacinas Rotavírus, Poliomielite e Tetra/Pentavalente são ofertadas nos primeiros 06 meses de vida. A Rotavírus foi implantada em 2006 com esquema de 02 doses (02 e 04 meses). Já as vacinas Poliomielite e Tetra/Pentavalente têm esquemas de 03 doses (02,04 e 06 meses). Até o ano de 2012 era utilizada a vacina Tetravalente, que protegia contra difteria, tétano, coqueluche e infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo B. A partir de 2017 foi implantada a vacina Pentavalente que protege, também, contra a hepatite B. As coberturas vacinais mínimas preconizadas são de 90% para Rotavírus, e 95% para Pentavalente e Poliomielite.

Cobertura vacinal para Tetra/Pentavalente, Pólio e Rotavírus em crianças menores de 1 ano, 2007- 2016, Palmas - TO.

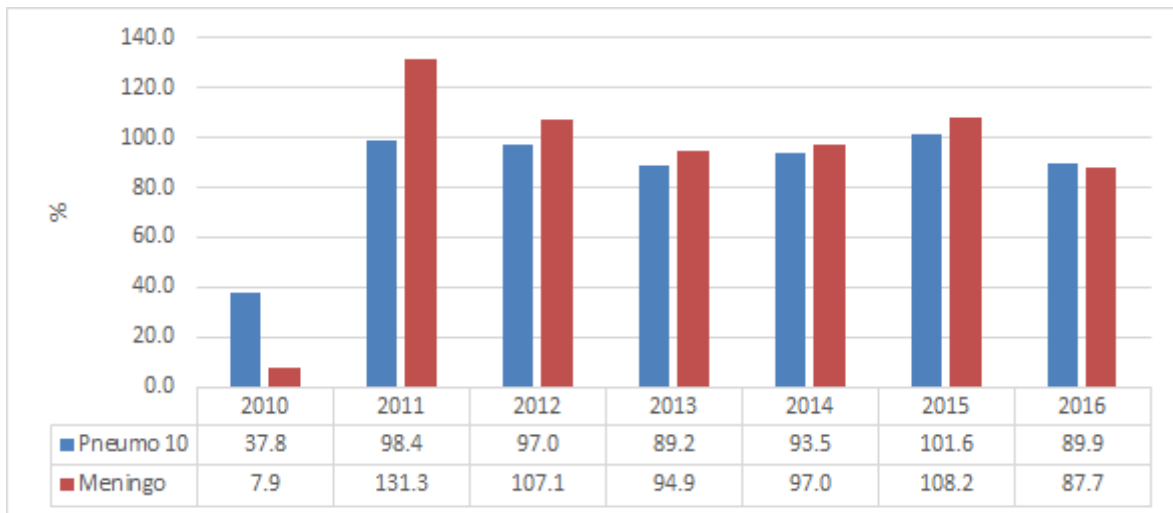


Fonte: PNI, julho de 2017.

Os imunobiológicos Pneumo 10 Valente e Meningocócica C foram

implantados no ano de 2010. Atualmente, estas duas vacinas possuem esquema de 02 doses, sendo a cobertura vacinal mínima preconizada de 95%.

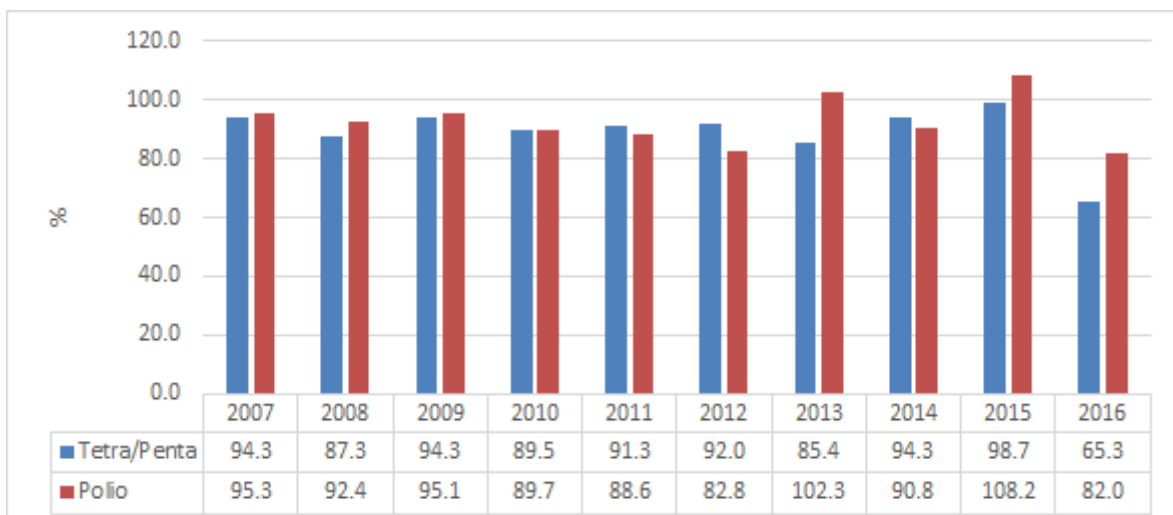
**Cobertura vacinal para Pneumo 10 Valente e Meningite C em crianças
menores de 1 ano, 2010 - 2016, Palmas - TO.**



Fonte: PNI, julho de 2017.

As vacinas Febre Amarela e Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) são administradas aos 09 meses e 12 meses de vida, respectivamente. Atualmente, esses imunobiológicos possuem esquema de dose única, sendo a cobertura vacinal mínima de 95%.

**Cobertura vacinal para Febre Amarela e Tríplice Viral em crianças, 2007-
2016, Palmas - TO.**



Fonte: PNI, julho de 2017.

Doenças Crônicas não Transmissíveis - DCNT's

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, lançado no Brasil em 2011, permite orientar o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas e integradas para prevenção e controle das DCNT's e seus fatores de risco. Atendendo a esta demanda, em 2013, o município de Palmas-TO construiu o Plano Municipal de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis 2013-2017, com definição de metas para o controle das DCNT's e prevenção dos principais fatores de risco, tendo como foco de ação os quatro principais grupos de doenças crônicas (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco mais comuns (tabagismo, álcool, inatividade física e alimentação não saudável), tendo como meta principal a redução das taxas de mortalidade prematura por DCNT's (30 a 69 anos) em 2% ao ano, em consonância com a meta nacional.

O Plano Municipal de Enfrentamento das DCNT's foi aprovado pelo Ministério da Saúde e financiado por meio da Portaria 2.993, de 26 de dezembro de 2012, para subsidiar as ações programadas. Apresenta três eixos estratégicos: I - Vigilância, Informação e Monitoramento; II - Promoção da Saúde; III - Cuidado Integral dos portadores de DCNT's. Constituem metas do Plano a redução da taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT's; estabilizar a prevalência de excesso de peso (48%) em adultos; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir a prevalência de consumo nocivo de álcool e reduzir a prevalência de tabagismo.

Ainda para fomentar as estratégias para o controle das DCNT's e redução dos seus fatores de risco, a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Coordenação de Promoção da Saúde e Fatores de Risco, vem priorizando ações de promoção da saúde e produção de cuidado específico da população, mediante vários programas, que contam com a condução dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e NASF's, como: "Palmas Ativa, estimulando a atividade física e a alimentação

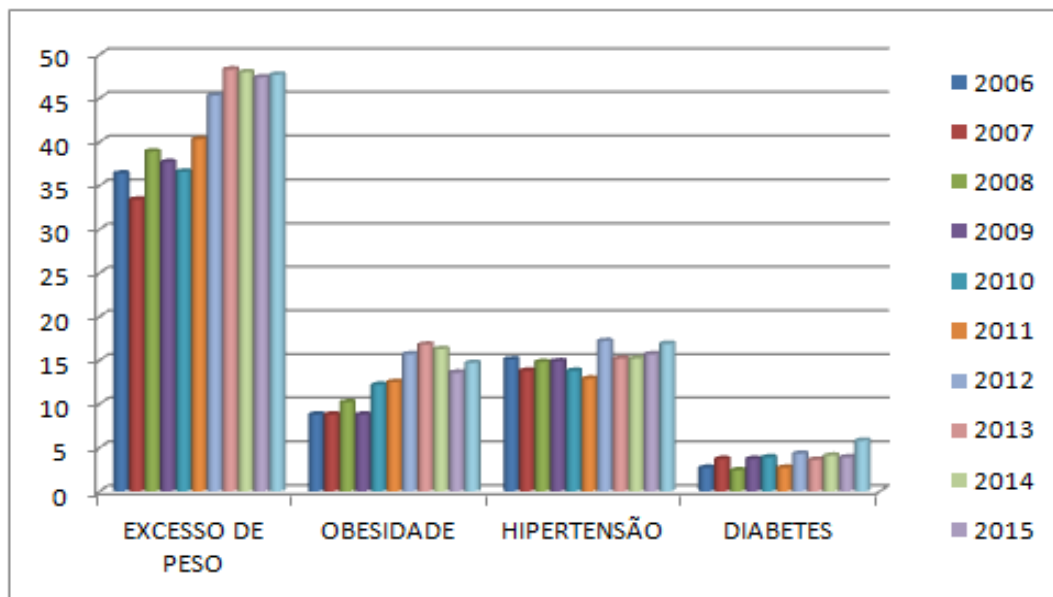
saudável”, “Faça Saúde - Taquari”, “Lian Gong em 18 terapias”; “Programa de Controle do Tabagismo”, bem como a promoção de atividades físicas/práticas corporais em ambientes comunitários/Centros de Saúde da Comunidade pelos profissionais de educação física. Com relação ao avanço da obesidade da população, em 2015, a Secretaria Municipal de Saúde construiu o Plano Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade, em parceria com diversos setores: Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Conselho Regional de Nutrição, Saúde do Trabalhador, Universidade Federal do Tocantins (curso de nutrição) e Centro Universitário Luterano de Palmas (curso de enfermagem). O Plano apresenta 6 eixos: I - Aumento da disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis; II - Ações de educação, comunicação e informação; III - Promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos; IV - Vigilância Alimentar e Nutricional; V - Atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso/obesidade; VI - Regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos.

Desde 2006, o Ministério da Saúde realiza a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico em todas as capitais, com objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das Doenças Crônicas não Transmissíveis. São pesquisados os fatores de risco e proteção para as DCNT's nos indivíduos adultos (≥ 18 anos) residentes nas capitais do país, tendo o suporte técnico do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – Nupens/USP. Em Palmas-TO, foram entrevistados, no período de 2006 a 2015, 19.241 pessoas.

O Vigitel apresenta dados como frequência de fumantes, obesidade, sobrepeso, alimentação saudável e adequada, atividade física, inatividade física, consumo abusivo de álcool e morbidade auto referida (Hipertensão e Diabetes).

A seguir, apresentamos as frequências de obesidade, excesso de peso, hipertensão e diabetes no município de Palmas-TO, numa série histórica de 2007 a 2016.

Percentual de adultos (≥ 18 anos), por ano pesquisado, segundo os fatores de risco, para o município de Palmas - TO, 2006-2016:



Fonte: Vigitel, 2006 - 2016.

Dentre os fatores de risco analisados, o excesso de peso é o de maior prevalência. Segundo o Vigitel, em 2006, Palmas-TO apresentava um total de 36,4% de indivíduos com excesso de peso, 8,8% de indivíduos obesos, 15,1% de hipertensos e 2,7% de diabéticos. Observamos que o excesso de peso e obesidade aumentou gradativamente no período analisado, alcançando seu maior percentual em 2013, com 48,3% de excesso de peso, e 16,8% de obesos. Em 2016, o município de Palmas-TO apresentou 47,7% de indivíduos com excesso de peso e 14,7% de indivíduos obesos. O percentual de indivíduos com excesso de peso aumentou 24% nos últimos dez anos, e o percentual de indivíduos obesos aumentou 40% no mesmo período.

O Brasil apresenta um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas. Com o objetivo de qualificar a coordenação do cuidado e o manejo das condições crônicas no município de Palmas-TO, foi proposto a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC, que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando de forma singular as relações entre componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido

em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Considerando que a síndrome metabólica - SM tem recebido uma atenção cada vez maior, não somente pelo impacto de cada um dos seus componentes diagnósticos, mas principalmente porque a agregação dos fatores de risco cardiovasculares tem sido cada vez mais prevalente na população, a SEMUS propõe a construção da linha de cuidado da síndrome metabólica na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, organizando a assistência aos usuários na Rede de Atenção à Saúde, através da estratificação de risco, manejo clínico de acordo com o estrato de risco e com foco no monitoramento clínico e estabilização.

Causas externas

De acordo com o Ministério da Saúde, os **acidentes** e as **violências** correspondem às causas externas de morbidade e mortalidade, representadas no capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças – CID-10. Os acidentes englobam as quedas, o envenenamento, o afogamento, as queimaduras, o acidente de trânsito, entre outros. Já as violências são eventos considerados intencionais e compreende a agressão, o homicídio, a violência sexual, a negligência/abandono, a violência psicológica, a lesão autoprovocada, entre outras.

Em relação às causas externas de morbidade e mortalidade, no município de Palmas-TO, destacamos as violências e os acidentes de trânsito. Nos últimos 09 (nove) anos, a área técnica das causas externas realizou diversas atividades com ênfase na estruturação, implementação, mudança de comportamento e ampliação dos serviços de notificação. Os avanços com relação às violências podem ser vistos com a organização da rede e à capacitação dos profissionais para o intento suicida, capacitação da rede terciária e setores como o IML e Educação, e a construção dos núcleos de discussão de violência infantil e à mulher.

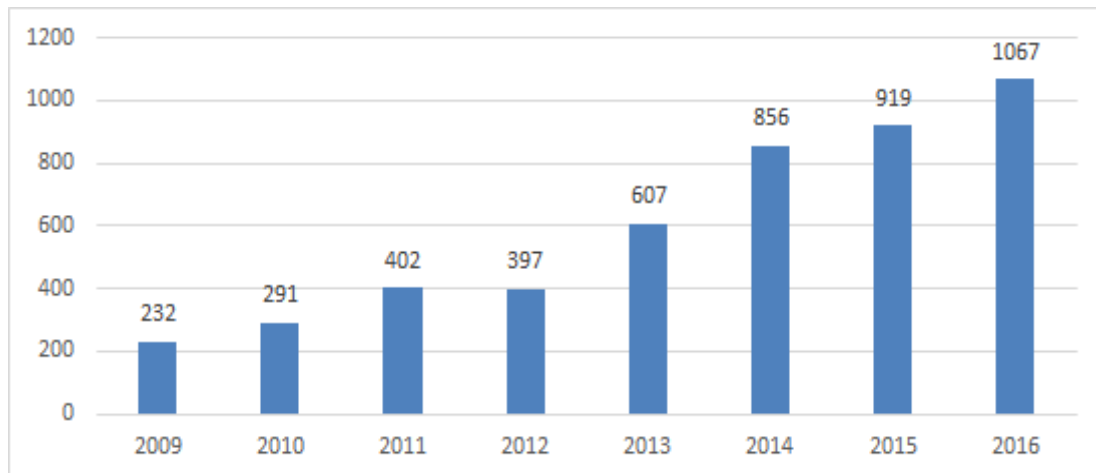
Tanto os acidentes quanto as violências são eventos passíveis de prevenção. Os custos com as violências são inúmeros e perpassa desde as perdas humanas com o desenvolvimento de sequelas permanentes até os custos com tratamento de saúde, despesas previdenciárias, absenteísmo no trabalho, reforçando a importância desses agravos enquanto problema de saúde pública.

A **violência** é um fenômeno presente mundialmente e que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, e que ocorrem em populações de diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico, configurando um Problema de Saúde Pública que se perpetua silenciosamente.

A Organização Mundial de Saúde - OMS define violência como “*o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação*”.

Observamos um crescimento médio de 29,3% ao ano no número de notificações de violência em residentes em Palmas-TO, em decorrência das estratégias utilizadas no município, como a capacitação dos servidores notificadores em relação ao preenchimento das fichas de notificação, capacitação sobre a planilha de monitoramento das violências, sensibilização de profissionais da área da educação quanto à identificação e enfrentamento da violência através da realização de seminários e a instituição de fluxos de forma intersetorial.

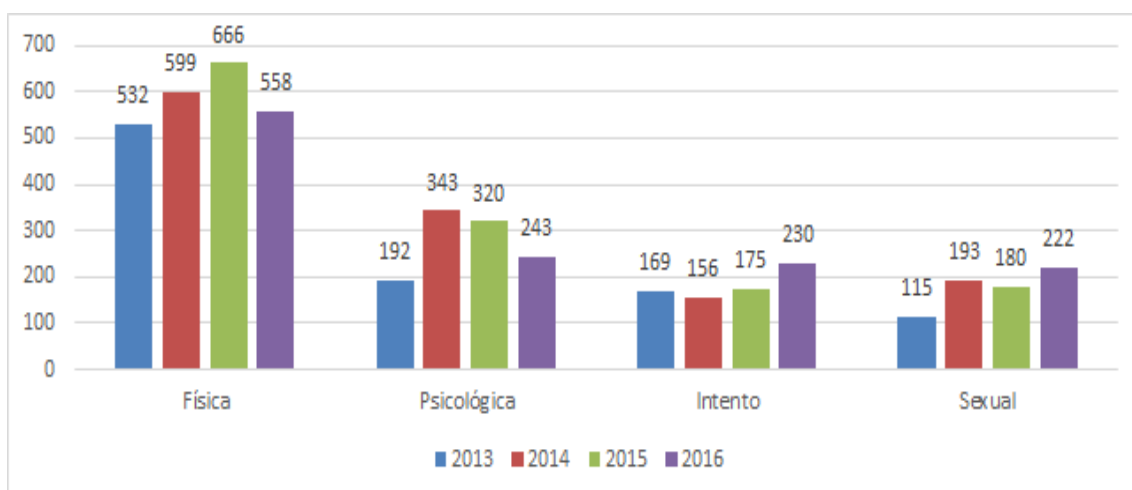
Número de casos notificados de violência em Palmas - TO, 2009-2016:



Fonte: SINAN, Maio de 2017.

A distribuição dos casos de violência, ao longo dos anos, ocorreu de forma linear, alcançando todas as regiões do município, o que implica a necessidade de realização de ações macro, além de específicas, de acordo com a realidade de cada região. As principais violências envolvem a física, psicológica, intento e sexual. Observamos, em Palmas - TO, que o intento suicida e a violência sexual seguem uma tendência de crescimento no número de casos, conforme mostra Figura a seguir.

Principais violências notificadas em Palmas - TO, 2013-2016:



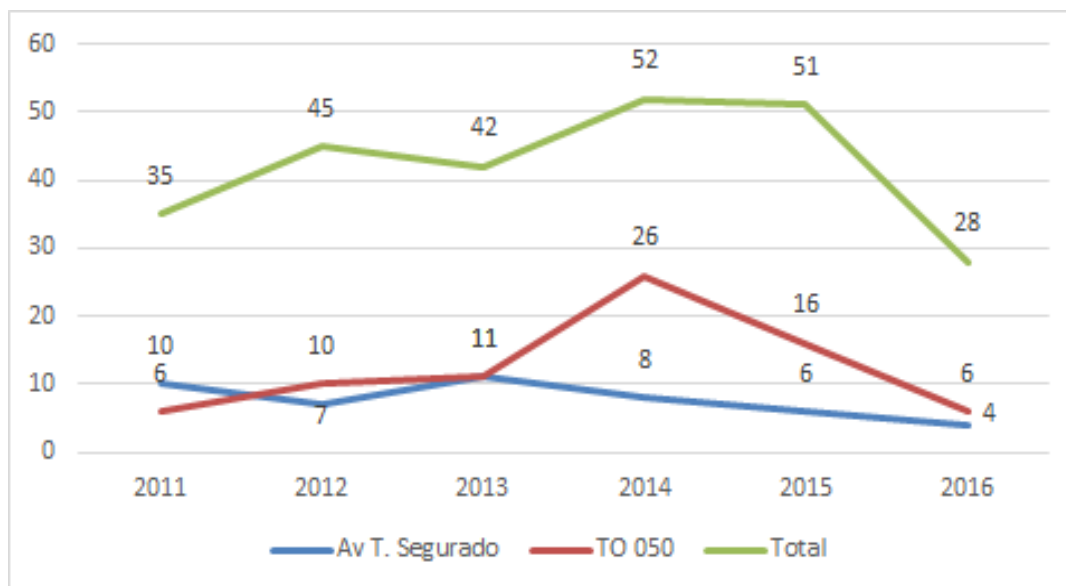
Fonte: SINAN, maio de 2017.

As lesões causadas pelo **trânsito**, segundo a Organização Mundial de Saúde, apresentam uma alta carga de morbimortalidade em todo o mundo. Elas são

um problema provocado pelo ser humano e que podem ser previstas e prevenidas por intervenções de segurança no trânsito. A magnitude das lesões e morte não é um problema de trânsito apenas, pois as incapacidades e perdas de vida em idade produtiva apresentam consequências sociais e econômicas graves.

Como resultado das intervenções no fator de risco velocidade, com instalações de radares na rodovia TO-050 e outros pontos estratégicos levantados a partir da análise da Comissão de Gestão de Dados e Informações, o número de acidentes fatais no perímetro urbano de Palmas – TO caiu 45%, bem como a taxa de mortalidade por acidentes de trânsito com ocorrência na capital, que caiu 18%, considerando que este dado sobre a taxa de mortalidade, proveniente do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, abrange vítimas de todo o estado, que vem receber tratamento em Palmas e acabam por virem a óbito na cidade.

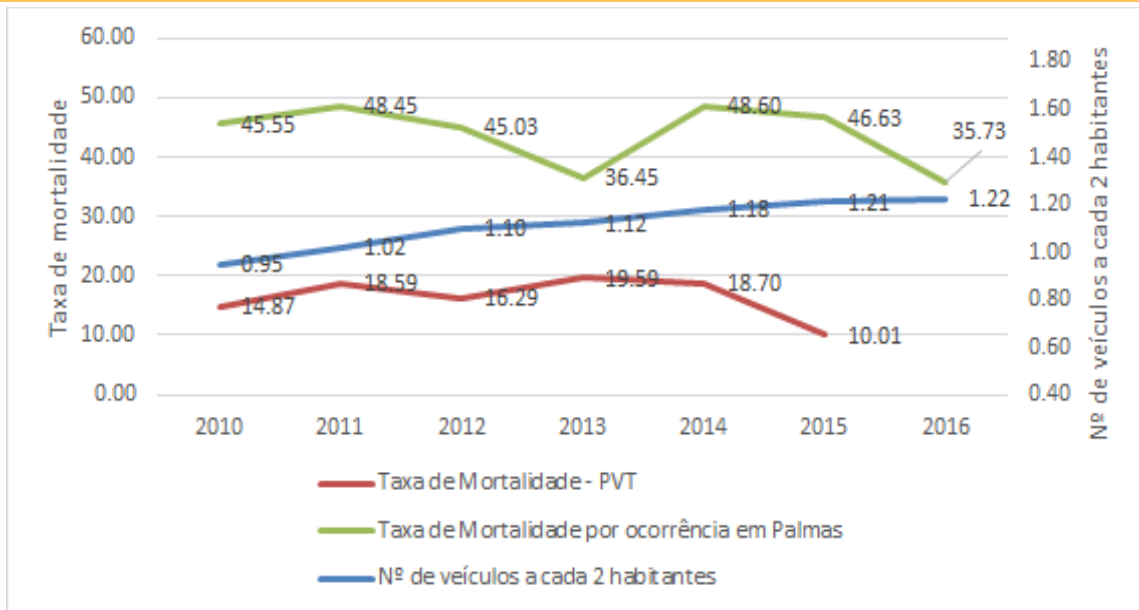
Vítimas de acidentes fatais no perímetro urbano de Palmas-TO, 2011-2016.



Fonte: Comissão de Gestão da Informação do Programa Vida no Trânsito de Palmas - TO, julho de 2017.

Apesar do crescimento no número de veículos por habitante, observa-se a redução da taxa de mortalidade por acidentes de trânsito, no período de 2010 a 2016.

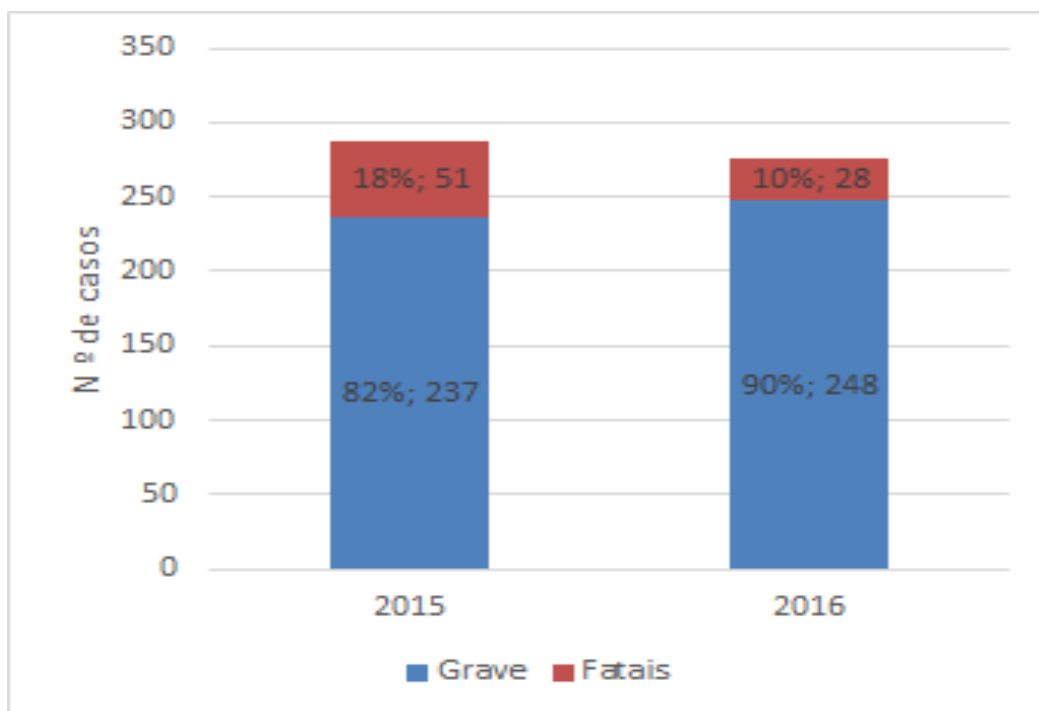
Veículos/habitante e taxa de mortalidade no perímetro urbano, Palmas - TO, 2010-2016.



Fonte: SIM/DETRAN-TO, julho de 2017.

A seguir, o comparativo entre os anos de 2015 e 2016 dos números absolutos e porcentagem dos acidentes de trânsito graves e fatais, no perímetro urbano de Palmas – TO, evidenciando a redução do número de óbitos.

Incidência dos acidentes de trânsito graves e fatais, perímetro urbano, Palmas - TO, 2015-2016.



Fonte: Comissão de Gestão de Dados e Informações do Programa Vida no Trânsito de Palmas – TO, julho de 2017.

Outros agravos de interesse epidemiológico

Dentre outros agravos de importância epidemiológica no município de Palmas - TO, destacamos os acidentes com animais peçonhentos e o atendimento anti-rábico.

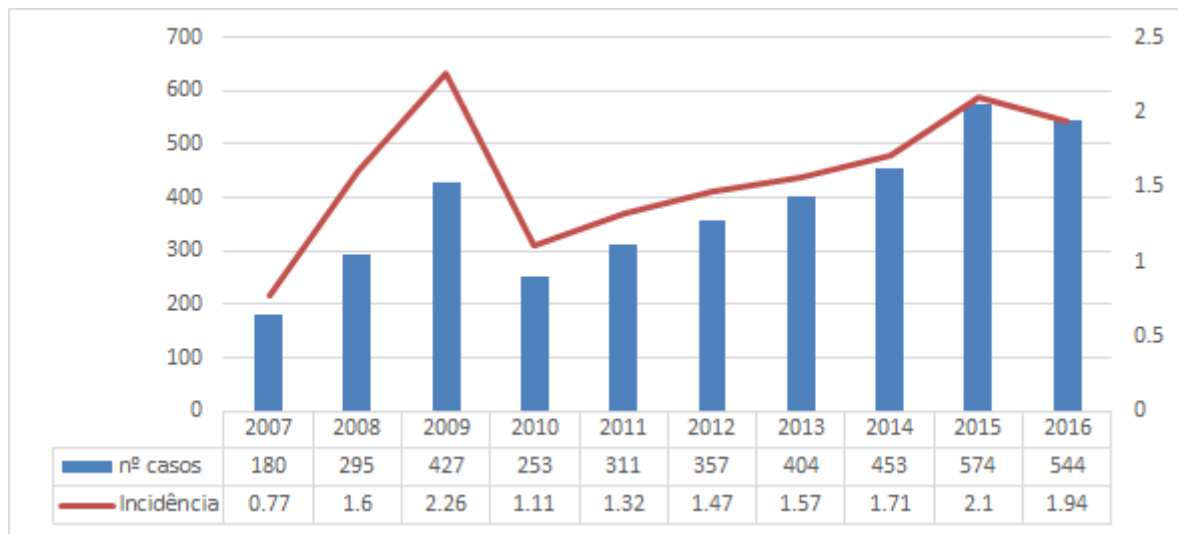
Animais Peçonhentos são aqueles que possuem glândulas produtoras de veneno que se comunica com dentes ocos, ferrões ou agulhões, por onde o veneno passa ativamente. Já, os animais que não possuem aparelho inoculador (dentes ou ferrões), mas produzem veneno, são classificados como animais venenosos, por provocarem envenenamento passivo por contato (Lanomia ou taturana, lagarta-de-fogo), por compressão (sapo) ou por ingestão (peixe baiacu).

Os principais animais peçonhentos de importância médica no Brasil são as serpentes, escorpiões e aranhas. Porém, merecem cuidados especiais também os acidentes provocados por abelhas, arraias-de-água-doce, peixe (bagres, mandi e niquin), lanomia, lagarta-de-fogo, lacraias, vespas e marimbondos e formigas.

Identificar o animal causador do acidente é muito importante para liberar os pacientes picados por animais não peçonhentos, assim como viabilizar o recolhimento das espécies de importância médica em ambiente regional e auxiliar na indicação mais precisa dos antivenenos. Por isso a avaliação clínica minuciosa é fundamental para administrar o soro compatível com o tipo de envenenamento e estado clínico do paciente, além de evitar a administração de soro desnecessário.

A gravidade causada pelo veneno pode variar devido à espécie do animal, idade da vítima, quantidade de veneno inoculado e o local da mordida. Porém, crianças e idosos necessitam de maior atenção, pois são os que mais apresentam complicações. Em Palmas - TO, no período de 2007 a 2016, foram atendidos e notificados 3.798 casos de acidente por animais peçonhentos. Destes, 704 casos fixam residência em outro município. Registramos uma média de 379,8 casos/ano. O coeficiente de incidência da doença variou entre 0,77/1.000 habitantes, em 2007, para 2,1/1.000 habitantes, em 2015.

Frequência anual de acidente por animais peçonhentos e coeficiente de incidência/1.000 habitantes, Palmas - TO, 2007-2016:



Fonte: SINAN, julho de 2017.

A maior frequência dos acidentes por animais peçonhentos foi por escorpião (34,94%), seguido por serpente (19,72%) e aranha (15,35%).

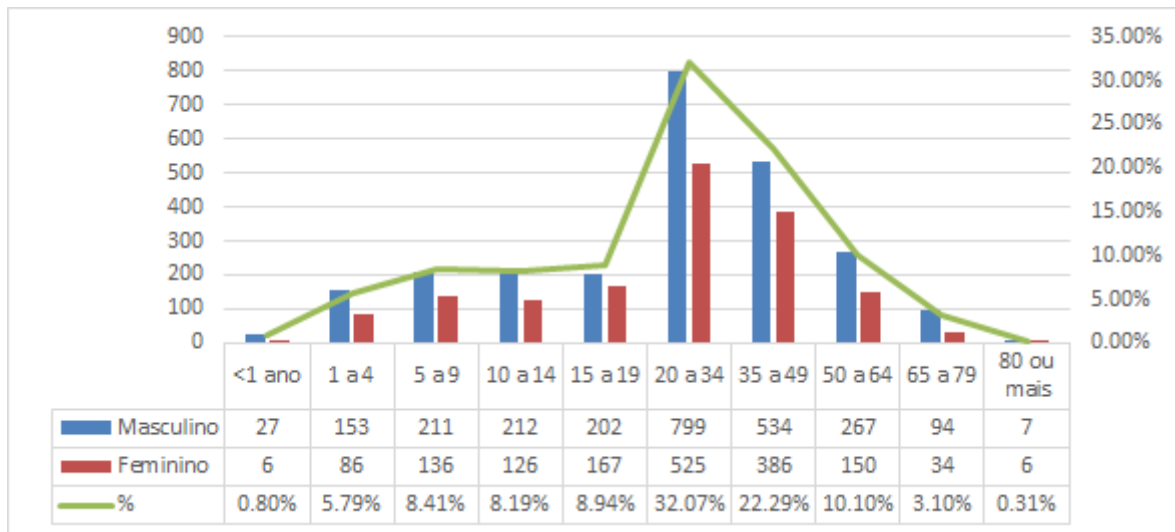
Frequência de acidentes de animais peçonhentos notificados em Palmas-TO, 2007 e 2016, segundo a espécie do animal agressor:

Tipo de Animal	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Ign/branco	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	04
Serpentes	47	49	86	61	69	84	70	68	95	120	749
Aranha	2	2	7	7	15	13	15	25	19	28	133
Escorpião	43	69	128	94	108	126	176	172	184	227	1327
Abelha	9	19	56	24	30	33	18	16	19	6	355
Lagartas	11	30	31	24	32	33	36	39	75	44	230
Outra:	68	126	119	43	57	68	89	133	182	116	1001
Arraia	46	97	76	24	31	31	33	79	107	59	583
Formiga	4	3	7	8	2	5	3	5	10	6	53
Lacraia	4	7	8	6	7	12	9	9	12	8	82
Marimbondo	4	18	16	3	15	19	44	40	53	41	253
Piranha e Mandi (peixe)	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	08
Potó	2	-	12	2	2	1	-	-	-	-	19
Ignorado	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Total	180	295	427	253	311	357	404	453	575	544	3799

Fonte: SINAN-Net, julho de 2017.

Quanto ao gênero, 60,71% são do gênero masculino e 39,29% feminino. Os acidentes ocorrem em todas as faixas etárias, porém, 54,36% encontram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, onde se concentra a força de trabalho.

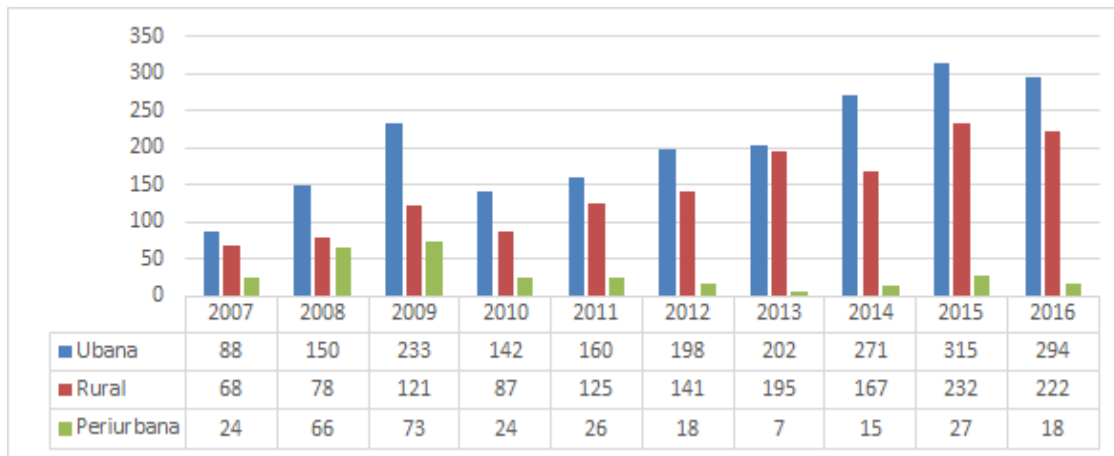
Frequência e percentual de acidente por animais peçonhentos notificados,
Palmas-TO, 2007 a 2016, segundo gênero e faixa etária.



Fonte: SINAN, julho de 2017.

Observa-se que, em todas as faixas etárias, a frequência do gênero masculino se sobressaiu. A maioria dos acidentes ocorreu em indivíduos economicamente ativos e fora do ambiente doméstico, sendo que 54,05% ocorreram na área urbana. Contudo, este percentual mostra-se diferente quando calculado separadamente por espécie de animal. Em acidentes por serpentes, 78,00% ocorrem em zona rural, possivelmente reflexo de acidentes que envolvem indivíduos que trabalham nas lavouras e também daqueles vindos de outros municípios. Enquanto que, em acidentes ocasionados por escorpiões, 63% ocorrem na zona urbana, nas residências dos pacientes, e estão relacionados ao manusear objetos domésticos, roupas de cama, uso de calçados e roupas amontoadas.

Frequência de acidentes de animais peçonhentos notificados em Palmas - TO, 2007 e 2016, segundo a zona de ocorrência:



Fonte: SINAN-Net, julho de 2017.

Quanto ao local da picada, 82,60% ocorrem nas mãos, braços, pernas e pés. Isso indica a importância de divulgar junto à comunidade os cuidados e o uso de equipamentos de proteção individual como sapatos, botas, luvas de couro, antes de entrar em contato com ambientes desconhecidos. É importante não acumular entulhos, lixo orgânico e materiais de construção, limpar terrenos baldios pelo menos perto dos muros e das casas, pois esses animais vivem próximo ao homem em busca de alimento fácil. Ao eliminar a fonte de alimentação, estará sendo afastada também grande parte dos acidentes que são favorecidos por esses fatores.

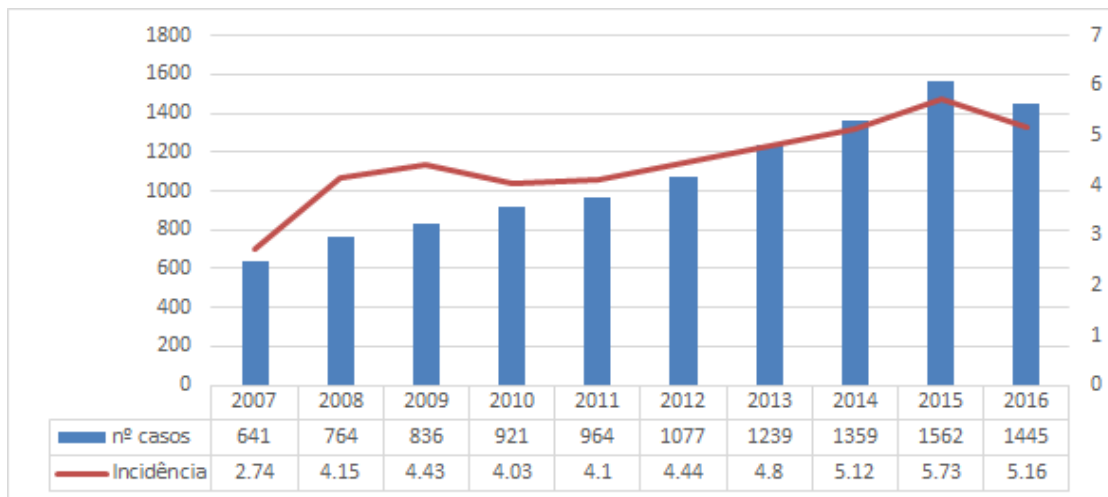
A **raiva** é uma zoonose transmitida ao homem pela inoculação do vírus presente na saliva e secreções do animal infectado, por meio de mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e lambeduras, principalmente ocasionadas por cães, gatos, bovinos, equinos, caprinos, ovinos, suínos, herbívoros domésticos e animais silvestres como, morcegos de qualquer espécie, gambás, macacos, saguis, raposas, gatos selvagens, mucura e roedores. Porém, todos os mamíferos são suscetíveis ao vírus da raiva humana e, portanto, podem transmiti-la.

O vírus rábico pertencente ao gênero *Lyssavirus* da família *Rhabdoviridae*, possui a forma de projétil. É preferencialmente neurotrópico, ou seja, propaga-se no organismo através de neurônio, progredindo até a medula espinhal e cérebro.

O sistema nervoso central (SNC) é a sede essencial do vírus. O agravo apresenta alto custo na assistência preventiva às pessoas expostas ao risco de adoecer e morrer. Quando instalado no SNC, apresenta letalidade de 100 %.

Em Palmas-TO, no período de 2007 a 2016, foram notificados 10.808 casos de atendimento antirrábico, uma média de 1.080,7 casos/ano. O coeficiente de incidência variou entre 2,74/1.000 habitantes, em 2007, para 5,73/1.000 habitantes, em 2015.

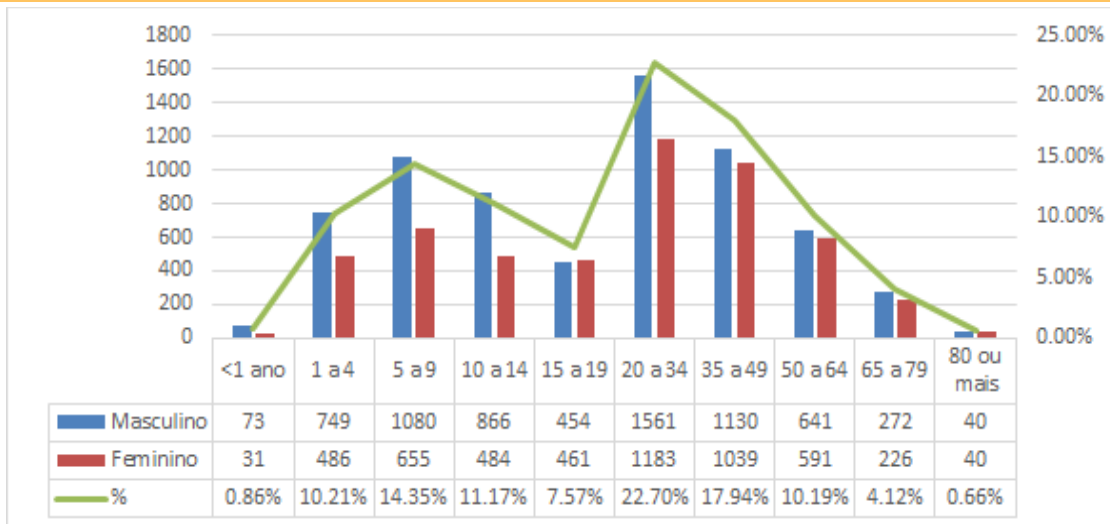
Distribuição anual de atendimento antirrábico e coeficiente de incidência/1.000 habitantes, Palmas-TO, 2007-2016.



Fonte: SINAN, julho de 2017.

Quanto ao gênero, 57,02% são do gênero masculino e 42,98% feminino. Os acidentes ocorrem em todas as faixas etárias, a maior frequência (40,64%) encontra-se na faixa etária de 20 a 49 anos, onde se concentra a força de trabalho, seguida pela faixa de 1 a 14 anos, com 35,73%.

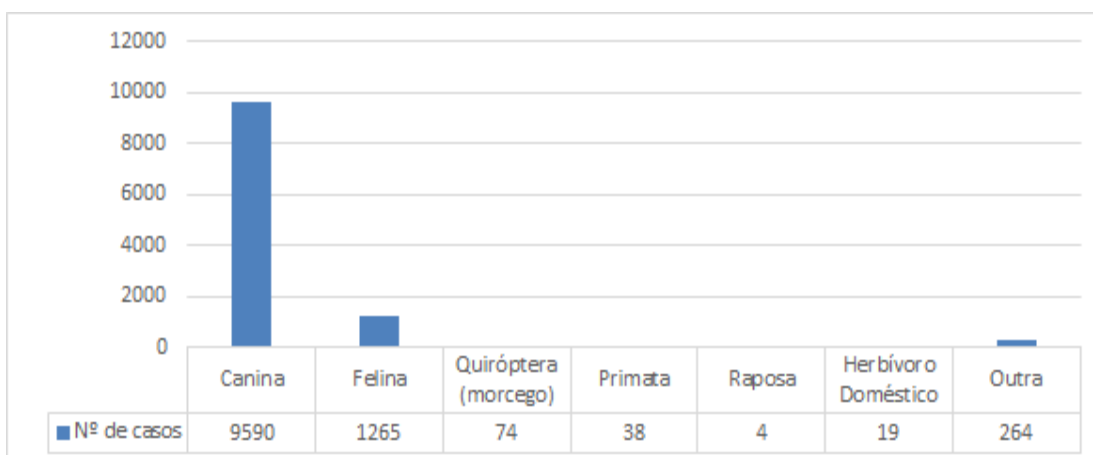
Frequência e percentual de atendimento antirrábico notificado em Palmas - TO, 2007 a 2016, segundo gênero e faixa etária:



Fonte: SINAN, julho de 2017.

Quanto ao tipo do animal agressor, 9.590 casos (88,73%) foram causados por cães, 1.265 (11,70%) por gatos, 74 (0,68%) por quirópteros, 38 (0,35%) por primatas, 4 (0,037%) por raposas, 19 (0,18%) por herbívoros domésticos e 264 (2,44%) por outros animais.

Frequência de atendimentos antirrábico notificados em Palmas - TO, 2007 e 2016, segundo a espécie do animal agressor:



Fonte: SINAN, julho de 2017.

No Brasil, a raiva é endêmica em grau diferenciado de acordo com a região geopolítica. Em Palmas - TO, não houve nenhum caso notificado de Raiva Humana. Isso se deve principalmente a dois fatores: a situação epidemiológica das raivas canina e felina que se encontram controladas, em virtude das ações de prevenção

realizadas, como as campanhas de imunização realizadas anualmente; e a significativa procura dos pacientes aos CSC's para realizar o tratamento com o soro e vacina antirrábica. Todos os pacientes atendidos recebem atendimento médico, são acompanhados pela ESF de referência até o encerramento do caso, são orientados a observar o cão ou o gato, quando a condição permite, e comparecer nas UPA's para acompanhamento do esquema de profilaxia da raiva humana dos casos recomendados.

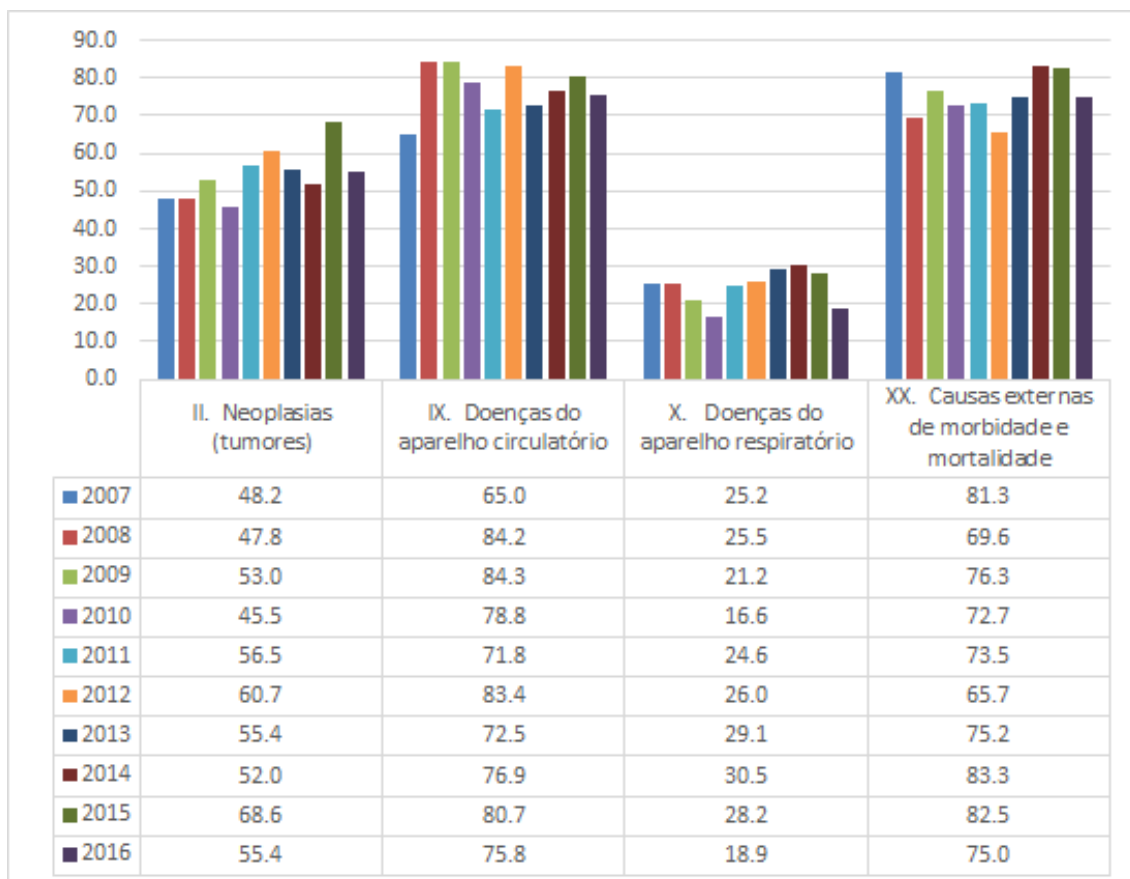
A Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses realiza o controle das zoonoses que tem os cães e gatos como reservatórios, por meio de ações de controle populacional, evitando a reprodução desordenada, reduzindo o número de reservatórios e, conseqüentemente, minimizando a ocorrência de zoonoses. A disponibilização desse serviço é feito pelo site da prefeitura de Palmas www.palmas.to.gov.br/castracao. Além disso, são realizadas coletas de fragmentos de Sistema Nervoso Central de cães e gatos, preferencialmente suspeitos - com sinais e sintomas clínicos de raiva, e posterior envio ao Laboratório Central do Estado do Tocantins - LACEN, para obtenção de diagnóstico através de Imunofluorescência Direta, conforme recomenda o Ministério da Saúde. Também, visando o controle do reservatório, por meio do monitoramento do Vírus da Raiva, é realizada anualmente, a campanha de vacinação antirrábica canina com o objetivo de imunizar todos os cães do município e evitar a transmissão da raiva em humanos.

Mortalidade

O estudo da mortalidade revela muito sobre as condições de vida e assistência à saúde de uma população. Em Palmas - TO, dentre as causas de óbitos considerados "naturais" ocorridas na população geral, destacam-se as Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias e Doenças do Aparelho Respiratório. Entretanto, as mortes por causas externas ocupam o primeiro lugar nos últimos anos, conforme demonstra a Figura a seguir, representando um problema prioritário à saúde pública,

no município, seguindo um perfil observado mundialmente, com constante crescimento ao longo dos anos.

Taxa de Mortalidade pelas quatro primeiras causas de óbitos em residentes em Palmas - TO, 2007-2016.

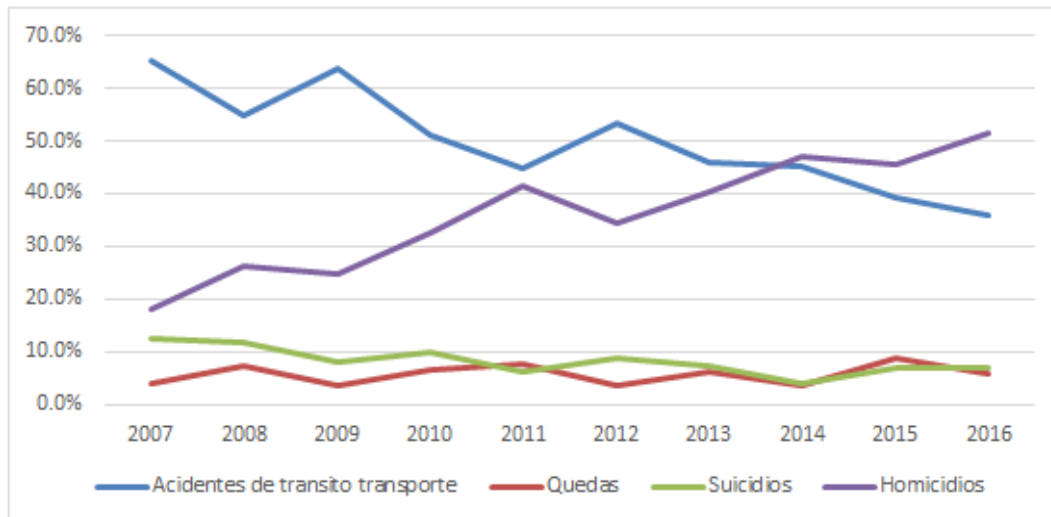


Fonte: SIM, junho de 2017.

As causas externas de morbidade e mortalidade abrangem as lesões decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativa de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos).

Em Palmas - TO, os óbitos por acidente de trânsito foi a principal causa de óbito no período de 2007 a 2013, apresentando um declínio nos anos de 2014 a 2016, período no qual as agressões físicas representam a primeira causa de morte.

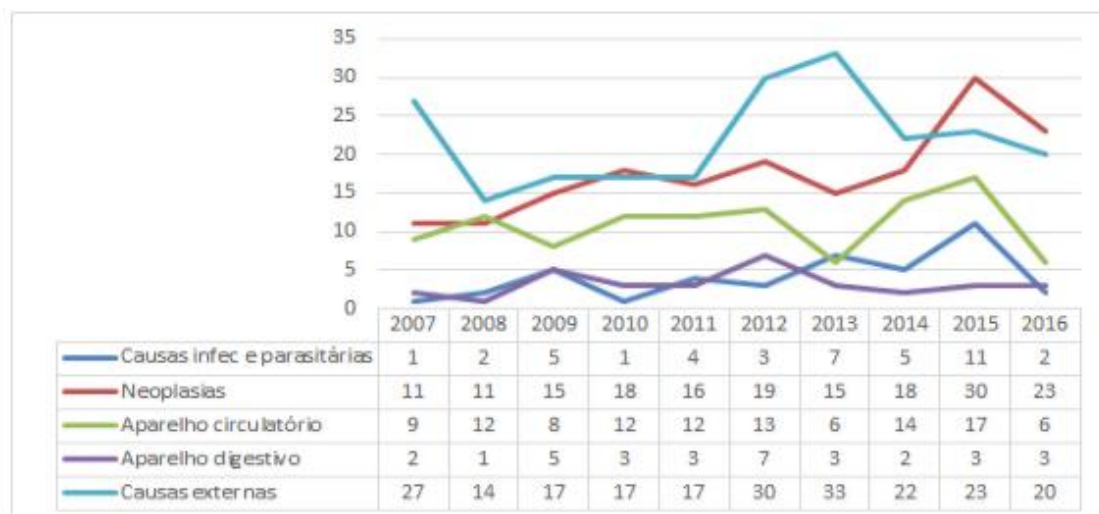
Proporção dos quatro agrupamentos principais das causas externas de óbito, residentes em Palmas - TO, 2007-2016.



Fonte: SIM, Julho de 2017.

Em relação aos **Óbitos de Mulheres em Idade Fértil - MIF**, compreendidos na faixa etária de 10 a 49 anos, foram registrados, no período de 2007 a 2016, 726 óbitos, sendo as principais causas externas (30,3%), seguidas das neoplasias (25,06%) e doenças do aparelho circulatório (15,72%). Porém, os óbitos por neoplasias em MIF vêm crescendo desde 2014, ultrapassando as causas externas. No município, a mortalidade de MIF corresponde a 9,0% da mortalidade na população geral.

Principais causas de óbitos de MIF, segundo CID 10 (CAP), Palmas - TO, 2007-2016*.

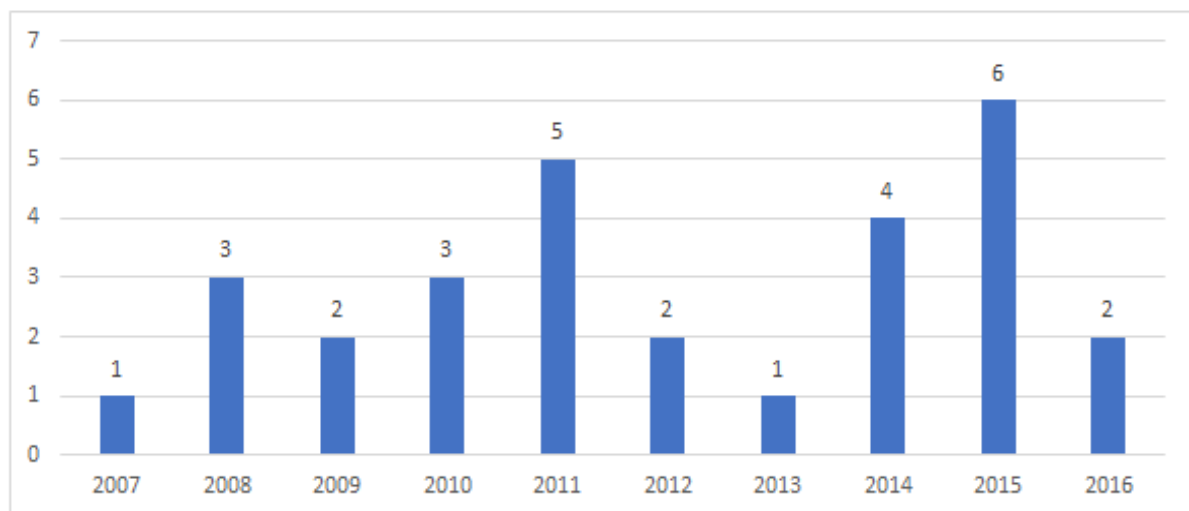


Fonte: SIM, julho de 2017. *As informações relacionadas ao banco de 2016 são parciais, podendo sofrer alterações no decorrer do ano.

Em relação à **Mortalidade Materna - MM**, o município tem apresentado oscilações significativas de 2007 a 2016, refletindo a qualidade da atenção à saúde da mulher, que vai desde o planejamento familiar à assistência ao parto e puerpério.

Quanto à redução da mortalidade materna, apesar da significativa queda ao longo dos anos, no Brasil, a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas não foi alcançada. A Figura a seguir demonstra que, no município de Palmas - TO, não houve uma redução no número de óbitos maternos, ao longo dos anos (2007-2016).

Número absoluto de óbitos maternos, Palmas - TO, 2007-2016.



Fonte: SIM, julho de 2017.

Das mortes evitáveis, sobressaem-se as complicações com hemorragias, hipertensão arterial, infecções do trato urinário e sífilis, causas relacionadas a deficiência da assistência ao pré natal, o que justifica a organização da linha de cuidado materno infantil, no município. Para enfrentamento do problema, destacamos a reorganização da rede de atenção materno infantil na perspectiva do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, através da implantação do Projeto Mães de Palmas, que tem como proposta acompanhar a gestante desde o início da gestação até o pós-parto, garantindo, além do pré-natal, exames complementares, oficinas de educação em saúde específicas e a implantação da Casa de Parto.

Um dos indicadores que interferem indiretamente na morte materno infantil é a proporção de parto normal que tem sofrido queda ao longo dos anos, reforçando a necessidade de implantação do Projeto Mães de Palmas. A rede suplementar tem relação direta ao indicador, tendo em vista que a rede hospitalar, no município, tem aumentado nos últimos anos.

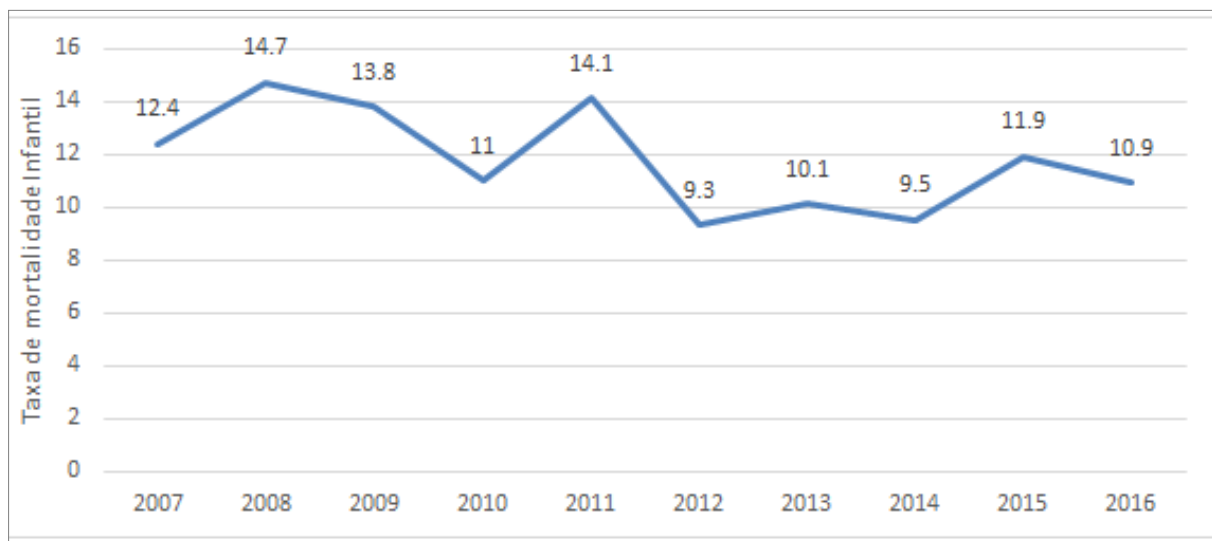
Reduzir a mortalidade infantil (crianças menores de 1(um) ano) é uma das metas que o país busca alcançar no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM. Em 2000, a Organização das Nações Unidas - ONU estabeleceu 08 (oito) metas que todos os governos precisavam alcançar para melhoria do mundo, até 2015. A meta foi alcançada antes do prazo estabelecido.

Avaliando o indicador da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) no município de Palmas, observamos que houve uma queda na taxa, ao longo dos anos. As principais iniciativas, no município, para conseguir reduzir a morte infantil foram: ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, implantação dos NASF, ações voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança, investigação dos óbitos infantis, Programa Nacional de Imunizações (PNI), incentivo ao aleitamento materno, incentivo ao parto normal, garantia do acesso e qualidade ao pré-natal na Atenção Primária, implantação do Protocolo de Saúde das Mulheres e Saúde da Criança que está em processo de singularização do protocolo publicado pelo Ministério da Saúde junto ao Instituto Sírio Libanês, bem como novas tecnologias como atendimento compartilhado e formação secundária com especialistas na Atenção Primária.

Em Palmas - TO, as afecções perinatais, que atingem essencialmente os nascidos vivos com baixo peso ao nascer e as mortes por deficiências da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, constituem a principal causa de mortalidade de crianças menores de um ano, seguindo o perfil no Brasil. Nesse contexto, embora os resultados sejam positivos na redução do indicador, a mortalidade infantil, principalmente os óbitos por causas evitáveis, ainda é um problema de saúde pública

a ser enfrentado nos próximos anos. Dentre as estratégias de enfrentamento destacamos a organização da linha de cuidado materno infantil, com ênfase no Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC utilizando ferramentas fundamentais, como estratificação de risco, novas tecnologias de educação permanente, clínica ampliada, atendimento compartilhado e equipe multiprofissional.

Taxa de Mortalidade Infantil, Palmas - TO, 2007-2016.



Fonte: SIM, julho de 2017.

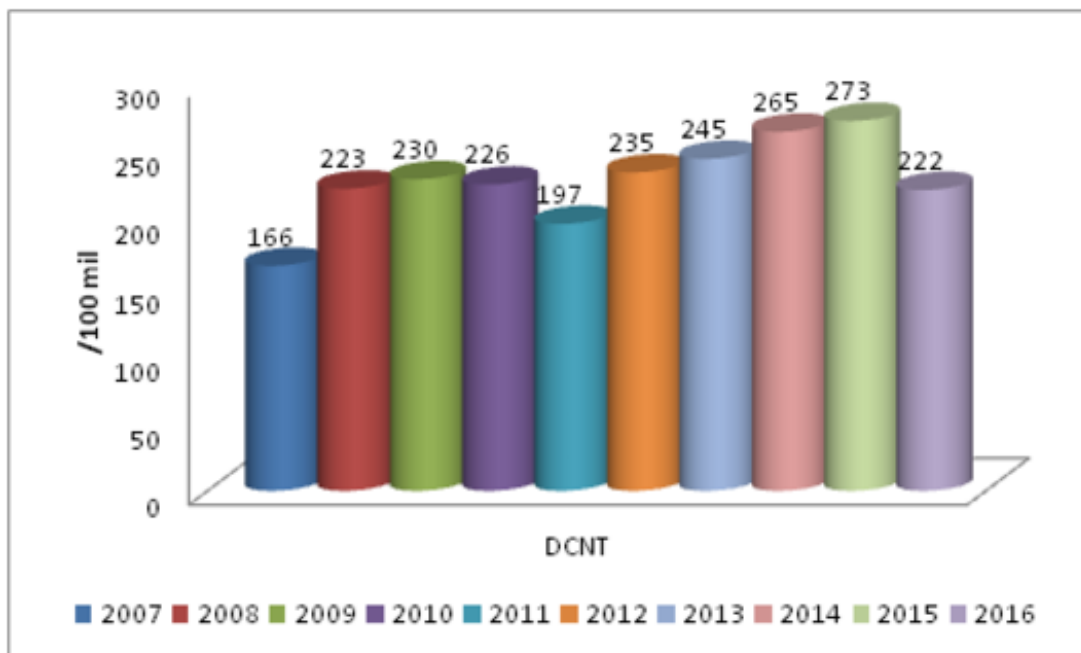
No Brasil, a **Mortalidade Precoce por DCNT's** (30 a 69 anos) representam 72% dos óbitos, com destaque às doenças do aparelho circulatório (31,3% dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%), sendo os principais fatores de risco o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e a inatividade física.

A mortalidade precoce por DCNT's foi definida como indicador (Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis, ou seja, as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) para o monitoramento e avaliação, permitindo o acompanhamento e a análise da condição de saúde desse segmento, podendo subsidiar a organização da rede de atenção integral à saúde da pessoa idosa e portadores de DCNT's, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das

ações de promoção e prevenção, contribuindo para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e controle das DCNT's e seus fatores de risco.

Em 2007, a taxa de mortalidade precoce por DCNT's no município de Palmas - TO era de 166/100 mil habitantes, aumentando gradativamente até 2015, quando alcançou a taxa de 273/100 mil habitantes. Em 2016, a taxa reduziu para 222/100 mil habitantes. Nos últimos 09 (nove) anos, entre as oscilações da taxa, chegamos, em 2016, com um aumento de 34% na taxa de mortalidade precoce por DCNT's. Ressaltamos que estes dados ainda podem ser alterados após o fechamento do banco do Sistema de Informações de Mortalidade de 2016.

Taxa de mortalidade precoce por DCNT's (CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14), em indivíduos com 30 a 69 anos, em residentes de Palmas - TO, 2007-2016*.

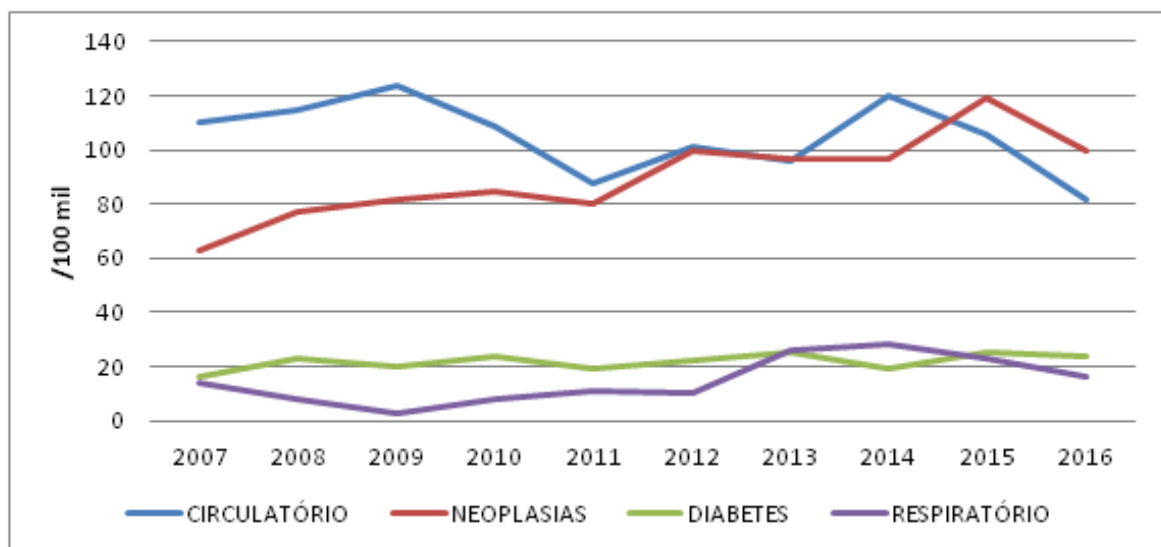


Fonte: SIM, maio de 2017. *Dados de 2016 passíveis de alteração.

As principais causas de mortalidade precoce pelo conjunto das principais DCNT's, no período de 2007 a 2016, foram por Doenças Circulatórias, seguidas pelas neoplasias, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas. Dentre elas, destacamos as neoplasias, que desde 2015 passou para o primeiro lugar das causas de óbito por DCNT's, no município.

Segundo o Instituto de Câncer, cerca de 80 a 90% dos casos de câncer estão associados aos fatores ambientais e aos hábitos e costumes próprios de um ambiente social e cultural, dependendo da intensidade e duração da exposição aos agentes causadores. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer são o tabagismo, alimentação inadequada, hábitos sexuais, álcool, fatores ocupacionais e radiação solar. Vários fatores contribuem para o predomínio das doenças circulatórias como causa de morte, dentre eles destacam-se a elevação da expectativa de vida e as alterações nos hábitos e modo de vida da população, nas últimas décadas.

Taxa de mortalidade precoce pelas principais causas de DCNT's (CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14), em residentes de Palmas, 2007-2016*.



Fonte: SIM, Maio de /2017. *Dados de 2016 passíveis de alteração.

Determinantes e Condicionantes de Saúde

A saúde é um direito do cidadão, e tem como fatores determinantes e condicionantes, segundo a lei 8080/90, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, dentre outros que expressam a organização social e econômica do Brasil, na busca de uma vida saudável, a partir da construção de uma qualidade de vida, para proporcionar acesso ao desenvolvimento global do bem estar físico, mental e social, proporcionando benefícios, para si e para a construção de uma sociedade justa e igualitária para todos.

“Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Essas circunstâncias são moduladas pela distribuição de renda, poder e recursos em nível global, nacional e local e são influenciadas por decisões políticas. Os determinantes sociais da saúde são os principais responsáveis pelas iniquidades em saúde - as diferenças injustas e evitáveis entre pessoas e países”. A definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o conceito de “determinantes sociais da saúde” torna claro o entendimento da saúde como um processo social e revela como aspectos sociais e decisões políticas impactam as condições de vida e saúde das populações, bem como a ocorrência de doenças.

Seguindo esta premissa, a prospecção estratégica de cenários futuros para a saúde pública brasileira leva em consideração, sempre, o ambiente social em que a população está ou estará inserida - contexto fortemente influenciado por variáveis políticas e econômicas. Essa abordagem reforça o compromisso do setor Saúde com o desenvolvimento social do país e coloca questões primordiais como o acesso a saneamento básico, educação e serviços de saúde na ordem do dia. A ideia central é que a equidade em saúde só será plenamente efetivada quando as persistentes desigualdades sociais do país forem superadas.

Aspectos Socioeconômicos

A renda per capita média de Palmas cresceu 143,53% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 446,49, em 1991, para R\$ 714,58, em 2000, e para R\$ 1.087,35, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,80%. A taxa média anual de crescimento foi de 5,36%, entre 1991 e 2000, e 4,29%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 38,23%, em 1991, para 19,03%, em 2000, e para 6,91%, em 2010. A evolução da

desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,64, em 1991, para 0,63, em 2000, e para 0,58, em 2010.

	1991	2000	2010
Renda per capita	446,49	714,58	1.087,35
% de extremamente pobres	12,30	5,62	1,52
% de pobres	38,23	19,03	6,91
Índice de Gini	0,64	0,63	0,58

Fonte: PNUD, Ipea e FJP



5

SAÚDE EFICIENTE

Do Acesso, Produção e Implantação de
Serviços de Saúde

“Planejamento, organização e Motivação são fatores essenciais
para a prosperidade”.

Renan Bride de Oliveira

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é um trabalho integrado e que precisa da participação de todos. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até transplante de órgãos. Sem sombra de dúvida é uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passaram a nortear-se pela descentralização.

Apesar dos avanços significativos ao longo dos anos, ainda, que não tenha efetivado plenamente seus princípios de universalidade do acesso e integralidade da atenção à saúde, são notáveis – “a eliminação de algumas e o controle de outras doenças infectocontagiosas pela maior cobertura vacinal e pelo tratamento adequado; a expansão da cobertura da atenção básica; a ampliação da atenção às urgências, à saúde mental não manicomial, do apoio diagnóstico, das terapias especializadas e da assistência farmacêutica, com diminuição das internações por condições sensíveis à atenção básica, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida da população”. Contudo, ainda são grandes os desafios a serem enfrentados, tanto de forma a assegurar a continuidade das conquistas quanto permitir o enfrentamento dos problemas.

Neste caminho, de fortalecimento do SUS a gestão municipal de saúde de Palmas, implantou a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde – RAVS, por meio da Portaria institucional nº 518/SEMUS/GAB de 14 de Junho de 2016, sendo um marco na forma de reorganização das ações e serviços de saúde e a contínua qualificação da RAVS para enfrentamento dos desafios, para superação das fragmentações existentes entre níveis assistenciais, a eliminação de vazios assistenciais, a ampliação e qualificação do acesso das ações e serviços de saúde, promover a ciência, tecnologia e inovação, fortalecer a gestão estratégica e participativa, ampliar e fortalecer o plano municipal de educação permanente, o aperfeiçoamento da gestão,

com eficiência do gasto e financiamento mais adequado, constituem os principais esforços a serem empreendidos nos próximos anos, o que poderá ser comprovados nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores.

Rede de Atenção e Vigilância em Saúde

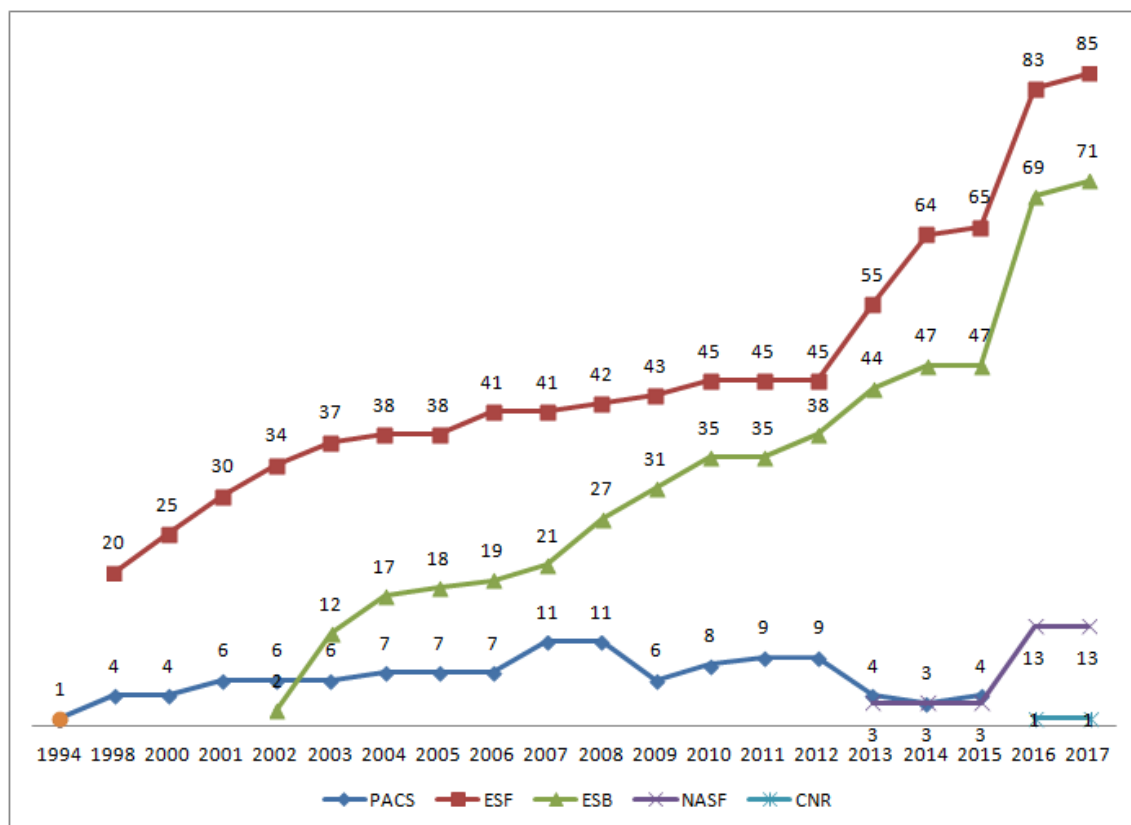
A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, devendo ser operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Além disso, utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

A Atenção Primária é o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

A Figura a seguir demonstra a evolução da implantação das equipes de Atenção Primária no município de Palmas - TO, de 1994 até o segundo quadrimestre de 2017, desde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, no ano de 1994, passando pela implantação das primeiras Equipes de Saúde da Família - ESF, no ano de 1998, pelo incremento dessa cobertura ao longo do tempo, pela implantação das Equipes de Saúde Bucal - ESB, a partir de 2002, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF em 2013 e do Consultório na Rua - CR, em 2016, até 2017.

Implantação das Equipes de Atenção Primária, Palmas-TO, 1991-2017.



Fonte: DAB/MS, julho de 2017.

As equipes de Atenção Primária no município de Palmas - TO estão vinculadas a 33 Centros de Saúde da Comunidade, oferecendo os serviços:

- Acolhimento da Demanda Espontânea;
- Consulta médica com clínico geral;

- Consulta de enfermagem;
- Atendimento odontológico;
- Consultas com a equipe multiprofissional (Fisioterapeuta, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Farmacêutico, Pediatra e Ginecologista);
- Imunização (vacinação);
- Testagem rápida para Gravidez, HIV, Sífilis, Hepatites B e C;
- Teste do pezinho;
- Curativo, retirada de pontos e Inalação;
- Atendimento clínico e acompanhamento a populações específicas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde do homem, saúde do adolescente e saúde prisional);
- Atendimento em áreas programáticas (hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, tuberculose, controle de IST/AIDS);
- Grupos operativos;
- Administração e dispensação de medicamentos;
- Coleta de material para análises clínicas.

Em 2012, no município de Palmas - TO, na perspectiva de organizar a assistência às pessoas com condições agudas no âmbito da Atenção Primária, foi implantado o projeto “Palmas para quem Acolhe”, visando identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema.

Um grande desafio atual para as equipes de Atenção Primária é a atenção em saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes,

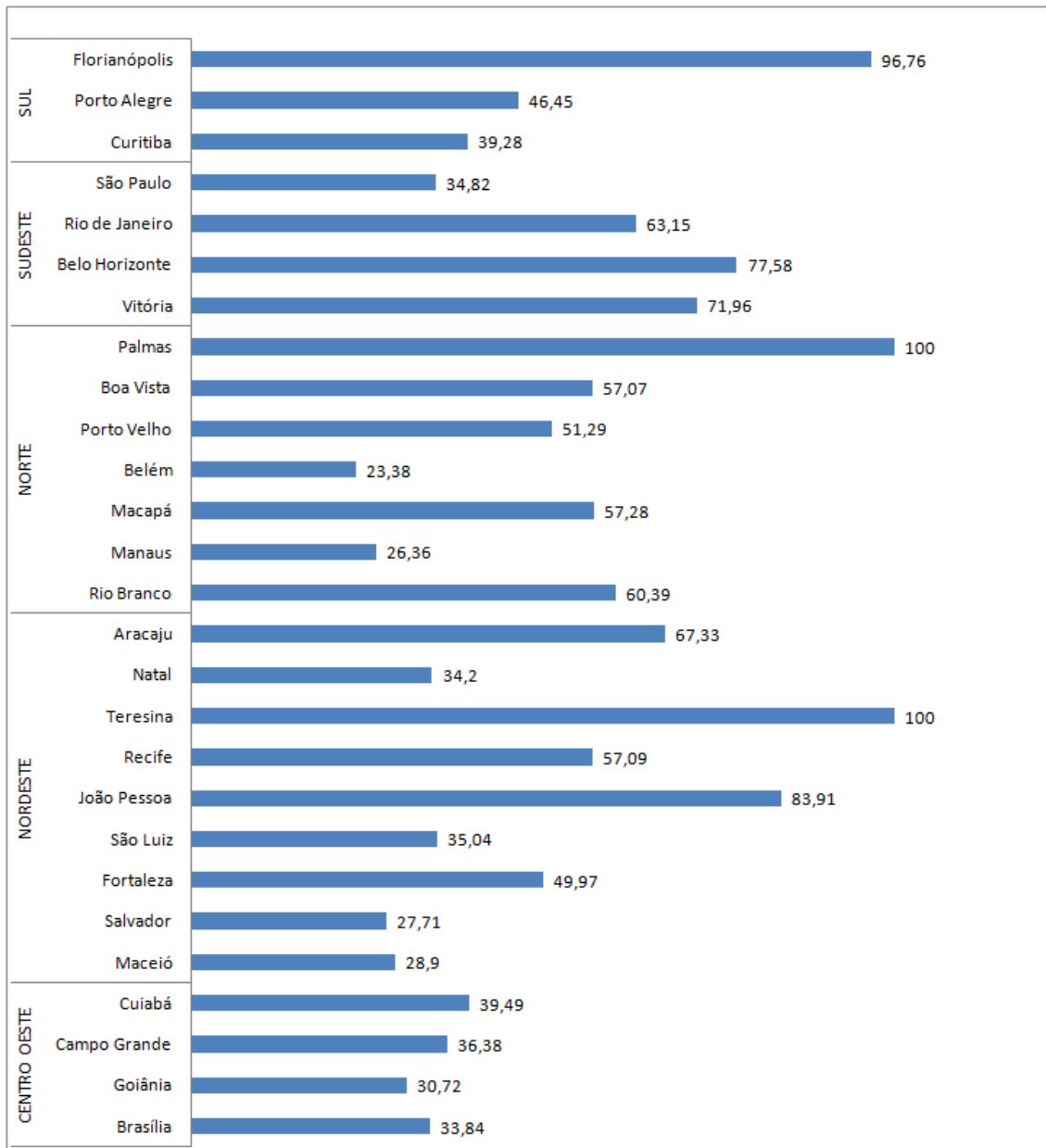
multifatoriais, com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

A Estratégia Saúde da Família - ESF visa à reorganização da Atenção Primária no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A Estratégia Saúde da Família é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal).

A Figura a seguir demonstra a cobertura de Equipes de Saúde da Família dentre as capitais do Brasil. Verifica-se que Palmas - TO, juntamente com Teresina-PI, encontra-se em primeiro lugar em termos de cobertura de ESF, ambas com 100%, representando um grande avanço para gestão e população no que diz respeito ao acesso às ações e serviços vinculados a essas equipes.

Cobertura das Equipes da Saúde da Família por capitais do Brasil, 2017.



Fonte: MS-DAB, agosto de 2017.

Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. A demora na procura pelo atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação meramente clínica.

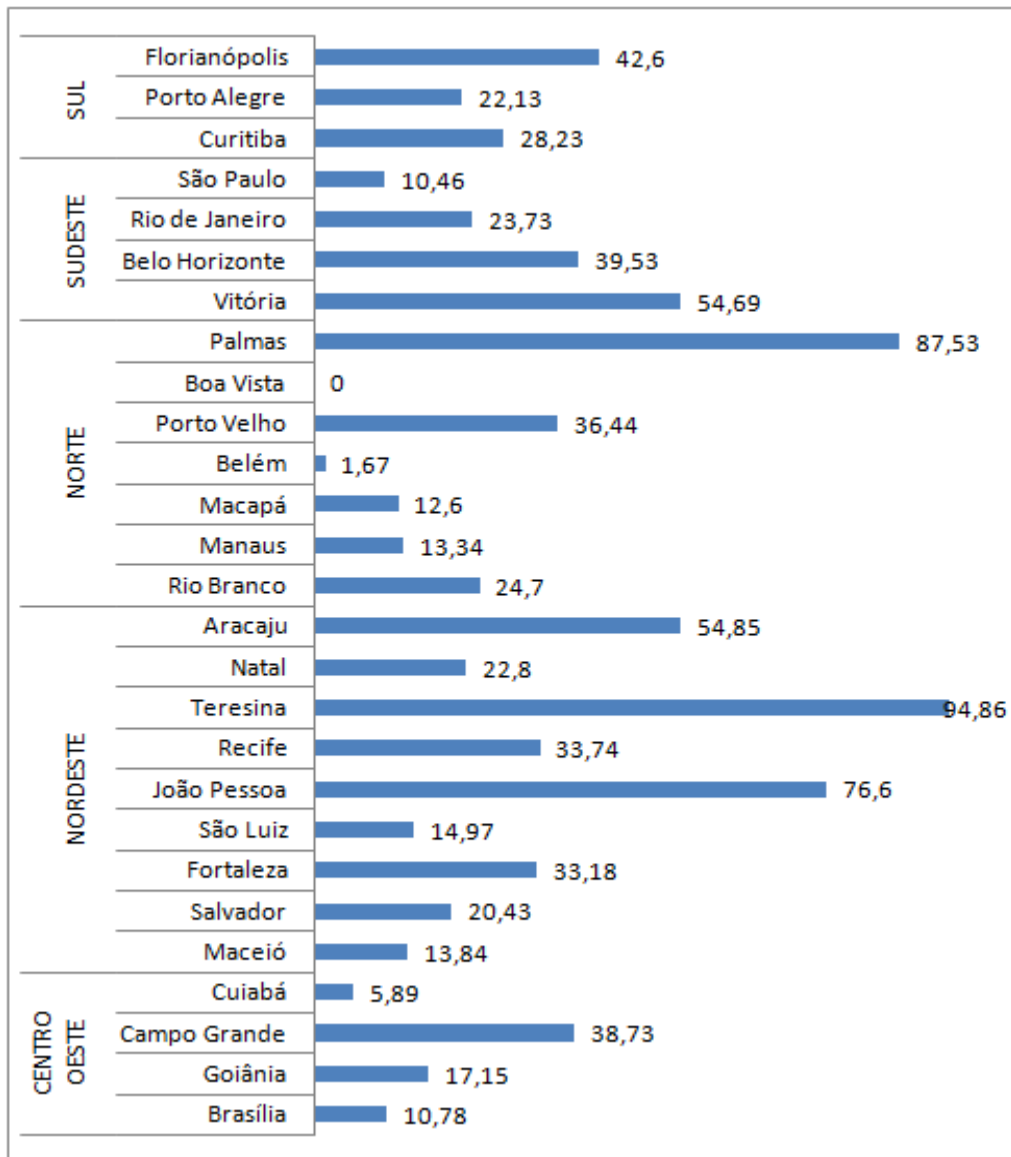
Para mudar este cenário, em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas que visam garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Seu principal objetivo é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltadas aos cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde.

As principais linhas de ação do programa são a reorganização da Atenção Primária em Saúde Bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família), e a ampliação e qualificação da Atenção Especializada.

A Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

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

Cobertura Populacional de Saúde Bucal por Região e capitais do Brasil, 2017.



Fonte: MS-DAB, 2017.

Percebe-se que, em relação à cobertura de Saúde Bucal, a cidade de Palmas-TO ocupa o 1º lugar dentre as capitais da região Norte. No entanto, a nível nacional, ocupa o 2º lugar, com 87,53% de cobertura, permanecendo atrás apenas de Teresina-PI.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF's foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.

Atualmente, regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as Equipes de Atenção Primária. O NASF não constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio matricial às equipes de saúde. Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento individual e compartilhado entre profissionais, tanto nos Centros de Saúde da Comunidade como nas visitas domiciliares, participação em ações coletivas, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos singulares e familiares, de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intra e intersectoriais, através de ações de articulações com CAPS, CRAS, Conselhos Tutelares, parceiros, escolas, creches e outros com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Em 2013, foram implantadas, em Palmas - TO, 03 equipes NASF, sendo uma na região norte, central e sul, compostas por psicólogos, nutricionistas, assistentes social, profissionais de educação física, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. Em julho de 2016 houve ampliação no número de equipes passando para 13, distribuídas nos 08 (oito) macro territórios de saúde. Com a ampliação das equipes foram agregados os profissionais pediatras e ginecologistas aos NASF's. Os profissionais estão distribuídos nos territórios de saúde considerando a população de referência e fatores que determinam a condição de saúde da mesma.

As equipes são compostas por profissionais de psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, enfermagem, educação física, fonoaudiologia, terapia ocupacional, médico pediatra e ginecologista, sendo profissionais efetivos do município, profissionais do Programa Palmas para Todos, assim como profissionais do Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família, Saúde Mental e Saúde Coletiva da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas - FESP.

A saúde pública passa por um longo processo de consolidação, sendo um dos grandes desafios a adequada qualificação de recursos humanos capacitados a

aplicar sua área de conhecimento, em diferentes níveis de complexidade. Dessa forma, o Programa de Residência Multiprofissional tem sido de fundamental importância para o NASF, tendo em vista que tem como propósito a qualificação dos profissionais atuantes na Atenção Primária, por meio da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A complexidade da atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família exige a constante reflexão e qualificação da prática no serviço. Dessa forma, entendemos que as ações de Educação Permanente proporcionarão ao NASF um espaço para reflexão crítica do apoio às Equipes de Saúde da Família, baseados na necessidade de compartilhar conhecimentos produzidos pelas vivências e reflexões sobre os modos de fazer o apoio matricial. Nessa perspectiva, é de fundamental importância a implementação de ações de educação permanente para todas as categorias profissionais do NASF a partir de um levantamento das necessidades educativas, com ênfase nas tecnologias de apoio (clínica ampliada, apoio matricial e Projeto Terapêutico Singular).

Outro fator importante a ser ressaltado é o Núcleo de Práticas Baseadas em Evidências Científicas - NUPEC, programa no qual os profissionais pediatras e ginecologistas que compõem os NASF estão inseridos, e que tem, dentre outros objetivos, a formação dos profissionais da Atenção Primária, a implantação de protocolos clínicos e a elaboração de linhas de cuidados, a fim de ampliar a resolutividade da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde.

Uma das diretrizes do NASF é desenvolver coletivamente ações que se integrem a outras políticas, como educação, esporte, cultura e desenvolvimento social, visando o fortalecimento e o desenvolvimento da intersetorialidade. Diante disso, uma das estratégias de enfrentamento dos problemas nos territórios está sendo garantir espaços para discussão através de reuniões intersetoriais locais com os equipamentos sociais com o objetivo de elaborar um plano integrado.

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, que encontra-se em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

Em Palmas - TO, a equipe de Consultório na Rua foi implantada no ano de 2016 e vem resolvendo demandas existentes das pessoas em situação de rua, fortalecendo o serviço com a Rede de Atenção à Saúde, fazendo com que estas, até então privadas de acessar os serviços, passem a ter a Atenção Primária como porta de entrada no Sistema Único de Saúde.

A equipe é composta de forma multiprofissional (médico, enfermeiro, dentista, assistente social, psicólogo, técnico em enfermagem e agente social) e itinerante, oferecendo atenção integral à saúde para a população em situação de rua. Além do cuidado direto, também atua como articulador da rede local, por compartilhar o cuidado de casos extremamente complexos, implicando assim os atores locais neste cuidado.

Algumas mudanças aconteceram no que diz respeito ao cenário de onde as pessoas em situação de rua estão concentradas, na região norte por exemplo, pois, devido a atos de violência, elas dispersaram, fazendo com que a equipe passasse a ter, como ponto de apoio para realização de abordagens, uma praça e não mais uma feira coberta, por exemplo, nessa região. A equipe passou a promover, sempre que possível, em suas abordagens, além dos atendimentos em saúde e atividades de promoção, outras ações, como oficinas de artes e confecções de cartazes.

Até o segundo quadrimestre de 2017, a equipe já havia realizado o cadastro de 125 pessoas, sendo acompanhadas através de abordagens semanais ou, no máximo, quinzenais, em pessoas em 26 pontos diferentes da cidade.

Considerando a necessidade de instituir ações voltadas a populações vulneráveis, o Projeto de Pesquisa e Extensão “Palmas para Todos” foi instituído por

meio da Portaria conjunta INST SEMUS/FESP Nº 12, de 24 de junho de 2016, sendo destinado ao desenvolvimento de atividades docente-assistenciais aplicadas à pesquisa operacional de campo nos territórios de vulnerabilidade social no município de Palmas - TO.

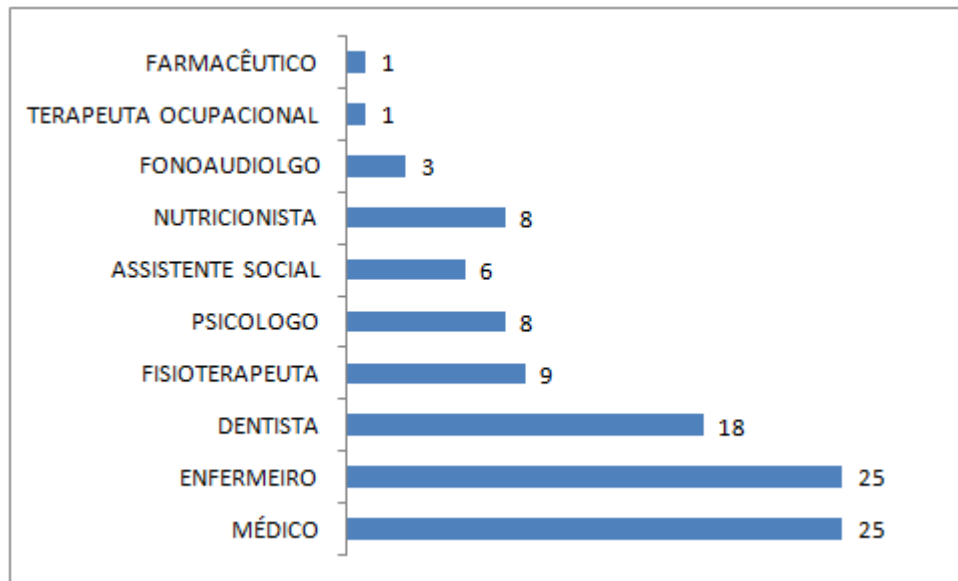
Sendo assim, foram definidos como territórios de vulnerabilidades e populações prioritárias, as populações das áreas com baixa cobertura assistencial da Atenção Primária; a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros; as áreas de extrema pobreza, ocupação urbana, rural, quilombolas; a população submetida às diversas formas de violência e discriminação social; a população em situação de rua; de zonas de meretrício, usuários de drogas ou substâncias psicoativas e as populações portadoras de necessidades especiais.

São objetivos do Projeto Palmas para Todos:

- ✓ Universalizar o acesso a populações vulneráveis às ações e serviços de saúde que visem a garantia da cidadania plena;
- ✓ Reduzir as iniquidades em saúde;
- ✓ Articular e desenhar uma rede de proteção, seguridade e desenvolvimento social;
- ✓ Promover redução de danos e busca ativa de pessoas em situação de vulnerabilidade.

Os profissionais deste projeto foram inseridos nas Equipes da Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Consultório na Rua, perfazendo um total de 104 integrantes.

Número de integrantes do Projeto Palmas para Todos - 2017.



Fonte: Coordenação do Projeto Palmas para Todos/SEMUS-Palmas, 2017.

Estes profissionais desenvolvem, no cenário de prática, o Plano Operacional de Pesquisa Aplicada ao SUS, buscando promover um diálogo entre as aprendizagens, as capacidades desenvolvidas através da vivência proporcionada pelo projeto ao qual estão inseridos e a transformação da realidade, considerando o campo de atuação do SUS. Essa estratégia de produção de conhecimento a partir da práxis - união da vivência, teoria e prática, possibilita a construção de novos conceitos e paradigmas, levando em conta as oportunidades, ameaças e as potenciais fortalezas que queremos utilizar para lidar com as situações que desafiam a produção de cuidado em saúde nos serviços e territórios de abrangência.

A Atenção a populações específicas - a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB orienta o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados com o objetivo de atuação dos profissionais dos Centros de Saúde, apresentando a Atenção Primária como um espaço privilegiado para o exercício de práticas de vigilância em saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde elegeu, em 2016, como ação prioritária, a organização da Rede de Atenção à Saúde e a integração da Atenção Primária e Vigilância em Saúde, tendo como propósito a reorganização dos processos de trabalho, de modo que os profissionais desenvolvam ações de vigilância nos espaços

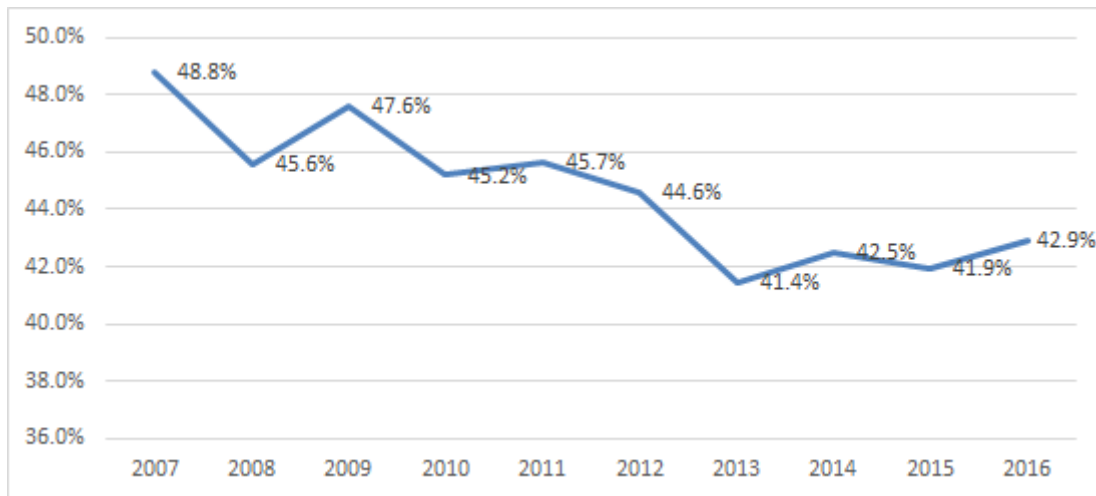
de Atenção Primária. O eixo orientador da proposta é a integralidade do cuidado, uma vez que propõe a implementação das políticas em saúde de forma integral, e não mais fragmentada por ciclos de vida ou áreas técnicas. Nesse contexto, o propósito fundamental é eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição de ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e programação local.

No período compreendido entre 2008 a junho de 2016, período que antecede a criação da RAVS, as políticas em saúde eram organizadas por ciclos de vida/áreas técnicas ou condições de saúde que não se articulavam entre si. Com a implantação da RAVS, buscou-se um planejamento compartilhado, construído através de espaços coletivos de discussão e decisão, sob uma nova forma de gestão, integrada e participativa.

Embora a nova estrutura da RAVS proponha o trabalho integrado das políticas em saúde, algumas áreas são consideradas prioritárias, como saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso e condições crônicas, e demandam maior atenção da gestão.

Em relação a alguns indicadores voltados à saúde da mulher, destacamos a “proporção de parto normal” e “mulheres com 7(sete) ou mais consultas de pré-natal”. Os indicadores relacionados à saúde da criança referem-se à Taxa de Mortalidade Infantil, descrito anteriormente.

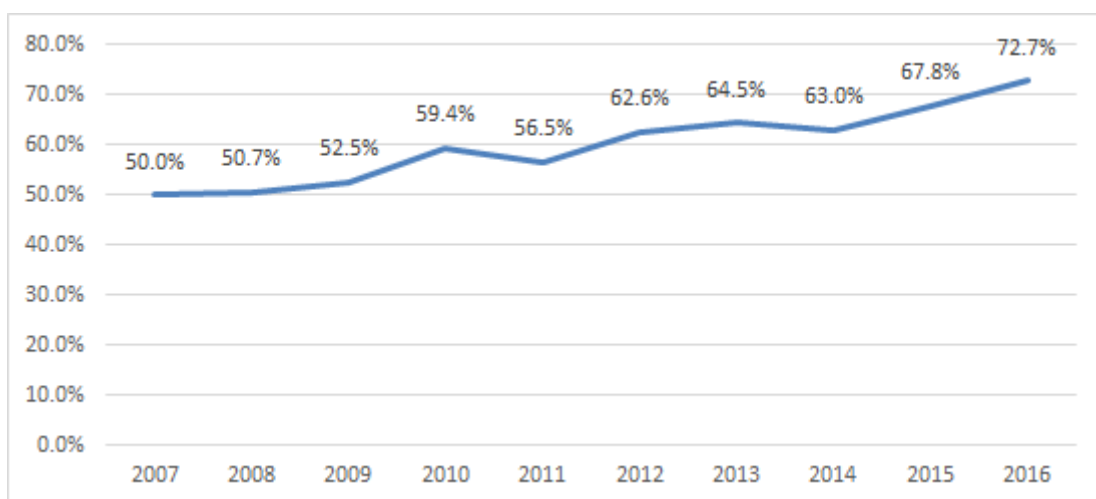
Proporção de Parto Normal, 2007-2016, Palmas - TO.



Fonte: SINASC, julho de 2017.

Vale ressaltar que o indicador representado na Figura a seguir, de mulheres com 7(sete) ou mais consultas, tem aumentado de forma constante desde o ano de 2007, no município. Salientamos que esse é um dos fatores que contribuem para a melhoria do acesso ao pré natal na rede pública, porém não é fator determinante da qualidade da assistência. Portanto, muitos são os desafios para os próximos anos relacionados à saúde materno infantil.

Mulheres com 7 ou mais consultas de pré-natal, 2007-2016, Palmas-TO.



Fonte: SINASC, julho de 2017.

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. A diminuição da taxa de natalidade e o declínio dos níveis gerais de mortalidade têm contribuído com o envelhecimento da população. Segundo dados do IBGE, em 40 anos, a população idosa vai triplicar no Brasil e passará de 19,6 milhões (10% da população brasileira), em 2010, para 66,5 milhões de pessoas, em 2050 (29,3%).

Palmas - TO é a mais nova capital do Brasil e, segundo o último censo do IBGE (2010), possui uma população de 228.332 habitantes, sendo que, desta, 4,4% é idosa. Por ser a capital mais nova da federação brasileira, tem uma população basicamente composta por adultos, economicamente ativos.

Considerando que a Atenção Primária é a coordenadora e ordenadora do cuidado em todos os ciclos de vida, com relação ao idoso, ela assume um papel extremamente relevante na estratificação de risco e, conseqüentemente, no reconhecimento daquele que necessita de atenção diferenciada. Diante disso, faz-se necessária a implantação da Caderneta da Pessoa Idosa com identificação do idoso vulnerável, a fim de garantir o cuidado de que ele necessita na rede de atenção, conforme o estrato de risco.

A Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, no ano de 2016, iniciou a implantação, na Atenção Primária, da Caderneta da Pessoa Idosa / 2104, a qual utiliza como instrumento de rastreio da vulnerabilidade funcional do idoso o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (Vulnerable Elders Survey – VES 13). Nesse contexto, a fragilidade dos idosos deve ser identificada precocemente pela equipe de saúde nos Centros de Saúde da Comunidade para que sejam possíveis a prevenção de incapacidade e a promoção de saúde, com ênfase na qualidade de vida no envelhecimento.

Desde junho de 2016, em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social, a equipe NASF Xambioá vem desenvolvendo atividades de promoção em saúde e prevenção de incapacidades à população idosa no Parque Municipal da Pessoa Idosa.

As demais políticas de saúde, como do homem, do adolescente e condições de saúde como hipertensos e diabéticos são implementadas, em Palmas-TO, de forma integral no cotidiano do trabalho, com prioridade para a promoção e prevenção de agravos.

Ao longo do ano de 2017, inúmeras formas organizativas foram configurando o respectivo modelo focado no aumento da capacidade de integração dos diversos pontos da atenção primária e secundária, ambos permeados com lógicas de vigilância em saúde e orientando-se pelo Modelo de Atenção a Condições Crônicas (MACC) e pelo Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

O MACC representa uma virada na forma e nas lógicas de cuidado aos pacientes do SUS. Vivemos uma transição demográfica e epidemiológica que fez prevalecer na sociedade o predomínio da tripla carga de doença ao concomitar a prevalência das causas externas, das doenças crônicas não transmissíveis e de doenças infecciosas ainda não eliminadas como a Hanseníase, Tuberculose, HIV, etc. Sendo assim, o modelo de saúde orientado para condições agudas, de predomínio infeccioso, centrado na atenção hospitalar construído a partir dos anos 70 e 80 no Brasil não é capaz de resolver as necessidades de saúde do nosso cotidiano.

O MACC passa a ser implantado em Palmas-TO por meio da organização simultânea de 4 (quatro) linhas de cuidado a saber Síndrome Metabólica, HIV/Hepatites, Hanseníase e Atenção Materno-infantil.

Também foi possível avançar no uso intensivo das tecnologias da informação e na ousadia de utilizar o Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC e-SUS-AB, em todos os pontos de atenção primária, estendendo o uso para os CAPS, UPA's e todos os demais pontos da atenção secundária em saúde. Desta forma a história clínica dos pacientes passa a ser compartilhada por toda a rede, permitindo um cuidado longitudinal e compartilhado.

Uma estratégia que fortaleceu esse processo foi à disponibilização de acesso ao aplicativo do Best Practice do British Medical Journal – BMJ, para todos os profissionais de nível superior que atuam na rede Municipal de Saúde de Palmas, fortalecendo a prática clínica baseada em evidências científicas.

Destacamos também o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - CIEVS como uma estratégia da Vigilância em Saúde para fortalecimento da capacidade de alerta e resposta do Sistema Único de Saúde frente às emergências em Saúde Pública.

Dentro de seu funcionamento, o CIEVS/Palmas desenvolve atividades de coordenação e apoio do manejo de crises agudas, atuando como um elemento facilitador na formulação de respostas rápidas e integradas em articulação intra e intersetorial. São objetivos do CIEVS:

- ✓ Articular equipes de apoio e de campo nos eventos emergenciais, monitorando eventos durante sua realização e pós realização;
- ✓ Disponibilizar protocolos e metodologias de epidemiologia de campo para os territórios, Prontos Atendimentos de Urgência e Emergência públicos e privados;
- ✓ Construir parcerias com outros órgãos que atuem em situações emergenciais, para tomada de decisões e organização de rotinas de serviço;
- ✓ Auxiliar os gestores na tomada de decisões, planejamento e organização das ações de contenção e controle.

O CIEVS é composto pela Unidade de Resposta Rápida (URR) e pela Unidade de Projetos Especiais.

A Unidade de Resposta Rápida objetiva apoiar e assessorar a Secretaria Municipal de Saúde através de suporte técnico, operacional e logístico nas situações inusitadas, surtos e emergências em saúde pública. Atua 24 horas/dia, por regime de plantão, com equipe técnica capacitada. Dispõe de insumos necessários para o processo de verificação e resposta às emergências em saúde pública, incluindo plantões presenciais e/ou sobreaviso.

A Unidade de Projetos Especiais é formada pelos Eventos de Massa (EM), que atua nas atividades coletivas de natureza cultural, esportiva, comercial, religiosa, social ou política, por tempo pré-determinado, com concentração ou fluxo excepcional de pessoas, de origem nacional ou internacional e que, segundo a avaliação das ameaças, das vulnerabilidades e dos riscos à saúde pública exijam a atuação coordenada de órgãos de saúde pública da gestão municipal, estadual e federal, e requer o fornecimento de serviços especiais de saúde, públicos ou privados; e pela *Saúde do Viajante*, que é o fluxo internacional e nacional de pessoas que aumenta cotidianamente e, com ele, o risco de transmissão de doenças entre habitantes de regiões diferentes.

Nesta lógica de rede, a atenção secundária em Saúde compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizada em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médicos e profissionais especializados centrados em pontos de atenção regionalizados.

Essa atenção contempla cirurgias ambulatoriais e pequenas cirurgias, procedimentos e ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatológica e cito patologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, endoscopias, fisioterapia e terapias especializadas.

As ações são desenvolvidas com objetivo de manter, fortalecer e estruturar os serviços ofertados, além de contribuir para a ampliação do acesso da população às consultas e exames de média e alta complexidade ambulatorial de forma regionalizada, resolutiva e qualificada, com base nas linhas de cuidado e com olhar voltado para o gerenciamento biomédico e comportamental que garanta de forma significativa a capacidade de prevenir e controlar com eficiência as condições crônicas como síndromes metabólicas, doenças cardiovasculares, HIV/AIDS e câncer, garantindo acesso qualificado em tempo oportuno e de qualidade na rede de atenção a saúde.

As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que, ao receberem tratamento eficiente, apoio ao autogerenciamento e seguimento regular, os pacientes apresentam melhoras. As evidências também demonstram que sistemas organizados de assistência (não apenas profissionais da saúde individualmente) são essenciais para produzir resultados positivos. Com base nesse pensamento o acesso às consultas e exames ofertados no município de Palmas é realizado através da regulação formativa, em que médicos especialistas qualificam as solicitações advindas da Atenção Primária. Para as unidades de saúde mental e urgência e emergência, o acesso é de demanda espontânea, ou seja, não é necessário encaminhamento.

A estrutura dos serviços ambulatoriais especializados existentes no município é referência regional e macrorregional e oferta atendimento nas diversas áreas especializadas inclusive para os municípios pactuados na PPI (Programação Pactuada Integrada).

As unidades de Atenção Secundária tem atendimento voltado a toda população do município de Palmas, porém considera-se o território de residência do paciente como referência para a marcação do local de consultas e exames conforme planilhas abaixo:

Território	Unidades
Javaé	Policlínica de Taquaralto Complexo de Atenção à Saúde- CAS
Karajás	CREFISUL e UPA Sul
Kraho	Centro de Especialidades Odontológicas CAPS II SAMU AMAS: Ambulatório Municipal de Atenção à Saúde
Xambioá	CAPS AD III

Apinajé	Núcleo de Assistência Henfil
Canela	UPA Norte

A Saúde Mental do município de Palmas – TO, busca o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme previsto na Portaria 3.088/2011. Os Centros de Atenção Psicossocial atuam conforme a Lei 10.216/2002, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sendo ordenadores da RAPS.

Dessa forma, a oferta de cuidado em saúde mental prevê a articulação dos CAPS com os demais equipamentos de saúde que compõem a RAPS, tanto da atenção primária (Centros de Saúde da Comunidade - CSC, Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, Consultório na Rua – CnR, por exemplo) quanto da atenção secundária (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e Unidade de Pronto Atendimento – UPA, por exemplo) e da atenção terciária (leitos de psiquiatria no Hospital Geral Público de Palmas – HGPP). Alguns processos se ocorrem de maneira transversal, como a assistência farmacêutica aos usuários integrantes da RAPS, por exemplo.

Os serviços dos CAPS's e da Atenção Primária à Saúde funcionam na modalidade “Portas Abertas” e prestam cuidados a todas as pessoas que procuram o serviço, ou seja, não é necessário nenhum tipo de encaminhamento prévio.

Os pontos funcionam de maneira interligada, ou seja, após a avaliação inicial do usuário por parte dos profissionais envolvidos e definição dos planos terapêuticos de maneira interdisciplinar, acontece a definição qual serviço atenderá melhor às necessidades de cada pessoa, seja no CSC's ou nos CAPS's. A avaliação é realizada de maneira periódica, para adequar as atividades que são ofertadas às necessidades de cada usuário, bem como sua evolução.

Nos casos de Saúde Mental trabalha-se com o perfil epidemiológico considerando os determinantes e a determinação social, ou seja, se torna muito

variável o número de casos, principalmente pela dificuldade cultural que as pessoas enfrentam em procurar apoio e tratamento nos casos de adoecimento psíquico.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II para pessoas com Transtornos Mentais, presta atendimento clínico em regime de atenção diária, acolhe e atende as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, com funcionamento das 07h às 18h de segunda a sexta-feira.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD III 24 horas presta atendimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, das 07 às 19 horas e atendimento 24h para os usuários já inseridos no serviço e que estejam em acolhimento noturno.

O trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial é pautado na lógica antimanicomial, prezando pela promoção e respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania.

O desenvolvimento de projetos de aperfeiçoamento técnico-pedagógico junto aos servidores de toda a rede se torna um objetivo, na elaboração de ações e propostas delineados a partir da educação pelo e para o trabalho na atenção à saúde mental, em todos os pontos da rede para garantir processos de trabalhos que estejam em consonância com os objetivos da RAPS e do SUS.

Há a necessidade da descentralização do acesso ao cuidado em saúde mental, pautado nos CAPS, para que o compartilhamento na rede aconteça de maneira equânime. Para isto, está se desenvolvendo a revisão dos planos de trabalho de cada CAPS, junto a discussão dos fluxos da RAPS, para estabelecer protocolos que permitam o cuidado em todos os níveis atenção.

A Rede de Urgência e Emergência busca sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade e tem como objetivo a qualificação o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Nesta linha de ações a gestão tem buscado implementar no âmbito municipal, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Urgência e Emergência/Rede de Urgência e Emergência, ações que permitam o atendimento eficaz, eficiente e com menor tempo possível para a população demandante de serviços de saúde em regime de urgência.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, é um programa que tem por objetivo socorrer a população nos casos de urgência e emergência em que o paciente tem risco de morte. O funcionamento do SAMU é de 24h, profissionais de saúde capacitados e que realizam qualquer atendimento de urgência em vias públicas, residências e atuam também nas transferências hospitalar. Este atendimento é feito por meio de chamada telefônica gratuita via 192, que imediatamente é atendida pelos TARM's da Central de Regulação onde identificam a situação de urgência e transfere para o médico regulador que faz um diagnóstico da situação e orienta quem fez a ligação sobre as primeiras ações até a chegada da ambulância.

A Central de Regulação das Urgências - CRU do SAMU de Palmas - TO, regula 08 bases descentralizadas localizadas na Unidade de Pronto Atendimento SUL, Unidade de Pronto Atendimento Norte, Central de Regulação, Lajeado, Miracema, Paraíso, Novo Acordo e Porto Nacional, além das bases descentralizadas de Lajeado que é referência para o município de Tocantínia e Miranorte referência para cidade de Miracema, totalizando uma população de aproximadamente 427 mil habitantes. As unidades móveis utilizadas pelo SAMU está dividida em duas categorias, a Unidade de Suporte Avançado - USA composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um condutor e Unidade de Suporte Básico - USB com a tripulação de um técnico de enfermagem e um condutor socorrista ao todo são 02 USA e 08 USB.

As unidades de pronto atendimento 24h são estruturas de complexidade intermediária entre os Centros de Saúde da Comunidade - CSC e a rede hospitalar, funcionam 24h por dia, todos os dias da semana e compõe uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos Tem

o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção primária ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

A UPA SUL está localizada na AV: Perimetral 02 nº 04 quadra 72/73, bairro Aurenny II, qualificada como porte III na Portaria GM 1.547 de 29 de Julho de 2013, teve seu prédio próprio inaugurado em 06/09/2012 com área construída é de 2.131,47 m² e estrutura física adequada à finalidade do serviço, conforme legislação vigente, com três classificações de risco, 08 consultórios médicos, 40 leitos (observação masculino 10, observação feminina 13, observação pediátrica 11, sala de emergência 04 e 02 leitos na retaguarda).

A UPA NORTE está localizada na 203 Norte, AV. LO 06 APM 02, habilitada como Porte II conforme Portaria GM 1.421 de 02 de junho de 2010, teve seu prédio próprio inaugurado em 20/05/2015 com área construída de 2.059,54 m² e estrutura física adequada à finalidade do serviço, conforme legislação vigente, com duas classificações de risco, 05 consultórios médicos, 28 leitos (08 na observação masculina, 07 na feminina e 06 na pediátrica, 05 leitos na sala de emergência e 02 leitos na retaguarda).

Os serviços ofertados nas UPAS são: clínica médica de urgência e emergência, clínica médica de traumatologia, odontologia, serviço social, atendimento de enfermagem, farmácia, exames laboratoriais, exames diagnósticos (RX e ECG) curativos de urgência, notificação de agravos, vacinas (anti-rábica), aerossol, pesquisa de BARR (escarro), suturas, raio-x.

Com o objetivo de apoiar a consolidação de Rede de Atenção às Urgências e promover programas de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde, o Núcleo de Educação em Urgência - NEU foi instituído pela Portaria municipal nº 276, de 12 de maio de 2014. A Educação Permanente tem como desafio estimular

o desenvolvimento de competências técnicas nos profissionais e visa torná-los autônomos no desenvolvimento de suas atribuições.

No âmbito da saúde, as atividades educativas são abordadas com base na concepção da educação permanente (EP) aderidas como política pública de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, de acordo com a Portaria GM/MS nº. 1.996 de 20 de agosto de 2007.

O NEU realiza capacitações como cursos de Atendimento Pré – Hospitalar Móvel e Fixo, Suporte Básico de Vida – BLS, Projeto Samuzinho nas escolas e nas empresas, aulas de primeiros socorros, Projeto Vovó Socorrista desenvolvido em parceria com a Universidade Federal do Tocantins - UFT, dentre outros projetos.

De forma transversal aos serviços de atenção primária e secundária, a Assistência Farmacêutica funciona conforme a Lei Federal nº 13.021/14O e a Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004 e envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional.

O gerenciamento, no que se refere aos medicamentos, é realizado por meio do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, o qual foi implementado a fim de otimizar o processo de aquisição, armazenamento e dispensação dos medicamentos para os usuários do SUS de Palmas. Os produtos são armazenados na CAF (Central de Abastecimento Farmacêutico), que conta com profissionais farmacêuticos habilitados para realizar o recebimento dos medicamentos e disponibilização destes para as unidades dispensadoras em tempo hábil para que não haja desabastecimento de nenhuma unidade.

Em atenção aos preceitos constitucionais do SUS, a SEMUS vislumbra a necessidade fundamental da localização de farmácias com infraestrutura física, recursos humanos e materiais que permitam a integração dos serviços e o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica de forma integral e eficiente,

permitindo a garantia da qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado e a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência à saúde.

Buscando a garantia e ampliação do acesso e equidade às ações de saúde, além da descentralização e qualificação dos serviços, a gestão municipal tem como meta a implantação da farmácia clínica nos NASF's. Através das ações da farmácia clínica, o farmacêutico estabelece e conduz uma relação de cuidado centrada no paciente, além de desenvolver, em colaboração com os demais profissionais da equipe de saúde, ações para promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. A partir disso, a participação do profissional no planejamento e na avaliação da farmacoterapia, para que o paciente utilize de forma segura os medicamentos de que necessita, nas doses, frequência, horários, vias de administração e duração adequados, contribui para que o mesmo tenha condições de realizar o tratamento e alcançar os objetivos terapêuticos.

Os Laboratórios de Saúde Pública - LSP são as unidades de prestação de serviços que têm como atividade básica a execução de exames laboratoriais para identificação de agentes etiológicos de determinados quadros nosológicos, o monitoramento de ações de controle sanitário e a participação em inquéritos epidemiológicos. Outras atividades de importância são a padronização de métodos e técnicas de diagnóstico e a supervisão e treinamento de recursos humanos.

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde, os Laboratórios de Saúde Pública foram organizados de forma hierarquizada, segundo os níveis de complexidade das ações desenvolvidas em sua concepção original, com a finalidade de desenvolver atividades laboratoriais pertinentes à Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador.

Atualmente, o Laboratório Municipal de Palmas - TO oferece exames para o diagnóstico de doenças de interesse sanitário/epidemiológico como sorologia para Dengue, Zika (teste rápido), Leishmaniose Canina, Leishmaniose Visceral Humana

(LVH), Leishmaniose Tegumentar Americana (LTH), Teste Rápido para LVH, teste para LTH (Raspado na Lesão), Pesquisa de Baar Linfa (Hanseníase), Pesquisa de Baar Escarro (Tuberculose), Cultura de Escarro, Chagas, Malária, Rubéola, Febre Amarela, Febre Maculosa, Brucelose, Sarampo e Reação de Montenegro.

O mesmo conta com profissionais de nível superior em biomedicina (nove), além de profissionais técnicos em laboratório (três), técnico de enfermagem (um), assistente administrativo (um), auxiliar de serviços gerais (um), coordenador administrativo (um) e administrador (um).

Para atender ao princípio da facilidade de acesso do usuário, a coleta da grande maioria das amostras é descentralizada, sendo feitas nos Centros de Saúde da Comunidade e Pronto Atendimentos Sul e Norte (portas de entradas do SUS), na Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses (amostras caninas) e oriundas de laboratórios terceirizados. Entretanto, várias coletas, como raspado de lesão e linfa são coletadas no próprio laboratório municipal. O Laboratório Municipal de Saúde, ao coletar ou receber as amostras, realiza uma triagem, e as viáveis são processadas para a realização dos exames, liberação dos resultados e emissão de laudos.

A Secretaria Municipal de Saúde está em fase de estruturação do Laboratório Municipal para realização de análises clínicas buscando atender a demanda dos CSC's e Centros de Especialidades, atualmente realizado por prestadores terceirizados. O mesmo irá atender, a princípio, 4 (quatro) territórios de saúde, o que corresponde a 50% da demanda total de análises clínicas do município. Também será absorvido 50% da demanda de citologias. O laboratório de citologia funcionará no CSC 1304 Sul.

Encontra-se em fase de desenvolvimento o Projeto para implantação do Complexo Laboratorial de Média e Alta Complexidade e Vigilância em Saúde, no município, onde pretende-se centralizar todas as análises laboratoriais da rede de saúde pública, incluindo aquelas realizadas nos laboratórios de entomologia e de

monitoramento da qualidade da água para consumo humano, possibilitando a criação de um centro de pesquisas laboratoriais de interesse à saúde.

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

Nesse sentido, busca-se inserir o conceito de gerenciamento do risco sanitário, como instrumento de produção e segurança sanitária nas atividades comerciais que existem em Palmas. A inclusão destes conceitos envolvendo a Vigilância Sanitária tem por objetivo atuar de forma integrada com os setores da atenção do cuidado de saúde, a consolidação de ações de monitoramento e a utilização de estratégias de educação sanitária e de assessoramento sanitário para resolução de problemas no território, além de realizar o conjunto de ações para diminuir e prevenir riscos à saúde, e manter a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente da população e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Desta maneira, as ações que envolvem os processos de licenciamento dos estabelecimentos de interesse sanitário vêm evoluindo e incluindo a categorização do risco sanitário em baixo e alto risco, da classificação de atividades prioritárias para monitoramento e atuação sanitária, das atividades de autoavaliação e auto declaração com vistas a agilizar o processo e desafogar a demanda. O ponto mais importante é que essas atividades são de interesse de regulação porque, direta ou indiretamente, podem produzir danos à saúde da mesma. Da mesma maneira, podem manter diferentes complexidades e níveis de risco sanitário, por isso são catalogadas e reguladas de acordo com suas especificidades.

A estrutura da vigilância sanitária coordena os trabalhos e realiza as ações sob a organização de uma Gerência, três Coordenações, e uma Assessoria Jurídica, além do setor administrativo. As coordenações são de Produtos e Serviços de Saúde, Produtos e Serviços de interesse da Saúde e Produtos e Serviços de Alimentos. No setor de Assessoria Jurídica está mantido também o setor de contencioso e a Assessoria Normativa Sanitária.

O Núcleo de Educação em Vigilância Sanitária - NEVS desempenha diversas atividades, sendo que está realizada a sua institucionalização. A proposta de construção do setor envolve a criação dos núcleos de segurança do paciente, da alimentação da ambiência, além do fortalecimento da educação sanitária no município.

Da mesma maneira, seguimos realizando eventos de educação sanitária na cidade aproveitando as datas comemorativas, e oportunidades de estarmos nos ambientes de interesse produzindo conhecimento sobre os riscos sanitários e as formas de gerenciamento para eliminação ou minimização de danos. Dentre os cursos realizados, destacamos:

- ✓ Curso de Boas Práticas em Serviços de Alimentação para Microempreendedor Individual, frente à exigência legal para obtenção do alvará sanitário na prevenção em saúde pública. Uma das atividades instituídas e que produz efeito direto na segurança alimentar da população é a interação da Vigilância Sanitária com os serviços de alimentação, em parceria com a saúde do trabalhador e SEBRAE. A realização constante destes cursos tem como objetivo capacitar, apoiar e auxiliar os manipuladores de alimentos a aperfeiçoarem o controle sobre requisitos na categorização dos alimentos, reduzindo assim as doenças associados ao consumo;
- ✓ Curso de Boas Práticas Sanitárias para Estabelecimentos da Beleza, e Cuidados Sanitários em Estabelecimentos de

Alimentação para o Microempreendedor Individual, frente à Exigência Legal para obtenção do Alvará Sanitário. O curso é direcionado ao proprietário de Microempreendedor Individual-MEI com atividades ligadas a estética e beleza. O curso objetiva capacitar, apoiar e auxiliar os profissionais da beleza a reconhecerem cuidados necessários, estabelecer requisitos de controle nos procedimentos para gerenciamento do risco sanitário e aperfeiçoarem suas práticas observando regras sanitárias e ocupacionais reduzindo assim as doenças associados ao serviço e outros danos sanitários.

- ✓ Curso em Boas Práticas de Manipulação de Alimentos nas Escolas da Rede de Ensino de Palmas-TO, com o objetivo de capacitar as equipes de diretores, coordenadores e merendeiras das escolas da rede municipal e estadual a estabelecer procedimentos de boas práticas para os serviços de merenda escolar, a fim de garantir as condições higiênico-sanitárias do alimento preparado.

Desse modo, as diferentes formas de atuação da Vigilância Sanitária se traduzem em várias ações que envolvem inspeção, fiscalização de rotina, educação, apreensão, assessoria técnica, produção de material técnico e a participação em diferentes eventos científicos e de outras diversas naturezas.

Nas Tabelas abaixo, destacamos o panorama histórico das ações realizadas pela VISA durante o período de 2014 a 2016, e que tem garantido níveis consideráveis de segurança sanitária no território de Palmas-TO. Pode ser observado que os valores financeiros arrecadados tem crescido de maneira geral nos últimos anos, reflexo direto do aumento de estabelecimentos que a Vigilância tem atingido com a busca ativa e a melhoria dos processos de trabalho. Da mesma maneira pode-

se perceber a inclusão de mais atividade como avaliação de projetos, processos administrativos que estão crescendo em quantidade resultados diretos das melhorias no setor.

Nesse contexto, a inclusão da informatização e virtualização dos processos irá permitir aumento na velocidade na computação dos dados estatísticos, agilidade na execução dos processos remetendo a diminuição nos tempo de espera e geração de relatórios de gestão em tempo real, para alimentar o processo de monitoramento contribuindo ainda mais na ampliação destes valores e ampliando a segurança sanitária no território principalmente para as atividades comerciais reguladas pelo setor.

Panorama histórico financeiro das ações de VISA de 2014 a 2016.

Atividades	2014 (R\$)	2015 (R\$)	2016 (R\$)
Licença Sanitária	1.112.130,83	1.122.621,61	1.247.077,25
Licenças Sanitárias Precárias	4.122,11	72.775,89	37.954,47
Licença Sanitária Para Eventos	5.690,05	23.343,47	25.197,25
Autorização Provisória	99,60	5.975,97	929,00
Reimpressão de Alvará	551,00	1.003,80	1.051,00
Análise de Projetos	14.248,05	18.200,70	15.547,40
Abertura de Livros	1.307,25	1.590,00	788,40
Parecer Técnico	1.070,60	2.883,00	1.649,80
Visita Técnica e Extra	1.294,80	1.417,75	1.547,60
Desinterdição de Equipamentos	37,35	212,00	43,80
Desinterdição de Estabelecimentos	2.838,60	3.286,00	905,20
Baixa de Responsável Técnico	74,70	0,00	29,20
Multas	3.773,35	9.667,00	4.028,55

Fonte: SEFIN 1.0 – W.G.S – PRODATA INFORM. LTDA, 2016.

Panorama da produção da Vigilância Sanitária de 2014 a 2016.

Descrição do processo de trabalho na VISA	Quantidade produzida em 2014	Quantidade produzida em 2015	Quantidade produzida em 2016
Alvarás emitidos	1947	2384	2530
Análise de Projetos	348	307	193
Processos Administrativos Sanitários Instaurados	177	300	227
Processos Administrativos Sanitários Julgados	68	229	267
Denúncias Atendidas	135	167	101

Fonte: SEFIN 1.0 – W.G.S – PRODATA INFORM. LTDA e Relatório de Gestão da VISA, 2016.

Visando a construção de um sistema de vigilância integral e que acompanhe as demandas existentes no território para expandir as ações de integração de controle sanitário e as de promoção, monitoramento e prevenção voltadas à Saúde Ocupacional e à Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho, bem como ao monitoramento de indicadores de poluição e de liberação de produtos no ambiente, foram incorporadas, no ano primeiro semestre de 2017, à Gerência de Vigilância Sanitária, a Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Vigilância em Saúde Ambiental, descritas a seguir.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT compreende um conjunto de ações e práticas que envolvem desde a vigilância sobre os agravos relacionados ao trabalho, intervenções sobre fatores de risco, ambientes e processos de trabalho, compreendendo ações de vigilância sanitária, até as ações relativas ao acompanhamento de indicadores, para fins de avaliação da situação de saúde e articulação de ações de promoção da saúde e de prevenção de riscos. Sendo assim, as ações de vigilância em processos de trabalho são realizadas em parceria com a Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde Ambiental, e as ações de vigilância dos agravos relacionados ao trabalho estão inseridas no setor de epidemiologia.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Regional de Palmas, foi desabilitado no ano de 2014, por meio da Resolução do CMS nº 14, de 23 de Julho de 2014, e da Resolução da CIB nº 212, de 11 de Setembro de 2014, criando-se o *Núcleo de Vigilância em Saúde do Trabalhador*, no município de Palmas-TO, mantendo-se a equipe para atuação nesta área. Lembramos que, naquele momento, o CEREST Regional de Palmas abrangia um território de 75 municípios, divididos em cinco regiões de saúde, o que comprometia a efetividade da implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT no território de abrangência, pela amplitude do mesmo, no que diz respeito à gestão municipal e encargos financeiros.

No entanto, mesmo com a desabilitação do CEREST Regional, em 2014, as *ações referentes à saúde do trabalhador (a) tiveram continuidade, na esfera municipal*, voltadas tanto aos fatores de risco, ambiente e processos de trabalho como à investigação dos agravos relacionados ao trabalho e de interesse epidemiológico, como as capacitações *in loco* e apoio matricial relativo à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e aos agravos de notificação compulsória de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico - ATEMB e Acidente de Trabalho Grave - ATG, identificação do perfil da população trabalhadora nos territórios de saúde, e a realização de ações de promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores.

A Vigilância em Saúde Ambiental consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. É também de responsabilidade da VSA os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana, associados a contaminantes ambientais, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo.

No Município de Palmas – TO, a Vigilância em Saúde Ambiental teve sua criação a partir da Lei nº 1.416 de 29 de dezembro de 2005, passando a realizar um trabalho de vigilância a partir de três programas: VIGIÁGUA, VIGIAR e VIGISOLO.

Com sua reestruturação a nível nacional, a VSA também sofreu alterações em seu organograma, agregando novos programas e readequando os já existentes, passando a contar com os seguintes programas: VIGIPEQ – incorporando os programas VIGIAR, VIGISOLO e VIGIQUIM – VIGIÁGUA e VIGIDESASTRES – incorporando os Desastres de Origem Natural, VIGIFIS, VIGIAPP e Mudanças Climáticas.

No conjunto dos determinantes sociais de saúde, destaca-se, inicialmente, o saneamento, cujo objetivo é alcançar salubridade ambiental para proteger e melhorar as condições de vida urbana e rural. Essa salubridade é alcançada por meio de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos, que inclui coleta e disposição sanitária adequada, manejo de águas pluviais, promoção da disciplina sanitária de uso do solo e demais serviços e obras especializadas.

Tal apontamento evidencia a evolução do trabalho da Vigilância em Saúde Ambiental, especialmente à Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIÁGUA no município de Palmas - TO, onde, no ano de 2017, segundo dados oriundos do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISÁGUA, 97% da população é atendida pelo sistema público de abastecimento.

Outro fator que merece destaque é o cumprimento da meta estabelecida no Plano Municipal de Saúde – PMS, vigência 2014-2017, a qual objetivava manter em 100% a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, os quais foram superiores em até 49,63% da meta pactuada.

Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

Data: 25/08/2017

Hora: 09:25:34

Cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem - Parâmetros Básicos

Quantitativo de amostras analisadas pela Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

 Abrangência: TO - PALMAS
 Código IBGE: 172100
 População: 279.856
 Período: 2014 a 2017

Parâmetro	Quantitativo mínimo de análises ¹		Número de amostras analisadas e percentual de cumprimento de diretriz nacional do plano de amostragem				TOTAL NO PERÍODO
	Anual	Total no período	2014	2015	2016	2017	
Turbidez	408	1632	714 175,00%	664 162,75%	672 164,71%	391 95,83%	2.441 149,57%
Coliformes Totais/E. coli	408	1632	714 175,00%	664 162,75%	672 164,71%	392 96,08%	2.442 149,63%
Fluoreto	156	624	-	11 7,05%	267 171,15%	238 152,56%	516 82,69%
Residual Desinfetante *	408	1632	706 173,04%	602 147,55%	626 153,43%	366 89,71%	2.300 140,93%

Fonte: Fonte: SIS-AGUA/MS, 2017.

No ano de 2012, os desastres naturais tiveram, mais uma vez, um impacto significativo na sociedade brasileira. No Brasil, oficialmente, foi relatada a ocorrência de 376 desastres naturais, os quais causaram 93 óbitos e afetaram quase 17 milhões de pessoas. A região Norte registrou o maior número de danos humanos, incluindo, nesta classificação, óbitos, feridos, enfermos, desabrigados, desalojados e desaparecidos.

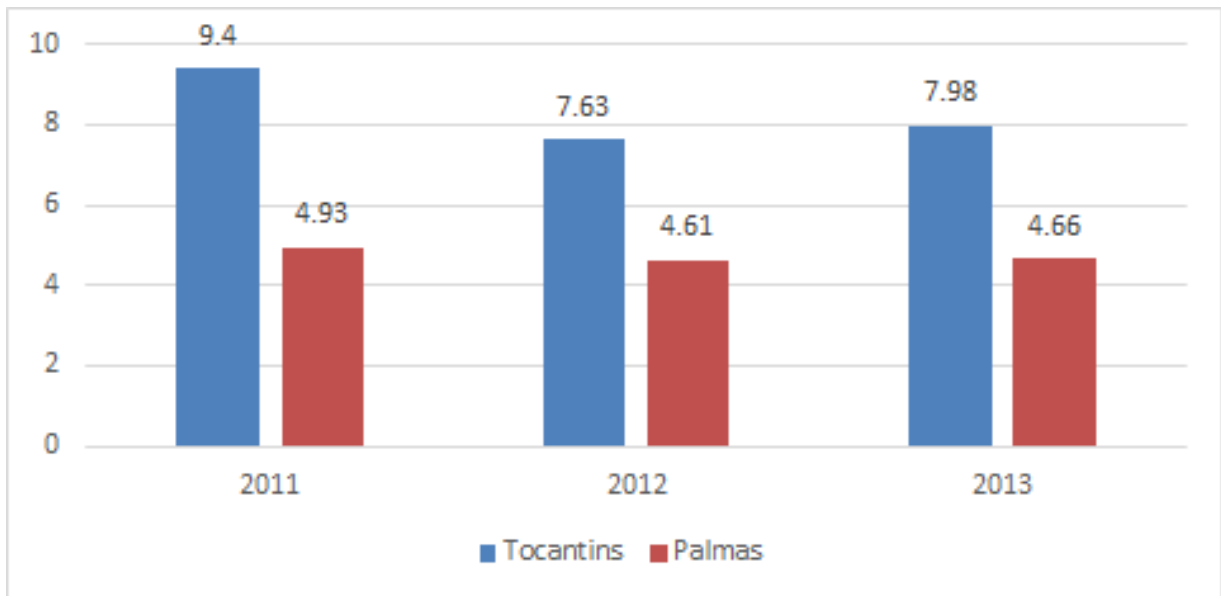
Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, em 2012, estima-se em 7 milhões o número de mortes causadas por problemas decorrentes da poluição no mundo: 3,6 milhões devido à poluição do ar externa e 3,4 milhões decorrentes da poluição intradomiciliar, representando uma em cada oito mortes no mundo.

No Brasil, a poluição atmosférica nos centros urbanos resulta, principalmente, de atividades industriais e da frota veicular. Na zona rural, resulta principalmente de queimadas em plantações; e nas regiões da Amazônia e do Planalto Central, resulta de atividades primárias recorrente do desmatamento seguido por queimadas que trazem sérias consequências para o equilíbrio do ecossistema e das populações.

No Tocantins, as queimadas são a principal fonte de poluição atmosférica e, no período de 2011 a 2013, a média da taxa de Internações Hospitalares por doenças respiratórias foi de 8,33 para cada 1.000 habitantes, enquanto que, na capital Palmas-TO, no mesmo período, foi de 4,73. Esta redução, em grande parte, deve-se ao trabalho de prevenção às queimadas urbanas realizado, por meio da educação

ambiental do programa VIGIAR, bem como da atuação da brigada de combate a incêndios.

Taxa de internações por doenças respiratórias, comparativa entre o Estado do Tocantins e Palmas - TO, no período de 2011 a 2013.



Fonte: Sistema de Internações Hospitalares - SIH, 2017.

Outro fator importante refere-se ao uso intenso de agrotóxicos na agricultura. De 2002 a 2012, o mercado mundial de agrotóxicos cresceu 93%. Comparativamente, o mercado brasileiro cresceu 190%. Para mensurar o uso dos agrotóxicos e suas implicações na saúde humana, Palmas - TO elaborou, em 2014, o Plano Municipal de Vigilância em Saúde de Populações Potencialmente Expostas a Agrotóxicos.

O município realiza, dentre outras ações, semestralmente, coletas de amostras de água para análises de presença e quantificação de resíduos de agrotóxicos em áreas cadastradas no Programa VIGIÁGUA. Das análises realizadas, no período de 2014 a 2016, 100% das substâncias químicas residuais de agrotóxicos apresentaram-se dentro do padrão, conforme portaria 2914/11 do MS.

Também consiste um ponto de acesso a rede a Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses – UVCZ que tem como objetivo prevenir doenças e promover a saúde e bem estar da população humana, evitando-lhe danos, incômodos e patologias causadas por animais, através das ações de Vigilância em Saúde.

Para o monitoramento e vigilância da Leishmaniose Visceral realiza-se o inquérito canino em 100% dos cães nas áreas de transmissão intensa, moderada e esporádica da Leishmaniose Visceral Humana - LVH, com o objetivo de identificar os cães infectados para realizar medidas de controle a doença, preconizadas pelo Ministério da Saúde, como a eutanásia, como também avaliar a prevalência. Também realiza-se a vigilância canina em 50% dos cães nas áreas de transmissão silenciosa da LVH, o controle populacional de cães e gatos através da castração e a pesquisa entomológica em 10% das áreas silenciosas para Leishmaniose Visceral.

De forma a contribuir com o controle das zoonoses que tem os cães e gatos como reservatório, realiza-se o controle populacional destes animais através de procedimentos cirúrgicos veterinários, orquiectomia e ovariosalpingohisterectomia. Ao evitar a reprodução desordenada, reduz-se o número de reservatórios e, conseqüentemente, minimiza-se a ocorrência de zoonoses. No município, foi estipulada a meta mensal de 86 agendamentos para castração. A disponibilização desse serviço é feito pelo site da prefeitura de Palmas www.palmas.to.gov.br/castracao. Também há a promoção da vacinação antirrábica para cães e gatos de forma contínua na unidade, com um período de campanha estipulado pelo Ministério da Saúde com metas a se alcançar.

Além disso, são realizadas coletas de fragmentos de Sistema Nervoso Central de cães e gatos, preferencialmente suspeitos - com sinais e sintomas clínicos da LV, e posterior envio ao Laboratório Central do Estado do Tocantins - LACEN, para obtenção de diagnóstico através de Imunofluorescência Direta, conforme recomenda o Ministério da Saúde que estipula uma meta anual de 0,2%, que é de 40 coletas de amostras.

Também são realizadas ações de prevenção e controle do *Aedes aegypti* como visitas domiciliares dos imóveis de Palmas; ingresso forçado nos imóveis fechados/abandonados; visitas aos imóveis de imobiliárias; atendimento às solicitações da comunidade; ações de educação em saúde em escolas, empresas

privadas e órgãos públicos; visitas a pontos estratégicos que podem apresentar condições favoráveis à proliferação do *Aedes aegypti*, tais como: cemitérios, floriculturas, indústrias, borracharias, hortas, dentre outros. Em Palmas-TO, dispomos de 266 pontos estratégicos, de acordo com o último levantamento, que são inspecionados a cada 15 dias.

A Entomologia realiza coletas de insetos vetores de doenças e outros artrópodes de interesse médico-veterinário com enfoque para controle, conhecimento da biologia, morfologia, ecologia, além de realizar palestras educativas para atender as demandas de agravos prioritários da saúde do município.

As demandas com acidente com animais peçonhentos também são atendidas através de busca ativa e orientação da população. Outro programa atendido é o de Doença de Chagas, no qual os Agentes de Combate à Endemias, na área rural do município, visitam 100% do número de casas preconizadas pelo Plano Estadual de Combate à Doença de Chagas, levando à população orientação e realizando à busca ativa dos Triatomíneos.

Dentre os principais desafios para os próximos anos, destacamos cobrir 100% das áreas domiciliares dos imóveis do município com ACE, e ampliar e estruturar a Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses para atender o aumento e inclusão de novas demandas.

6

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Do Conselho Municipal de Saúde e da
Conferência Municipal de Saúde

“Se quiser derrubar uma árvore na metade do tempo, passe o dobro do tempo amolando o machado”.

Provérbio chinês

O Conselho Municipal da Saúde – CMS é um órgão colegiado do Sistema Único de Saúde, com funções deliberativas, fiscalizadoras e consultivas, tendo como objetivo básico a formulação e proposição de estratégias e controle da execução das políticas de saúde do Município, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo Prefeito. Para isso o Conselho deve planejar e fiscalizar a alocação de recursos aplicados no setor de saúde no nível municipal, garantindo a universalidade da assistência à saúde; fiscalizar os órgãos públicos de prestação de serviços de saúde no sentido de que proporcionem uma atenção integral à saúde e um desempenho com resolutividade satisfatória; integrar os esforços de entidades afins com o intuito de evitar a diluição de recursos e trabalho na área da saúde.

É composto de um plenário com caráter deliberativo, cujos componentes são representantes da Gestão Municipal, prestadores de serviços e representantes dos usuários. Cada Grupo terá obrigatoriamente a representatividade de 50% (cinquenta por cento) dos membros e se reunirá a cada 30 dias em caráter ordinário e extraordinariamente, quando convocado pelo Presidente ou pelo Secretário Municipal.

O Conselho reúne-se mensalmente em reuniões ordinárias tendo como responsabilidade discutir as questões de saúde no município, avaliar os gastos em saúde e a qualidade da assistência prestada.

Com objetivo de qualificar a participação popular têm sido promovidos no município cursos de capacitação de conselheiros e de lideranças comunitárias bem como viabilizado a participação de representantes em eventos de importância para o desenvolvimento da participação popular no SUS.

A conferência municipal de saúde é um dos espaços de discussão e controle social com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Em 25 e 26 de junho de 2015, foi realizada a 10ª Conferência Municipal de Saúde de Palmas. Segue abaixo o relatório final desta Conferência, o qual consta também as propostas deliberadas na plenária final.

A 10ª Conferência Municipal de Saúde de Palmas foi convocada pelo Decreto Municipal nº 1.019, de 6 de maio de 2015, e realizada nos dias 25 e 26 de junho de 2015, nas dependências da Universidade Federal do Tocantins - auditório CUICA, ela que teve como tema: “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: Direito do Povo Brasileiro”. A 10ª CMS é o produto do trabalho coletivo, construído em três momentos: reuniões de mobilização com a comunidade e grupos sociais específicos, Pré Conferências Regionais (regiões Norte, Sul I, Sul II e Central) e a Conferência. Na etapa das Pré Conferências foram mobilizadas 236 pessoas, distribuídas da seguinte forma: 63 pessoas - Região Norte, 50 pessoas - Região Sul, 61 pessoas - Região Sul II e 62 pessoas - Região Central, que discutiram e propuseram de acordo com sua realidade local.

A 10ª CMS contou com a participação de convidados e representantes dos seguintes segmentos: 105 Trabalhadores de Saúde, 55 Usuários e 43 Gestores, totalizando 203 participantes.

Os debates temáticos, divididas a partir dos seguintes eixos:

- ✓ Sala 1: Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade;
- ✓ Sala 2: Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS;
- ✓ Sala 3: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; Financiamento do SUS e Relação Público-Privado;
- ✓ Sala 4: Reformas Democráticas e Populares do Estado e Participação Social.
- ✓ Os eixos foram discutidos nos 04 (quatro) grupos de trabalho,

compostos paritariamente e foram conduzidos por um(a) coordenador(a) e um(a) secretário(a), eleitos pelo grupo e tiveram a participação de expositores, indicados pela Comissão Organizadora.

Os 04 (quatro) Grupos deliberaram sobre o Relatório Consolidado das Etapas Locais, organizado em Planilha individual por grupo, sendo as propostas discutidas, alteradas e/ou consolidadas e aprovadas para deliberação na Plenária Final.

Propostas aprovadas, por eixo:

Eixo I – Direito à Saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade:

- ✓ Promover ações de humanização, promoção e educação em saúde a partir da realidade social dos serviços e territórios abrangidos;
- ✓ Qualificar o processo de acolhimento e classificação de risco, nas redes de atenção a saúde, de forma articulada, garantindo a resolutividade dos serviços de saúde;
- ✓ Discutir a insuficiência de oferta de especialistas na Conferência Nacional, visto que tal problema se configura como realidade nacional;
- ✓ Garantir transporte sanitário para facilitar o acesso dos usuários aos serviços;
- ✓ Garantir o reconhecimento da equipe multiprofissional por parte das empresas, a fim de garantir a qualidade da saúde do trabalhador, responsabilizando as empresas que não aceitarem as declarações de comparecimento para o tratamento e reabilitação;
- ✓ Implementar o serviço de atendimento domiciliar no Estado do Tocantins, de acordo com o Programa “Melhor em Casa” e não apenas para egressos da atenção hospitalar;
- ✓ Garantir cobertura das Equipes de Saúde da família, Saúde bucal e NASF com implantação de novas equipes, construção de novas

unidades, reforma e ampliação das existentes, conforme necessidade, de acordo com o crescimento populacional, legislação vigente, levando em consideração a viabilidade, planejamento orçamentário e financeiro (solicitações São João, região Buritirana, Morada do Sol, Aurenny IV, Bela Vista, Taquari, 409 norte, 1304 Sul, 207 Sul, setor sul, nas proximidades da 108 Sul, 704 norte);

- ✓ Eliminar a hanseníase como problema de saúde pública do território de Palmas, nos próximos cinco anos, através da implementação de estratégias de rastreamento, estratificação de risco, cuidado, tratamento, cura e reabilitação e garantia de direitos das pessoas afetadas pela hanseníase;
- ✓ Promover a oferta, na rede de atenção a saúde de Palmas, de ações de saúde que contemplem práticas integrativas e complementares de forma concentrada, conforme a Política Nacional;

Eixos II e VIII – Participação Social, Reformas Democráticas e Populares do Estado:

- ✓ Fortalecer as instâncias de controle social por meio de capacitação permanente dos conselheiros e campanhas informativas junto à comunidade;
- ✓ Garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã;
- ✓ Ampliar os espaços de participação popular, com reuniões itinerantes do conselho municipal de saúde;
- ✓ Promover horário acessível para a realização das reuniões dos conselhos municipais e locais de saúde, com objetivo de ampliar a participação social;

- ✓ Fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais;
- ✓ Implantar conselhos locais de saúde em todas as unidades de saúde do município;
- ✓ Garantir a reforma nos conselhos de saúde de forma a garantir a rotatividade de conselheiros;
- ✓ Garantir o funcionamento sistemático das comissões regimentais e temáticas dos conselhos de saúde;
- ✓ Garantir a participação dos usuários nas conferências de saúde, podendo ser votado delegado para as instâncias estadual e nacional, independente de representar algum grupo ou segmento social;
- ✓ Promover reformas estruturais do estado que favoreçam a saúde, a justiça social, ampliando a participação social e contribuam para a distribuição de renda e a transparência das políticas públicas: Reforma política visando o fortalecimento da democracia, controle social do processo eleitoral e o financiamento de campanhas eleitorais e combate à compra de votos; do mesmo modo, a reforma política deve fortalecer a participação social nas decisões políticas por meio de plebiscito na tramitação de projeto de lei de iniciativa popular; Reforma de poder judiciário buscando o aumento da transparência do seu funcionamento através da multiplicação das audiências públicas e das ações coletivas sobre as individuais, entre outras medidas.
- ✓ Incentivar a participação social nos diferentes espaços (fóruns, comitês, plenárias, plebiscitos e outros) em defesa do SUS, frente às reformas populares e democráticas do Estado;

Eixos III, VI e VII – Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; Informação, Educação e Política de Comunicação do SUS; Ciência, Tecnologia e

Inovação no SUS:

- ✓ Promover a valorização dos trabalhadores da saúde, criando a carreira única do SUS, garantindo piso salarial adequado e manutenção dos benefícios já adquiridos;
- ✓ Garantir espaços regionais de discussão entre os trabalhadores de todos os níveis de atenção, garantindo a integralidade da assistência;
- ✓ Promover uma política de capacitação e educação permanente dos profissionais, a fim de ampliar a qualidade da atenção a saúde, destacando as seguintes temáticas: diagnóstico do câncer; saúde mental e transtornos psiquiátricos para os trabalhadores do SAMU e transporte sanitário; humanização para os trabalhadores da saúde a fim de fortalecer a qualidade da assistência prestada ao usuário;
- ✓ Garantir recursos materiais e financeiros para educação permanente dos trabalhadores da saúde e informação em saúde para comunidade;
- ✓ Fortalecer a formação dos agentes comunitários de saúde para ampliar o conhecimento nas diversas Políticas de Saúde, acerca do contexto do trabalho;
- ✓ Garantir o sistema de segurança nos serviços de saúde;
- ✓ Garantir quadro permanente de trabalhadores administrativos nos serviços de saúde através de concurso público;
- ✓ Promover a continuidade do Programa Integrado de Residência em Saúde na perspectiva da formação, garantindo a efetivação dos seus princípios e objetivos;
- ✓ Fortalecer as políticas de integração entre ensino, serviço e comunidade, a partir da ampliação da estrutura e financiamento das ações de formação e reorientação da formação dos profissionais de saúde, como residências em saúde, internatos, aperfeiçoamentos, pós-graduação, etc;

- ✓ Promover uma política de comunicação e informação para divulgar a importância do papel dos agentes comunitários de saúde e as ações de saúde da unidade, apresentando o papel do ACS, das atividades realizadas pela equipe, formas de funcionamento, etc...
- ✓ Garantir que o município de Palmas dê preferência aos softwares públicos e gratuitos de gestão dos serviços de saúde;
- ✓ Implementar uma política municipal de ciência e tecnologia para o SUS, contemplando o desenvolvimento colaborativo com instituições de Ensino e Pesquisa;
- ✓ Eixos IV e V – Financiamento do SUS e relação Público-Privado; Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde:
- ✓ Extinguir os subsídios diretos ao setor privado, revendo os gastos tributários e os incentivos fiscais a planos de saúde;
- ✓ Promover a restituição aos cofres públicos, por parte dos Planos de Saúde Privados, toda vez que seus clientes utilizarem serviços prestados pelo SUS;
- ✓ Promover a extinção da parcela dedutível dos gastos com saúde na declaração do imposto de renda;
- ✓ Efetivar parcerias Bipartite e Tripartite para o fortalecimento da rede de saúde mental, assegurando e ampliando o orçamento;
- ✓ Promover a articulação com setores públicos do meio ambiente, agricultura e infraestrutura a fim de discutir os determinantes e condicionantes da saúde;
- ✓ Promover campanha de combate ao racismo institucional e das diversas formas de intolerância na saúde, fortalecendo a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma vez que é lei desde 2006;
- ✓ Ofertar sistema on line para que o usuário possa acompanhar o

- agendamento e/ou consultas médicas com opção de solicitação de serviços, acompanhamento de avaliação das sugestões, queixas e/ou reclamações na ouvidoria;
- ✓ Garantir a suficiência e qualidade dos sistemas logísticos (estrutura, insumos, materiais e equipamentos) e recursos humanos nos serviços de saúde.



7

COMPROMISSOS DE GOVERNO

A saúde no Programa de Governo
2017-2020

“Boa sorte é o que acontece quando a oportunidade encontra o planejamento”.

Thomas Edison

SAÚDE – Palmas acolhedora e Inclusiva

A Saúde, entre outros benefícios, foi assegurada na Constituição Cidadã com a afirmação concreta, objetiva e disciplinadora de que se trata de um direito de toda a população, não dependente de prévia contribuição financeira individual, ancorada numa concepção redistributiva dos recursos para proteção social. Para efetivar a garantia deste direito, os investimentos financeiros da Prefeitura de Palmas na Saúde foram ampliados significativamente. O Programa de Governo, o qual foi elaborado para contemplar o período 2017/2020, fez um breve diagnóstico de saúde vigente à época, e abaixo apresentamos as diretrizes de ação de governo.

Ações em Execução que serão Consolidadas e/ou Ampliadas

- a) Qualidade dos serviços** - orientação qualificada, atendimento humanizado, profissionais compromissados, agilidade nas consultas;
- b) Fundação escola de saúde pública** - Educação em Saúde, criação de novos programas de residências em saúde: Dermatologia; Hansenologia, Patologia, Pediatria, Biomedicina, Farmácia Comunitária e Oncologia Multiprofissional. Desenvolver soluções digitais próprias por meio do Núcleo de Telessaúde da Fundação Escola de Saúde Pública;
- c) Mesa de negociação permanente do SUS** – instituída pela PORTARIA Nº 504/SEMUS/GAB, DE 08 DE JUNHO DE 2016, propomos consolidar o modelo de gestão estratégica e participativa, com diálogo permanente com os Sindicatos e os trabalhadores da saúde.
- d) Descentralização dos serviços de saúde** - Aprofundar o processo de descentralização os serviços de saúde, ampliando as equipes de Núcleos de Apoio a Saúde da Família, levando especialistas para atender nos bairros, em especial nos bairros mais afastados: pediatria,

gineco-obstetras, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, psiquiatras, dermatologistas;

e) Assistência farmacêutica – Ampliar e modernizar a Assistência Farmacêutica; Ampliar o uso da medicina natural e tradicional que tenham comprovação científica de eficácia; Ampliar a Relação Municipal de Medicamentos;

f) Médico da família e comunidade- Instituir a partir de janeiro de 2017, Gratificação Especial de Título em Medicina da Família e Comunidade, a ser concedida aos servidores médicos lotados na estratégia da saúde da família, que sejam titulados pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade ou que tenham concluído a residência em Medicina de Família e Comunidade reconhecida pela Comissão Nacional de Residências Médicas. Valorizando a especialidade do Médico de Família e Comunidade como a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente para pessoas, suas famílias e a comunidade, tendo como característica especial, o acesso do médico de família e comunidade ao domicílio das pessoas.

Novas Políticas para o Setor:

g) Rede de atenção e vigilância em saúde - Qualificar o modelo de gestão da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde por meio da governança sistêmica poliárquica que integre a rede de ações e serviços aos sistemas de apoio e logísticos, por meio de sistemas de informação potentes e administrados por equipes de alto perfil de competências técnica;

- h) Vigilância sanitária** - Informatizar 100% do processo de trabalho por meio de Tablets e Aplicações Web que facilitem o processo administrativo, reduzindo tempo de emissão de notificações e alvarás sanitários;
- i) “Palmas Livre da Hanseníase”** - Consolidar o Programa que garantirá dignidade as vítimas da Hanseníase garantindo diagnóstico oportuno, tratamento, reabilitação e inserção produtiva na sociedade. Por meio de serviço municipal especializado, realizar neurólise, cirurgia que descomprime os nervos inflamados e infectados pela Hanseníase que reduz os sofrimentos das vítimas; Transformar Palmas num Centro de Referência Internacional de Formação de Especialistas em Hansenologia;
- j) Resolutividade territorial** - Especialistas Atendendo nos Centros de Saúde da Comunidade (Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Psiquiatria, Dermatologia, Gineco-obstetras, Pediatria, Assistentes Sociais);
- k) Saúde da pessoa idosa** – Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas e estímulo ao envelhecimento ativo;
- l) Saúde amiga da comunidade** – Estimular que os profissionais em saúde criem vínculo com a comunidade por meio da fixação dos profissionais nos bairros, evitando trocas frequentes. Manter 100% de cobertura da estratégia da saúde da família;
- m) Programa “Fila Zero de Cirurgias Eletivas”** - O Ambulatório de Atenção Secundária - AMAS “DR Eduardo Medrado” (antigo CECEP), possuirá um Centro Cirúrgico de médio porte, com condições de realizar

cirurgias eletivas de baixo risco, como herniorrafias, vasectomia, “ligaduras de trompas”, “fimose”, hemorroidectomia, neurólise, etc.

- n) Complexo Laboratorial da Saúde** - Rede de laboratórios de análises clínica e científica, ligados a saúde pública, composta por estrutura própria, credenciada e conveniada que irá oferecer apoio diagnóstico mais rápido, com qualidade, economicidade e eficiência;
- o) Centro de Controle e Vigilância de Zoonoses (Ccz)** - Ampliação reforma e descentralização do CCZ, transformando-o num Centro de referência de Zoonoses; criar uma sede do CCZ na Região Sul de Palmas;

Centro de Atividades e Investigação em Vigilância em Saúde (CAIVS)

- p) Saúde Mental** - Criação e estruturação da Equipe de “Consultório na Rua” e da Unidade de Acolhimento Adulto, para ampliar o acesso as ações e serviços de saúde as populações de rua ou com necessidades decorrentes ao uso de crack, álcool e outras drogas. Implantação do CAPSi (INFANTIL), para ampliação de atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Ampliação da Relação de Medicamentos para serem ofertados na rede de atenção psicossocial. Formar o corpo de profissionais dos como especialistas em abordagens psicoterapêuticas que favoreçam a desmedicalização do cuidado e estimule a autonomia do sujeito e a corresponsabilização das famílias e da comunidade;

- q) Saúde da Mulher, Projeto “Mães de Palmas” – Pré-Natal Humanizado** - Todo pré-natal agendado na primeira consulta, atendimento multiprofissional, garantia de exames e rotinas em cada trimestre, diagnóstico, tratamento e cuidado das complicações, redução da mortalidade e morbidade materna e infantil, Canal 24h 0800 para dúvidas sobre a gestação, parto e maternidade.
- r) Centro-escola de parto normal** – Criar uma Casa de Parto Municipal, como centro de formação de obstetrites e médicos obstetras, com 05 salas de Parto Humanizado (Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto - PPP), onde a gestante em trabalho parto de baixo risco, que foi atendida na rede municipal do SUS e que completou seu pré-natal, realizará em ambiente acolhedor e privado seu parto de maneira humanizada na posição que escolher, de cócoras, na água, etc.

8

GESTÃO DO SUS

PMS 2018 - 2021

“Sucesso não é o final, falhar não é fatal: é a coragem para continuar que conta.”

Winston Churchill

Auditoria

A Auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde – SUS, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Conceitualmente, a auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal.

A Auditoria no Sistema Único de Saúde está organizada por meio do Sistema Nacional de Auditoria, instituído pela Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 e regulamentada pelo Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que estabelece suas competências. Especificamente no município de Palmas – TO foi editado o Decreto nº 50, de 21 de janeiro de 1998, que define o Sistema Municipal de Auditoria como órgão do SUS. Dentre as atribuições que incumbem ao Núcleo de Auditoria estão às seguintes:

Avaliar a qualidade, quantidade, propriedade e efetividade dos serviços prestados à população, sejam públicos ou privados, contratados e/ou conveniados;

Apoiar as ações de monitoramento e avaliação da gestão do SUS, visando a melhoria progressiva da atenção à saúde; possibilitar o controle social, apresentando ao Conselho Municipal de Saúde, através do Secretário Municipal de Saúde, informações sobre as ações de Auditoria;

Fortalecer a gestão do SUS, produzindo informações para subsidiá-la;

Verificar a adequação entre o planejamento e a execução das ações e serviços estabelecidos nos instrumentos de gestão, retroalimentando o planejamento, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento do SUS;

Inspecionar as unidades prestadoras de saúde e os prestadores de serviços, através da análise da documentação de atendimento, identificando necessidades e distorções nos serviços ofertados ao cidadão;

Verificar a realidade concreta dos serviços auditados, quanto à estrutura, aos processos aplicados e aos resultados alcançados, sugerindo a adoção de procedimentos e práticas que aperfeiçoem a prestação do serviço;

Sugerir as providências cabíveis, em caso de constatação de irregularidades; apurar demandas relativas à sua área de atuação, originadas dos Conselhos de Saúde, das Ouvidorias e de outros órgãos de controle, considerando, ainda as prioridades governamentais;

Requisitar, sempre que necessário, o auxílio de servidores públicos de diversas categorias profissionais, determinando para tanto, prazo para entrega de parecer técnico correspondente.

Destacamos também os seguintes objetivos específicos:

Verificar e validar a qualidade, a propriedade e a efetivação dos serviços de saúde prestados à população, visando a melhoria progressiva da atenção à saúde;

Verificar os componentes dos processos da instituição, serviços ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, por meio da detecção de desvio dos padrões estabelecidos;

Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder ao levantamento de dados que permitam aos componentes do SNA conhecer a qualidade, os custos e os gastos na atenção à saúde;

Possibilitar ao controle social o conhecimento de fatos e atos dos gestores da saúde, de forma transparente, para compatibilizar e pactuar o interesse público;

Obter subsídios com vistas à melhoria contínua da qualidade dos serviços ofertados identificando as necessidades e distorções nos serviços ofertados ao cidadão.

Ouvidoria

A Ouvidoria Geral do SUS foi criada em 2003, tendo como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde. Atualmente, as Ouvidorias do SUS surgem como um canal direto de comunicação dos usuários do sistema e da comunidade, para subsidiar a política de saúde do país, contribuindo com o controle social. No Sistema Único de Saúde, a ouvidoria trabalha efetivamente ampliando a inclusão social, servindo de instrumento promotor, não somente da igualdade de direitos formais, mas, também, da igualdade de oportunidade e acesso, colaborando, assim, na construção da garantia da cidadania, fundamental para o processo de consolidação da democracia. Isto é, se requer uma Ouvidoria Pública que atua segundo uma racionalidade material buscando a equidade e a participação social, tendo como norte os princípios da publicidade, dignidade da pessoa e da economicidade.

A Ouvidoria no Sistema Único de Saúde está organizada por meio do Departamento de Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde (DOGES), criado em 9 de junho de 2003 pelo Decreto nº 4.726, integra a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde. No município de Palmas – TO, a Ouvidoria foi instituída pela Portaria nº 378/2009 de 10 de agosto de 2009.

Dentre as atribuições que incumbem a Divisão de Ouvidoria estão às seguintes:

Receber as manifestações dos cidadãos, tais como denúncia, reclamações, solicitações, sugestões e pedidos de informações referentes aos serviços ofertados e levá-los ao conhecimento dos setores competentes; estabelecendo assim um relacionamento democrático entre Secretaria Municipal de Saúde e sociedade, permitindo identificar necessidades e distorções nos serviços ofertados ao cidadão;

Atuar para a consolidação da gestão participativa mais efetiva, respeitando o pacto federativo, priorizando os princípios e as diretrizes do SUS e constituindo-se em instrumento garantidor da democratização e da ampliação dos direitos do cidadão.

Conhecer a percepção dos usuários sobre as mudanças nas políticas de saúde e sua satisfação em relação aos serviços oferecidos pelo SUS, buscando soluções para as manifestações apresentadas.

A Ouvidoria do SUS é um instrumento de Gestão Pública e do Controle Social para o aperfeiçoamento da qualidade e eficácia das ações dos serviços prestados na área da saúde. É um canal democrático de comunicação responsável pela mediação entre os cidadãos e os gestores dos serviços de saúde.

9

FINANCIAMENTO DO SUS

Da execução, previsão e ações
orçamentárias

Planejamento, Organização e Motivação são fatores essenciais
para a prosperidade

Renan Bride de Oliveira

O Fundo Municipal de Palmas foi instituído através da Lei nº 141, de 20 de dezembro de 1991. A data de abertura do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ foi 12 de agosto de 2009. Por sua vez o Conselho Municipal de Saúde foi instituído através da Lei nº 142, de 20 de dezembro de 1991. Através do Ato nº 442 - DSG de 12 de abril de 2016 o Secretário Municipal de Saúde – Nésio Fernandes de Medeiros Júnior foi designado para a função de Gestor do Fundo Municipal de Saúde.

Através do Decreto nº 1.269, de 30 de junho de 2016, foi regulamentado a organização, funcionamento, operacionalização e prestação de contas do Fundo Municipal da Saúde de Palmas. Dentre os quais destacamos:

- ✓ Regulamentado para organizar, operacionalizar e prestar contas, o FMS é caracterizado pela autonomia administrativa, orçamentária e financeira de gestão dos recursos destinados as ações e serviços públicos de saúde;
- ✓ Compreendendo, portanto, a liberdade de formulação e execução de ações e serviços na área da saúde pública consignadas à Secretaria Municipal de saúde de Palmas (SEMUS) e às estruturas da administração indireta a ela vinculadas;
- ✓ Os recursos do FMS destinar-se-ão, exclusivamente, ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde, devendo as despesas de saúde atender a Lei Complementar Federal nº 141, de 13 de janeiro de 2012, sua regulamentação, e demais normas do Sistema Único de Saúde (SUS).
- ✓ A gestão do FMS deverá obedecer às normas de contabilidade e finanças públicas e aos princípios de responsabilidade na gestão fiscal;
- ✓ Compete às secretarias meio, adotar procedimentos de supervisão, controle e transparência com vistas ao

cumprimento de metas e índices fiscais do FMS;

- ✓ Fundo Municipal de Saúde: constitui-se Unidade Orçamentária e Gestora (UGFMS) de natureza contábil dos recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde sob responsabilidade de gestão municipal do Sistema Único de Saúde;
- ✓ Secretaria Municipal da Saúde: constitui-se Unidade Gestora Responsável e Executora dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, alocados no Fundo Municipal de Saúde, sendo o Secretário Municipal da Saúde designado ordenador de despesa e responsável por todas as ações ou omissões a que derem causa no exercício da competência delegada;
- ✓ Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas: constitui-se Unidade Gestora Executora (UGE-FESP-Palmas) dos recursos a ela destinados, para o cumprimento de suas atividades legais dentro do Sistema Único de Saúde, dos créditos orçamentários e financeiros oriundos do Fundo Municipal de Saúde a ela destinados pela Lei Orçamentária Anual (LOA) vigente de acordo com seus objetivos legais.

Todas as normas se submetem a fiscalização e controle por parte do Controle Social, Controle Interno e Externo, as quais são submetidos os recursos do Fundo Municipal de Saúde.

De acordo com a Constituição Federal - art. 198, as ações e serviços de saúde são financiados com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. A responsabilidade do financiamento do SUS é Tripartite, ou seja, das três esferas de governo: União, Estado e Município.

A participação federal no financiamento das ações de saúde depositou grande expectativa na regulamentação da EC 29. No entanto, a Lei Complementar nº 141 de 2012, que a regulamentou, não modificou a condição de indexação ao Produto Interno Bruto (PIB) para o piso da União, portanto, não houve modificação significativa do montante federal empregado. Para os Estados e Municípios a fixação dos parâmetros mínimos permaneceu inalterada, quais sejam 12% e 15%, respectivamente.

Destacamos como dispositivo de grande relevância contido da LC 141/2012 diz respeito à definição da natureza das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), em razão que trouxe mais clareza à destinação dos recursos por cada ente federado e permitiu um acompanhamento mais sistemático dos recursos, segundo as determinações constitucionais.

Apresentamos abaixo dados relativos aos últimos 5 (cinco) anos das receitas, despesas e indicadores financeiros, o qual podemos constatar que o município vem se mantendo com um histórico como de aplicação de recursos próprios em saúde sempre acima do limite mínimo constitucional, contudo, apresentando queda a cada ano.

Descrição		2012	2013	2014	2015	2016
1	Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais – Realizadas - R\$	394.101.946,95	427.395.134,59	516.200.859,88	534.409.407,28	581.514.710,82
2	Receita das Transferências do SUS (FNS + FES +Convênio.) - R\$	67.402.269,20	61.649.920,07	67.408.604,02	73.106.134,96	90.578.717,81
3	Despesa Dotação (Dotação	158.405.848,82	159.893.590,08	195.973.703,91	229.937.143,70	206.162.671,98

	Atualizada) - R\$					
4	Despesa Empenhada - R\$	139.810.247,03	129.367.812,16	155.491.595,20	169.356.387,39	185.035.492,38
5	Despesa Liquidada - R\$	133.961.325,55	125.306.516,97	148.700.403,48	158.704.014,55	181.948.877,55
6	Despesa Paga - R\$	132.226.093,45	124.201.832,19	148.553.052,99	158.326.483,06	177.100.332,36
7	Restos a Pagar não processados (07 = 04 - 05) R\$	5.848.921,48	4.061.295,19	6.791.191,72	10.652.372,84	3.086.614,83
8	Restos a Pagar Processados (08 = 05 - 06) R\$	1.735.232,10	1.104.684,78	147.350,49	377.531,49	4.848.545,19
9	Despesa com Recursos Próprios por Fonte - EC 29/2000, LC 141/2012 (R\$)	75.094.385,28	73.310.580,07	83.759.027,64	85.550.768,48	88.969.483,59
10	Despesa mínima com Recursos Próprios - EC 29/2000 , LC 141/2012 (10 = 15% de 01) R\$	59.115.292,04	64.109.270,19	77.430.128,98	80.161.411,09	87.227.206,62
11	% de Recursos Próprios aplicados em Saúde por Fonte - EC 29/2000 e LC 141/2012 (11 = 09/01*100)	19,05%	17,15%	16,23%	16,01%	15,29%

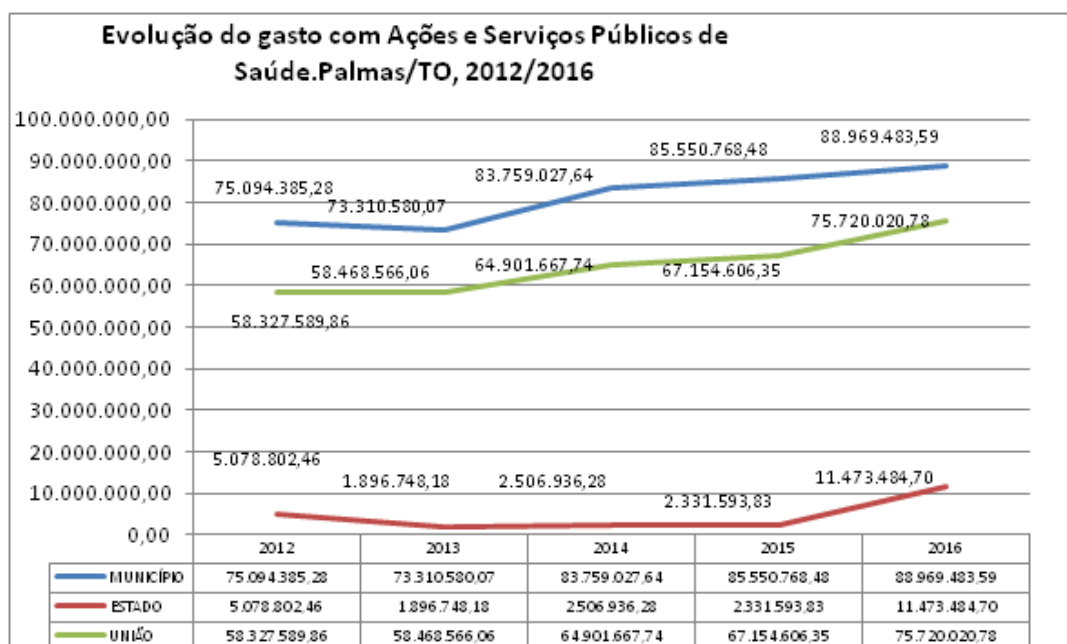
12	% de Execução Orçamentária Anual (12= $\frac{4}{3} \times 100$)	88,26%	80,91%	79,34%	73,65%	89,75%
13	População de Palmas – Fonte: IBGE/DATASUS	242.070	257.904	265.409	272.724	279.856
14	Despesa total com saúde, sob a responsabilidade do município, por habitante/ano em R\$ (14= $\frac{4}{14}$)	553,40	501,61	585,85	620,98	661,18
15	Recursos Federais da Saúde geridos pelo município - R\$	58.327.589,86	58.468.566,06	64.901.667,74	67.154.606,35	75.720.020,78
16	Recursos Estaduais da Saúde geridos pelo município - R\$	5.078.802,46	1.896.748,18	2.506.936,28	2.331.593,83	11.473.484,70
17	Rendimentos de aplicação e - R\$	-	-	2.960.427,84	3.634.274,03	2.848.042,97
18	Fundo especial do petróleo – FEP R\$	-	-	1.552.750,45	615.999,62	537.489,78
19	Total de recursos para financiamento do SUS (19=10+16+17+18+19)	138.500.777,60	133.675.894,31	155.680.809,95	159.287.242,31	179.548.521,82

FONTES: SIOPS/DATASUS, FNS, FMS/Contabilidade/Prodata e IBGE

Observações:

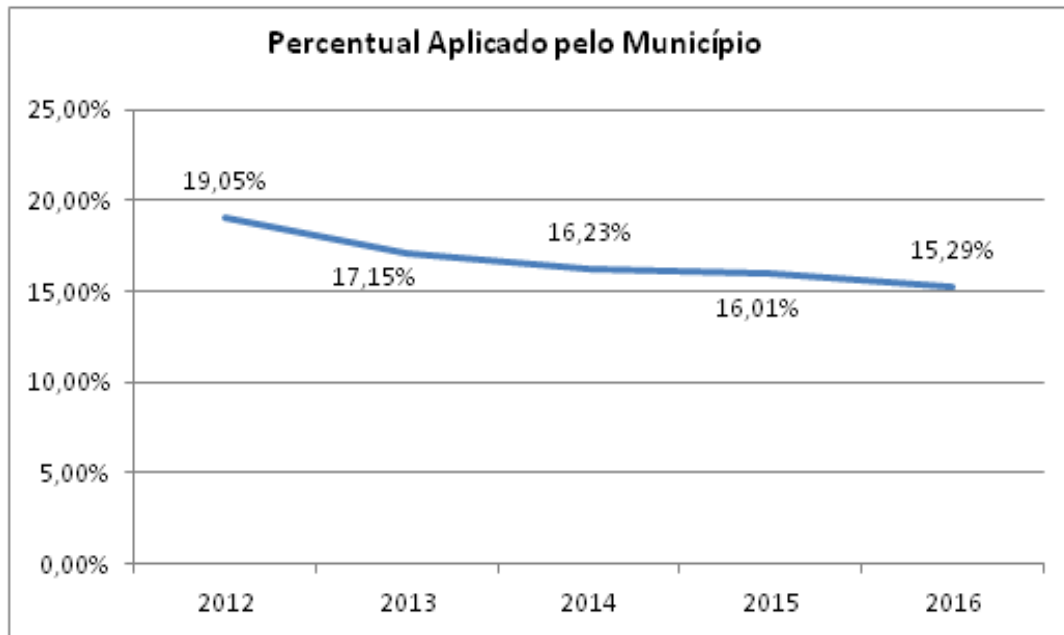
- 1) Na linha 14, Tabela acima, Despesa por habitante/ano em R\$ foi considerado a despesa empenhada.
- 2) Considera-se o regime de caixa para as receitas.

Pelos dados abaixo constatamos que o município foi o maior financiador das despesas, quando reiteramos que embora o índice aplicado tenha sofrido redução a cada ano. Ademais o cenário econômico tem demonstrado uma redução nas receitas, além de que a Emenda Constitucional nº 86, aprovada em 17 de março de 2015 que vinculou os recursos para a saúde à Receita Corrente Líquida (RCL), havendo portanto, a necessidade de aprimoramento de controles de execução, bem como do monitoramento e avaliação devido à instabilidade do cenário econômico dos últimos anos e a atual conjuntura, impactando assim em frustrações de receitas entre outros. A gestão municipal tem buscado estratégias no sentido de somar esforços para potencializar os resultados positivos, diante da possibilidade conjuntural de limitações nas disponibilidades financeiras.



FONTES: SIOPS/DATASUS

Segue abaixo o percentual aplicado pelo município nos anos de 2012 a 2016.



FORNTE: SIOPS/DATASUS,

Ressaltamos que com a finalidade de assegurar o cumprimento da LC/2012 no que concerne à aplicação dos recursos em saúde, respeitando o mínimo estabelecido para aplicação, no caso específico, dos municípios, 15%, a referida lei atribuiu ao SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, a função é aferição de e comprovação dos pisos estabelecidos pela EC 29.

O orçamento do Fundo Municipal de Saúde/Secretária Municipal de Saúde é definido pela Lei Orçamentária Anual – LOA de cada exercício, que estima a receita e fixa a despesa para o exercício financeiro subsequente.

Da Previsão das Receitas de Recursos Municipais e Outras Fontes –Elaboração do PPPA , PLDO e PLOA – 2018

A Proposta da Lei de Diretrizes Orçamentária - PLDO, bem como o Plano Plurianual – PPA e a Proposta da Lei Orçamentária Anual - PLOA previram as receitas para o Fundo Municipal de Saúde, conforme determina a Lei Complementar nº 141, 13 de janeiro de 2012, as quais serão executadas por meio das Unidades Gestoras : Secretaria Municipal de Saúde (8600) e Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas (9500) para o exercício de 2018 o montante de R\$ 214.230.730,00. Esta receita é composta por 15% dos recursos proveniente de impostos municipais, e de transferências constitucionais e legais que compõe a fonte 0040 - ASPS, no montante de R\$ 96.891.555,00, que corresponde a 45,23% do total de recursos destinados ao Fundo. Além deste valor o município destinou R\$ 1.979.800,00 de recursos provenientes da arrecadação de multas, correção monetárias e juros por infração ao Código Sanitário, ou outras normas relacionadas com a saúde pública (Lei 2255 de 12 de setembro de 2016) correspondentes a 0,92%. Somados todos os valores de recursos provenientes do município, o montante da receita prevista é de R\$ 98.871.355,00, que corresponde a 46,15% do total de receita destinadas a saúde.

O governo federal tem previsão de repassar ao Fundo o valor de R\$ 97.958.700,00 , 45,73% do total das receitas e o Estado de repassar R\$ 8.244.700,00 , que corresponde a 3,85% do total das receitas. Tem se a previsão de R\$ 8.451.600,00, de convênios , que corresponde a 3,95% do total de receitas e do FEP a previsão é de R\$ 704.375,00, de repasse correspondendo a 0,33% do total das receitas.

FONTE DE RECURSOS	BASE LEGAL	PREVISTO		METODOLOGIA E MEMÓRIA DE CÁLCULO
		2017	2018	
0040 - ASPS – Ações de Serviços Públicos em Saúde – 15%	Constituição Federal e Lei nº 141/2012 e outras	91.304.725,00	96.891.555,00	Previsão de recursos provenientes de impostos municipais, e de transferências constitucionais e legais.
0010 - Recursos Próprios	Lei Orçamentária Anual - LOA	7.785.000,00	0,00	Série histórica receitas do município
0450 - Outras Receitas destinadas à Saúde – Taxas da Vigilância Sanitária	Lei nº 2.255, de 12/06/2016	1.804.000,00	1.979.800,00	Previsão de recursos provenientes do produto de arrecadação de multas, correção monetária e juros por infrações ao Código Sanitário, por descumprimento a termos de ajustamento de conduta celebrados no âmbito da saúde, ou outras normas relacionadas com a saúde pública.
Subtotal		100.893.725,00	98.871.355,00	
0401 - Transferências de Recursos do SUS – Atenção Básica (Pab Fixo, Saúde da Família, Saúde Bucal, PACS e Pmaq)	PAB - Portaria GM – 1.409 – de 10 de julho de 2013 ; PSF - Portaria GM 978 de 16 de maio de 2012 e 1.834 - 27 de agosto de 2013; SB - Portaria GM Nº 978 de 16 de maio de 2012; ACS - Portaria nº 314 - 28 de fevereiro de 2014 e Lei Federal nº 12.994 - 17 de junho de 2014; PMAQ - Portaria 836 - 26 de junho de 2015 e Portaria 1.658 - 12 de setembro de 2016; NASF - Portaria nº 548 - 04/04/2013; Consultoria na Rua - Portaria nº 1.238 - 06/06/2014; Emenda Parlamentar 7128002, respectivamente.	34.370.344,00	35.268.700,00	PAB Fixo: R\$ 24,00 por hab/ano, o MS repassa com base na população IBGE do ano de 2012 (242.070hab). Parametros utilizados para 2018: pagamento será com base na população de 2016 (279.856). Total mensal: R\$ 559.712,00 x 12 meses = R\$ 6.716.544,00; Programa Saúde da Família - PSF - Equipes convencionais 84 x R\$ 7.130,00 = R\$ 598.920,00 x 12 meses = 7.187.040,00, 01 Equipe com assentamento x R\$ 10.695,00= 10.695,00 x 12 meses = R\$ 131.580,00, total do PSF R\$ 7.318.620,00; Saúde Bucal - SB - Equipes convencionais 70 x R\$ 2.230,00 = R\$ 156.100,00 x 12 meses = R\$ 1.873.200,00, 01 Equipe com assentamento x R\$ 3.345,00= 3.345,00 x 12 meses = R\$ 40.140,00, total do SB R\$ 1.913.340,00 - ACS - 489 Agentes Comunitários de Saúde x R\$ 1.014,00. Total mensal: R\$ 495.846,00 x 13 parcelas = R\$ 6.445.998,00, previsão de nova receita: 86 Agentes Comunitários de Saúde x 1.014,00. Total mensal: R\$ 87.204,00 x 13 = R\$ 1.133.652,00, total geral PACS R\$ 7.579.650,00; PMAQ - recurso baseado na certificação das equipes com notas muito acima da média sendo 46 equipes de saúde

				da família com saúde bucal - R\$ 8.500,00 x 46 = R\$ 391.000,00 x 12 meses = R\$ 4.692.000,00; 61 equipes de saúde da família sem saúde bucal - R\$ 2.500,00 x 12 meses = 152.500,00 x 12 meses = 1.830.000,00; contratualização de 13 NASF modalidade 1 = R\$ 1.000,00 x 13.000,00 x 12 meses = 156.000,00, 17 equipes de saúde da família com bucal x R\$ 1.700,00 = 28.900,00 x 12 meses = R\$ 346.800,00 e 7 de equipes saúde da família sem bucal x R\$ 500,00 = 3.500,00 x 12 meses = R\$ 42.000,00, total geral PMAQ - R\$ 7.066.800,00 ; NASF modalidade 1 - 13 x R\$ 20.000,00 = 260.000,00 x 12 meses = R\$ 3.120.000,00 e Consultório na Rua - 01 equipes x R\$ 35.200,00/mês= R\$ 442.400,00 ano. Emenda Parlamentar de R\$ 555.656,00 oriundo da Bancada do Tocantins.
0405 - Transferências de Recursos do SUS - Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	Portaria nº 1.958, de 3 de Dezembro de 2015 e Proposta nº 14823 referente a habilitação para custeio/qualificação do SAMU - 192; Portaria nº 342, de 4 de Março de 2013, Portaria nº 104, de 15 de Janeiro de 2014 e Propostas de nºs 15741 e 15360 referente habilitação para custeio/qualificação UPAs Norte e Sul; Portaria nº 1.214, De 3 de Dezembro de 2015; Portaria nº 1.825, de 24 de Agosto de 2012; Portaria nº 2.109, de 21 de Setembro de 2012; PPI - Programação Pactuada e Integrada e FAEC; Portaria nº 3.089, de 23 de Dezembro de 2013; Portaria nº 1.966, de 10 de Setembro de 2013 e Portaria GM nº 1.248 de 24 de junho 2013. Remanejamento do teto MAC da gestão estadual, Portaria GM nº 199, de 30 de janeiro de 2014, Portaria GM nº 904 de 29 de maio de 2013 e Portaria nº 121 de 2012, respectivamente.	51.106.700,00	45.169.100,00	SAMU - Valor pago mensal R\$ 307.739,90 x 12 meses = R\$, R\$ 3.692.878,80. UPAS - UPA Sul unidade habilitada, qualificada e regionalizada + 30% da Amazônia Legal Porte III, repasse de R\$ 650.000,00 x 12 meses. R\$ 7.800.000, 00/ano e UPA Norte unidade habilitada e qualificada + 30% da Amazônia Legal, como Porte II, repasse de R\$ 390.000,00 x 12 = . R\$ 4.680.000,00/ano. . CEO - repasse por unidade habilitada Porte III,R\$ 19.250,00 x 12 meses = R\$ 231.000,00; Brasil sem Miséria (Laboratório de Próteses - LRPD -R\$ 7.500,00 x 12 meses= R\$ 90.000,00; Rede viver sem Limites R\$ 1.000,00/mês x 12 meses = R\$ 12.000,00; PPI - Programação Pactuada e Integrada - R\$ 1.101.511,78 x 12 meses = R\$ 13.218.141,36; Previsão de repasse FAEC R\$ 400.000,00; Incremento Teto MAC, valor previsto mensal R\$ 766.829,78 x 12 = R\$ 9.201.957,36.CAPS - por unidade habilitada - CAPS II (população entre 70.000 ate 200.00 habitantes) e CAPS AD III (população acima de 200.000 habitantes) - R\$ 138.688,64/mês x 12 = R\$ 1.664.263,68; Fortalecimento da RAS/Residência em Saúde - R\$ 105.000,00 x 12 meses = R\$ 1.260.000,00. Cirurgias

				eletivas realizadas no AMAS valor previsto R\$ 400.000,00; Implantação de Serviços de Atenção Especializadas em Doenças Raras, valor mensal de 17.400,00 x 12 = R\$ 208.800,00;; Implantação da Unidade de Acolhimento Adulto valor previsto mensal R\$ 25.000,00 x 6 = R\$ 150.000,00 (previsão de julho a dezembro/2018) e Incentivo Financeiro para o funcionamento do Centro de Parto Normal Peri-hospitalar valor mensal R\$ 80.000,00 x 6= R\$ 480.000,00 (previsão de julho a dezembro/2018); Implantação do CER II valor previsto R\$ 140.000,00 mês x 12 = R\$ 1.680.000,00.
0406 - Transferências de Recursos do SUS - Vigilância em Saúde	Portarias GM/MS nº 1.378 de 09 de Julho de 2013 e nº 2.943 de 26 de dezembro de 2016; Portarias GM/MS nº 183, de 30 de janeiro de 2014 e nº 48, de 20 de janeiro de 2015; Portarias GM/MS nº 1.708, de 16 de agosto de 2013 e nº 2.984, de 27 de Dezembro de 2016, Portaria nº 2.510, de 28 de setembro de 2017, Resolução CIB/TO nº 085/2016, de 07 de Junho de 2016; Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de Julho de 2013; Portarias GM/MS nº 1.939 de 30 de novembro de 2015 e nº 535 de 30 de março de 2016; Portaria GM/MS nº 1.390, de 03 de julho de 2014, respectivamente.	5.654.700,00	5.569.000,00	Respectivamente: VISA: 13.992,80 x 12 meses = R\$ 167.913,60; Projeto vida noTrânsito e Vigilância Sentinela da Influenza 25.000 x 12 meses = R\$ 300.000,00; PQA VS (parcela única): R\$ 464.687,46, Campanha antirábica (parcela única): R\$ 4.462,50; Piso Fixo da Vigilância em Saúde R\$ 209.215,34 x 12 = R\$ 2.510.584,11; Piso para 140 ACE: R\$ 141.960,00 x 13 meses = R\$ 1.845.480,00; Incentivo às Ações de DST, AIDS e Hepatites Virais: R\$ 22.916,66 x 12 meses = R\$ 274.999,92.
0407 - Transferências de Recursos do SUS - Assistência Farmacêutica	Portaria GM/MS nº 2.001, de 03 de agosto de 2017.	1.750.700,00	1.562.000,00	R\$ 5,58 por hab/ano, com base na população IBGE do ano de 2016 (279.856 hab). Total mensal: R\$ 130.133,04 x 12 meses = R\$ 1.561.596,48.
0408 - Transferências de Recursos do SUS – Gestão do SUS	Portarias: GM 204 - 29/01/2007; GM 1.996 - 20/08/2007;GM 1.738 - 20/08/2013, respectivamente.	433.100,00	200.000,00	Recurso repassado para Qualificação da Gestão do SUS e para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde, posterior a implantação o recurso passa a vir em bloco específico. R\$ 180.000,00. Recurso FAN R\$ 20.000,00 parcela única para municípios que possui população superior a 150.000/hab.
0410 - Outras Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS União	Portaria GM/MS nº 2.415/2016 de 11/11/2016; Portaria GM/MS nº 1.831/2015 de 11/11/2015; Portaria GM nº 2.589, de 01/12; Portaria GM nº 904, de 29 de	11.504.388,00	10.189.900,00	Número da Proposta no SISMOB:11320420000116004. Valor previsto para construção da Rede de Frios: R\$ 819.920,00 (80% do valor total do recurso

	maio de 2013 e Portaria GM nº 835, de 25 de abril de 2012, respectivamente.			previsto em Portaria - 20% já foi repassado); Números das Propostas no SISMOB: 11320420000115005 valor previsto para ampliação da CSC 508 Norte R\$ 183.960,00: 11320420000115009 valor previsto para Construção CSC Taquaruçu - Porte II R\$ 409.600,00: 11320420000115010 valor previsto para ampliação da CSC Aurenly II R\$ 91.560,00 e 11320420000115013 valor previsto para ampliação da CSC 603 Norte R\$ 199.440,00 estes valores correspondem a 80% dos valores totais dos recursos previstos nas Portarias, 20% de cada já foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde. Número das Propostas no SISMOB: 11320420000116011 valor previsto para a Construção do Centro de Atenção Psicossocial CAPS II R\$ 800.000,00: 11320420000116012 valor previsto para a Construção do Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPS i R\$ 800.000,00. Números das propostas: 11320420000113012 Construção do CSC 207 Sul valor previsto para a 3a parcela - R\$ 131.800,00, 11320420000113007 Construção do CSC Setor Sul valor previsto para a 3a parcela - R\$ 131.800,00; Número da proposta: 11320420000117704 R\$ 499.970,00 para aquisição de equipamentos para Ambulatório de Atenção a Saúde - Eduardo Medrado; Número da Proposta: 11320420000117001 R\$ 100.000,00 equipamentos para a Unidade Acolhimento Adulto - UAA; Construção do Centro de Parto Normal Peri-hospitalar valor previsto R\$ 540.000,00; Construção do CER IV, valor previsto R\$ 5.000.000,00 e R\$ 2.000.000,00 para equipamentos.
Subtotal		104.819.932,00	97.958.700,00	
0440 - Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS Estado - Farmácia Básica	Portarias GM: 1.555 - 30/07/2013	1.442.700,00	660.500,00	R\$ 2,36 por hab/ano, o MS repassa com base na população IBGE do ano de 2016 (279.856 hab). Com valor mensal de R\$ 55.038,35 x 12 somando um total anual de R\$ 660.460,20 da Farmácia Básica Municipal.
0441 - Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS Estado - Urgência	Portaria/SESAU/GABSEC Nº 697, de 18/06/2014. Portarias /SESAU/GABSEC Nº 582, de 14/09/2011 e Nº1508, de	14.135.400,00	7.025.700,00	SAMU: valor mensal de R\$ 185.472,00 x 12 meses = 2.225.664,00; UPA Sul, repasse de R\$ 250.000,00 x 12 meses R\$ 3.000.000,00 e

e Emergência, Upas e SAMU	13/12/2013, respectivamente.			UPA Norte repasse de R\$ 150.000,00 x 12 meses R\$ 1.800.000,00 anual.
0442 - Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde - SUS Estado - MAC, CAPS e Vigilância	Resolução CIB Nº- 029/2015 - 20/08/2015; Resolução CIB Nº 265/2014; Resolução CIB Nº 267/2014; Custeio dos valores de complementação da tabela de procedimentos do SUS dos municípios referenciados na PPI e Portaria GABSEC/SESAU nº760 de 30 de maio de 2016, respectivamente.	5.538.800,00	558.500,00	Medicamentos da saúde mental: R\$ 144.250,41 relativo financiamento estadual do elenco de referência de medicamento da saúde mental dispensados nos Centros de Atenção Psicossocial, CAPS II valor mensal R\$ 8.271,56 x 12 meses R\$ 99.258,75, CAPS AD III valor mensal R\$ 26.250,00 x 12 meses = R\$ 315.000,00 - (R\$26.250,00 mensais).
Subtotal		21.116.900,00	8.244.700,00	
0451 - Transferência Cota-Parte do Fundo Especial do Petróleo - FEP – Saúde.	Lei Federal nº 12.858, de 09/09/2013	586.075,00	704.375,00	Série histórica de repasse do recurso dos royalties do petróleo
0498 - Transferências de Convênios destinados a Programas de Saúde	Convênios celebrados e Lei nº 2.323, de 12/07/2017.	7.865.309,00	8.451.600,00	Convênio para construções de unidades de saúde R\$ 4.000.600,00; Convênio de cooperação com os municípios do Estado do Tocantins, R\$ 4.406.000,00 e Realizar o Mapeamento dos Movimentos e Convênio com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Tocantins - COSEMS – TO – R\$ 45.000,00.
Total Geral		235.281.941,00	214.230.730,00	

Ações Orçamentárias Previstas – PPA/PAS/LOA

Os recursos orçamentários e financeiros descritos acima serão utilizados para executar as ações e atividades detalhadas na Programação Anual de Saúde – PAS 2018, nos termos do art. 4º da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, a qual preceitua que a PAS “é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano Municipal de Saúde e prever, dentre outros a alocação dos recursos orçamentários a serem executados”. A PAS é elaborada com detalhamento das metas físicas e financeiras, atividades correlatas às ações, fontes de recursos, naturezas de despesas e temporalidade de execução e o responsável pela execução das ações previstas. A Lei Orçamentária Anual – LOA, onde o gestor define as prioridades contidas no PPA e as metas que deverão ser atingidas naquele ano. A LOA disciplina todas as ações do Governo. Nenhuma despesa pública pode ser executada fora do orçamento. A LOA estima as receitas que o governo espera arrecadar durante o ano e fixa os gastos a serem realizados com tais recursos.

Segue abaixo as ações orçamentárias e a breve descrição das mesmas, ratificamos conforme descrito acima que as despesas serão detalhadas na Programação Anual de Saúde - PAS:

Ação	Descrição
Fortalecimento do Controle e Participação Social do SUS	O fortalecimento do Controle e Participação Social do SUS é de fundamental importância que o cidadão assuma sua participação na gestão, que participem da formulação das políticas públicas contribuindo assim com o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, garantindo assim a participação social por meio de Conselho Municipal de Saúde - CMS, Conselhos Regionais e Locais de Saúde, sendo necessário a capacitação de conselheiros municipais, implantação de conselhos locais em todos os Centros de Saúde da Comunidade e dos Conselhos Regionais de Saúde nos territórios, bem como a manutenção da estrutura de suporte técnico e administrativo necessária para o exercício das funções do CMS, através da aquisição de material de consumo, equipamentos e materiais permanentes, despesas com passagens e diárias, entre outras atividades necessárias para fortalecer o controle social e alcançar o objetivo proposto.
PPA - P Aprimoramento da Gestão Estratégica do SUS	O aprimoramento da política de gestão estratégica do SUS, dar-se-a através da implementação do planejamento estratégico e participativo como alicerce de todo o processo de execução das ações e serviços de saúde, da elaboração, e revisão dos instrumentos da gestão e orçamentários quais sejam: Plano Plurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO Lei Orçamentária Anual - LOA, Plano Municipal de Saúde - PMS, Programação Anual de Saúde - PAS, Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior - RDQA e Relatório Anual de Gestão, bem como fortalecer a gestão através do desenvolvimento de ações de forma articulada da auditoria, ouvidoria e implementação do monitoramento e avaliação

	de forma contínua e através do sistema GPWEB, sendo que a maioria das atividades executadas nesta ação são consideradas não orçamentárias, indispensáveis para o fortalecimento e gestão do SUS.
Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde	O fortalecimento da Atenção Primária dar-se-á por meio implementação, ampliação e integração entre Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família/Saúde Bucal; da capacitação dos profissionais da Atenção Primária sobre acolhimento da demanda espontânea, facilitando o acesso da comunidade aos serviços de saúde, sobre os ciclos de vida proporcionando atenção integral desde a saúde da criança, adolescente, mulher, homem e idoso a áreas estratégicas das políticas em saúde, como alimentação e nutrição, hipertensão e diabetes, Programa Saúde na Escola - PSE e saúde prisional; realização e participação de seminários, capacitação simpósios, cursos, congressos, e eventos de amostras exitosas, pertinentes a atenção primária; implantação de serviços e protocolos; da implementação das ações de redução de mortalidade materno-infantil; do acesso ao pré-natal de qualidade, com orientações sobre o parto normal humanizado e realização de exames oportunos; da contratação de serviços de terceiros como coffee-break; da aquisição de passagens aéreas, diárias e hospedagens para garantir a participação de técnicos da Atenção Primária e colaboradores externos em eventos de interesse; da aquisição de insumos e instrumentais odontológicos; da implementação do consultório na rua; da modernização da Atenção Primária por meio da ampliação e implementação da tecnologia da informação nos CSC; da implementação do Projeto "Palmas para Todos", dentre outras atividades voltadas ao fortalecimento da Atenção Primária. As ações e serviços executados visando a implementação, ampliação e integração dos serviços da atenção primária, os quais são extrema importância para o alcançar o objetivo de ampliação e acesso às ações e serviços de saúde, com ênfase na integralidade, equidade, humanização e justiça social, considerando as redes temáticas e demais políticas de atenção e vigilância em saúde, bem como os determinantes sociais de saúde nos territórios.
PPA P - Manutenção dos Serviços da Atenção Primária	Manutenção dos serviços de Atenção Primária através da aquisição de materiais de enfermagem, odontológicos, de expediente, limpeza, construção; contratação de serviços de reprografia, telefonia, link de dados, serviços de limpeza, internet, vigilância, manutenção de equipamentos, manutenção da frota e de ar-condicionado, manutenção predial, locação de imóveis, locação e manutenção de veículos, fornecimento de energia, aquisição de fraldas para atender demanda judicial, aquisição de oxigênio e outras atividades que se façam necessárias para garantir a continuidade dos serviços ofertados.
PPA P - Estruturação e Implementação Física da Atenção Primária	A estruturação física da Atenção Primária dar-se-á por meio de construções, ampliações e reformas dos Centros de Saúde da Comunidade e aquisição de equipamentos e materiais permanentes para atender atividades necessárias que englobam as ações da Rede Atenção e Vigilância em Saúde - RAVS.
Aprimoramento de Ações e Serviços de Vigilância em Saúde	O aprimoramento das ações e serviços da vigilância em saúde dar-se-á por meio do desenvolvimento de ações de educação em saúde nas diversas áreas de Vigilância em Saúde, com realização de oficinas, seminários, conferências, congressos, simpósios, fóruns, aperfeiçoamentos e capacitações, além de apoio aos técnicos da vigilância para participação em eventos internos e externos, sendo para tal necessário a aquisição de passagens e diárias, realização de inscrições, contratação de empresa especializada em fornecimento de coffee break, pagamento de hospedagem para colaboradores externos, contratação de serviços de consultorias, pagamento de hora/aula (GAI), confecção de

	<p>pastas, brindes e outros materiais de distribuição gratuita, produção e distribuição de material informativo e educativo, dentre outros materiais. O aprimoramento das ações e serviços de vigilância em saúde também ocorrerá por meio do desenvolvimento e manutenção de projetos especiais como o Projeto Vida no Trânsito, Projetos de Vigilância e Prevenção de Violência e Acidentes, RCBP, Ações Inovadoras em Hanseníase, dentre outros projetos; do monitoramento, avaliação e divulgação dos resultados obtidos; busca de editais ou outras formas complementares de financiamento; e da realização de campanhas de prevenção e de mobilização social, sendo necessária, para isso, a contratação de grupo teatral, a aquisição de material didático, de premiações culturais e artísticas, o pagamento de horas-extras, a aquisição de insumos e materiais de consumo, confecção de faixas, contratação de carro de som, dentre outros. Também estão inseridas nesta ação todas as atividades relacionadas à informação, educação e comunicação em saúde através da produção e divulgação de informações epidemiológicas, como boletins epidemiológicos com análise da situação de saúde, elaboração de notas técnicas, notas de esclarecimentos e informes epidemiológicos, sejam por meio impresso, como confecção de material gráfico e/ou por veiculação em mídia. Também está contemplado nesta ação o pagamento de indenização de transporte aos agentes de vigilância sanitária e inspetores sanitários, e pagamento de diárias para os agentes de endemias (campanha antirrábica na zona rural).</p>
<p>Implementação das Ações do Complexo Laboratorial da Saúde</p>	<p>Realização dos exames de doenças de notificação compulsória, de entomologia e análise de qualidade da água. Monitoramento e avaliação dos laboratórios de análise clínicas credenciados. Implantação do serviço de citologia e anatomia patológica, Chamamento público através de Edital de Credenciamento para contratualização de serviços de saúde não ofertados pela rede própria de saúde, havendo necessidade de adquirir exames junto à rede privada de saúde, de forma a complementar os serviços ofertados pela rede própria, com o devido controle da produção (faturamento), monitoramento e avaliação dos serviços prestados, entre outros.</p>
<p>Estruturação e Implementação Física da Vigilância em Saúde.</p>	<p>A estruturação física da Vigilância em Saúde dar-se-á por meio da construção da Rede de Frios Municipal (Porte I). Aquisição de equipamentos e materiais permanentes para atender atividades necessárias que englobam as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, vigilância ambiental, Unidade de Controle de zoonoses, Imunização, informações estratégicas em saúde.</p>
<p>PPA P - Gerenciamento das Ações e Serviços de Vigilância em Saúde</p>	<p>O gerenciamento das ações e serviços de Vigilância em Saúde ocorrerá por meio do provimento de insumos laboratoriais e de enfermagem, materiais de consumo, manutenção de ar-condicionado, material de expediente e de limpeza, contratação de empresas para manutenção e conservação de veículos, combustíveis, lavagem e locação de veículos, postagem, telefonias fixa e móvel, vigilância eletrônica e armada, manutenção da frota, locação de imóvel, serviço de reprografia, manutenção predial, pagamento de indenização de transporte, materiais de distribuição gratuita, fórmula láctea infantil, aquisição de EPI's, dentre outros insumos necessários à realização das ações de vigilância epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, vigilância ambiental, Unidade de Controle de Zoonoses, imunização e informações estratégicas em saúde.</p>
<p>PPA P - Manutenção de Recursos Humanos da Atenção Primária</p>	<p>A manutenção de recursos humanos na atenção primária é necessária para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Compete realizar, entre outros, dimensionamento de profissionais, manter cadastro de servidores atualizados, registrar e controlar a frequência de servidores, lançar remunerações, incluir adicionais</p>

	previstos nas legislações pertinentes, pagar a segurança comunitária e patrimonial, conferir prévia e efetuar pagamento dos servidores.
PPA - P Manutenção de Recursos Humanos da Vigilância em Saúde	A manutenção de recursos humanos na vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador) é necessária para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Compete realizar, entre outros, dimensionamento de profissionais, manter cadastro de servidores atualizados, registrar e controlar a frequência de servidores, lançar remunerações, incluir adicionais previstos nas legislações pertinentes, pagar a segurança comunitária e patrimonial, conferir prévia e efetuar pagamento dos servidores.
Fortalecimento de Atenção Secundária em Saúde	Fortalecimento e modernização da Atenção Secundária através de atividades educativas, visitas técnicas, supervisão clínica institucional, elaboração de protocolos, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços, capacitação e participação em eventos, aquisição de materiais gráficos e realização de eventos técnicos científicos, acerca dos serviços de média e alta complexidade, da política de saúde mental, álcool e outras drogas e urgência e emergência.
PPA P - Manutenção da Atenção Secundária em Saúde	Manutenção dos serviços de atenção secundária ofertados através da aquisição de materiais de enfermagem, odontológicos, de expediente, limpeza, construção; serviços de reprografia, telefonia, internet, vigilância, limpeza, alimentação, fornecimento de gases medicinais; manutenção de equipamentos, manutenção predial, locação de imóveis, locação e manutenção de veículos e ambulâncias, custeio de passagens e ajuda de custo para pacientes de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, e outras atividades que se façam necessárias para a continuidade dos serviços.
PPA P - Estruturação e Implementação Física da Atenção Secundária em Saúde	A estruturação física da Atenção Secundária dar-se-á por meio das construções, ampliações e reformas das unidades que compõem a atenção secundária, bem como a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e implantação de novos serviços para atender atividades necessárias que englobam as ações da Rede Atenção e Vigilância em Saúde - RAVS.
Fortalecimento de Atenção Secundária em Saúde	Fortalecimento e modernização da Atenção Secundária através de atividades educativas, visitas técnicas, supervisão clínica institucional, elaboração de protocolos, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços, capacitação e participação em eventos, aquisição de materiais gráficos e realização de eventos técnicos científicos, acerca dos serviços de média e alta complexidade, da política de saúde mental, álcool e outras drogas e urgência e emergência.
Manutenção dos Serviços Credenciados de Média e Alta Complexidade	Credenciamento de empresas prestadoras de serviços de saúde para a realização de consultas, exames e procedimentos de forma a complementar os serviços ofertados pela gestão municipal do SUS a população própria e referenciada nos termos da Portaria Ministerial nº 1.606 de 11 de setembro de 2001.
PPA P - Manutenção de Recursos Humanos da Atenção Secundária	Manutenção de recursos humanos da atenção secundária por meio do dimensionamento de profissionais, cadastro atualizado de servidores, registro e controle da frequência de servidores, lançamento de remunerações, inclusão de adicionais previstos nas legislações pertinentes, pagamento da segurança comunitária e patrimonial, conferência prévia e efetuação do pagamento dos servidores.
PPA - P Manutenção da Assistência Farmacêutica	Manutenção dos serviços de Assistência Farmacêutica por meio da aquisição, distribuição, prescrição, dispensação de medicamentos, acompanhamento e avaliação através do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HÓRUS e implantação do Projeto de Farmácia Clínica.
Manutenção dos Serviços Administrativos	Despesas de natureza administrativa que não puderam ser

<p>da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas</p>	<p>apropriadas nos programas temáticas, que compreendem: serviços administrativos ou de apoio; manutenção e o uso de frota veicular; manutenção e conservação de bens imóveis próprios do município, cedidos ou alugados, despesas com tecnologia de informação e comunicação, que incluem o desenvolvimento de sistema de informações, locação, aquisição de equipamentos e contratação de serviços técnicos e outros afins; despesas com viagens e locomoção, incluindo aquisição de passagens, aquisição de uniformes, pagamento de diárias e afins; aquisição de equipamentos de informática, aquisição de móveis e demais materiais permanentes e outros afins; demais atividades necessárias à gestão e à administração da unidade, aquisição de EPIs e ferramentas, aquisição de equipamentos e material permanente entre outras despesas.</p>
<p>PPA P - Manutenção de Recursos Humanos da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas</p>	<p>A manutenção de recursos humanos da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas é necessária para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Compete realizar, entre outros, dimensionamento de profissionais, manter cadastro de servidores atualizados, registrar e controlar a frequência de servidores, lançar remunerações, incluir adicionais previstos nas legislações pertinentes, pagar a segurança comunitária e patrimonial, conferir prévia e efetuar pagamento dos servidores.</p>
<p>Fomento às ações de Inovação, Ciência e Tecnologia em Saúde</p>	<p>Fomentar pesquisas científicas, tecnológicas e a inovação voltadas para a melhoria das condições de saúde da população e para o aprimoramento dos mecanismos e ferramentas de gestão, regulação e atenção à saúde no âmbito do SUS, é destinado aos estudantes, docentes e trabalhadores da área da saúde, visando o aperfeiçoamento e à especialização em área profissional, como estratégias de articulação entre as políticas nacionais de educação permanente em saúde, de humanização e de ciência, tecnologia e inovação em saúde, no âmbito da rede municipal de saúde de Palmas-To, para o fortalecimento dos projetos de formação e iniciação científica do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde.</p>
<p>PPA - P Fortalecimento das Ações do Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde</p>	<p>Esta ação integra as ações de educação permanente e educação popular em saúde são realizadas de forma contínua pelas áreas técnicas e unidades de saúde da rede sob a responsabilidade e suporte acadêmico e pedagógico da fundação escola de saúde pública de palmas. Entre as ações previstas estão a capacitação de servidores, realização de atividades de promoção da política de educação permanente e educação popular em saúde (oficinas, seminários, cursos, etc), brigadas estudantis de promoção à saúde, manutenção e fortalecimento dos projetos de formação e iniciação científica em saúde e o programa integrado de residências em saúde aprovados pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Sendo necessário a disponibilização de estrutura para as atividades de formação em serviço, aquisição de material de consumo e permanente (livros, computadores, recursos áudio visuais) e formação de preceptores e tutores, bem como a aquisição de equipamentos de informática e de áudio e vídeo, consultorias, aquisição de materiais pedagógicos e de apoio, capacitação dos servidores e participação em eventos externos, confecção de material gráfico (certificados, crachá, banners, faixa, ploters etc) e aquisição de material de consumo e permanente entre outros</p>
<p>Manutenção dos Serviços Administrativos</p>	<p>Despesas de natureza administrativa que não puderam ser apropriadas nos programas temáticas, que compreendem: serviços administrativos ou de apoio; manutenção e o uso de frota veicular; manutenção e conservação de bens imóveis próprios do município, cedidos ou alugados, despesas com tecnologia de informação e comunicação,</p>

	<p>que incluem o desenvolvimento de sistema de informações, locação, aquisição de equipamentos e contratação de serviços técnicos e outros afins; despesas com viagens e locomoção, incluindo aquisição de passagens, aquisição de uniformes, pagamento de diárias e afins; aquisição de equipamentos de informática, aquisição de móveis e demais materiais permanentes e outros afins; demais atividades necessárias à gestão e à administração da unidade, aquisição de EPIs e ferramentas, aquisição de equipamentos e material permanente, reformas e ampliações das unidades dentre outros que se fizerem necessários ao bom desenvolvimento das atividades.</p>
Manutenção de Recursos Humanos	<p>A manutenção de recursos humanos de apoio a gestão do SUS é necessária para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Compete realizar, entre outros, dimensionamento de profissionais, manter cadastro de servidores atualizados, registrar e controlar a frequência de servidores, lançar remunerações, incluir adicionais previstos nas legislações pertinentes, pagar a segurança comunitária e patrimonial do Sistema Único de Saúde, conferir prévia e efetuar pagamento dos servidores.</p>

10

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

PMS 2018 - 2021

“Que o amor seja a marca mais profunda em tudo que for planejado e realizado”.

Desconhecido

Diretriz - Garantir o direito à saúde, com acesso e atenção de qualidade

O acesso à saúde constitui um dos eixos centrais na implementação de um modelo de saúde que pressupõe a defesa da vida. Exige a ampliação da capacidade dos serviços de atender as necessidades de saúde da população, de forma oportuna, contínua e, sobretudo, assegurando o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema, por meio das Redes de Atenção à Saúde.

Neste sentido, esta diretriz trata do fortalecimento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS no intuito de ampliar e qualificar o acesso da população, considerando os determinantes sociais e a realidade local/territorial, por meio do modelo de redes de atenção estruturadas para o enfrentamento de situações agudas e crônicas, de linhas de cuidado efetivas, da organização de fluxos, humanização, maior articulação entre os pontos de atenção da rede, integralidade da atenção, gestão da clínica e vigilância em saúde, empregados em todos os ciclos de vida.

Objetivo: Ampliar e qualificar o acesso às ações e serviços de saúde, com ênfase na integralidade, equidade, humanização e justiça social, considerando as redes temáticas e demais políticas de atenção e vigilância em saúde, bem como os determinantes sociais de saúde nos territórios.

A implementação desse objetivo requer, dentre outras ações, a coordenação do cuidado por meio de redes temáticas e políticas de saúde aprimoradas e articuladas, considerando as necessidades da população, as particularidades locais/territoriais, os recursos disponíveis, o fortalecimento da governança e o controle social para o desenvolvimento de práticas de atenção e gestão em saúde efetivas que possam, de fato, ampliar e qualificar o acesso da população às ações e serviços públicos de saúde.

Apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos na gestão da saúde municipal, em Palmas-TO, a ampliação e qualificação do acesso ainda é um desafio a ser superado, visto que depende de vários fatores, sendo alguns identificados durante a elaboração do PMS/PPA 2018-2021, dentre eles: a relevância de manter a cobertura

populacional estimada das Equipes de Saúde da Família em 100%, de ampliar a cobertura da saúde bucal, de implantar o MACC em 100% dos CSC's, de reduzir as taxas de morbi-mortalidade, de reduzir a ausência dos usuários nas consultas médicas especializadas, de melhorar a ambiência dos CSC's com construções de novos centros, reformas e ampliações, de implementar as linhas de cuidado, assim como a política integral à saúde da mulher, a farmácia clínica e a unidade de acolhimento.

Para o período de 2018-2021, visando ampliar e qualificar o acesso às ações e serviços de saúde, serão adotadas algumas estratégias, dentre as quais destacamos:

- ✓ Organizar a estrutura assistencial, segundo as condições de saúde (crônicas e agudas) e a resposta social a essas condições pelo sistema de atenção à saúde;
- ✓ Elaborar linhas de cuidado de forma participativa e baseada em evidências, com ênfase no autocuidado apoiado, visando a organização do fluxo dos indivíduos e de um sistema de referência e contrarreferência dinâmico, direto, ascendente, integrado, territorializado e focado na garantia da continuidade do cuidado do usuário nos diversos pontos de atenção à saúde;
- ✓ Implementar a Gestão da Clínica oportunizando a incorporação de medidas de promoção, prevenção e reabilitação por meio de abordagem clínica do processo de produção do cuidado;
- ✓ Garantir a efetivação das políticas públicas de saúde, por meio do 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;
- ✓ Promover o acesso seguro e uso racional de medicamentos, otimizando a farmacoterapia a partir de práticas clínicas tradicionais, integrativas e complementares no âmbito dos serviços de saúde da RAVS;

- ✓ Fortalecer as ações de vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e da saúde do trabalhador, de forma integrada, garantindo sua articulação com as demais ações da RAVS;
- ✓ Garantir maior efetividade dos sistemas de apoio e sistemas logísticos da RAVS;
- ✓ Aprimorar o marco regulatório da saúde garantindo o acesso e a qualidade na atenção à saúde e os direitos do cidadão/usuário.

Metas	Indicadores	Fórmula de cálculo
Manter em 100%, até 2021, a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família.	Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família	$(N^{\circ} \text{ de equipe ESF} + N^{\circ} \text{ de equipe ESF equivalente}) * 3.450 / \text{População no mesmo local e período} * 100$
Ampliar, de 87,5% para 100%, a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal, até 2018.	Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde Bucal	$(\text{Soma da carga horária dos cirurgiões-dentistas}/40) * 3.450 / \text{População no mesmo local e período} * 100$
Implantar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas - MACC em 100% dos Pontos de Atenção da RAVS, em 2018.	Percentual de Pontos de Atenção da RAVS com Modelo de Atenção às Condições Crônicas.	$(\text{Número de Pontos de Atenção da RAVS com Modelo de Atenção às Condições Crônicas implantado} / \text{Número de Pontos de Atenção da RAVS}) * 100$
Manter a taxa de mortalidade infantil em no máximo 12 até 2021.	Taxa de Mortalidade Infantil	$(\text{Número de óbitos em menores de 1 ano de idade em determinado ano e local de residência} / \text{Número de nascidos vivos nesse mesmo local e ano}) * 1000.$
Reduzir o número de óbitos de crianças menores de 1 ano por causas evitáveis em 10% ao ano, até 2021.	Percentual de óbitos de crianças menores de 1 ano por causas evitáveis.	$(\text{Número de óbitos em crianças menores de 01 ano por causas evitáveis em determinado local e período} / \text{Número de óbitos de crianças menores de 1 ano em determinado local e período}) * 100.$
Reduzir o número de óbitos maternos por causas evitáveis, em 100%, até 2021.	Proporção de óbitos maternos por causas evitáveis.	$(\text{Número de óbitos maternos por causas evitáveis} / \text{Número de óbitos maternos}) * 100, \text{ em determinado local e período.}$
Ampliar 10 (dez) Centros de Saúde da Comunidade - CSC, até 2019.	Número absoluto de Centros de Saúde da Comunidade ampliados.	Número absoluto de Centros de Saúde da Comunidade ampliados.
Implantar 01 (um) Complexo Laboratorial de Média e Alta	Número de Complexo Laboratorial de Média e Alta Complexidade e	Número de Complexo Laboratorial de Média e Alta Complexidade e Vigilância em Saúde implantada, em

Complexidade e Vigilância em Saúde, até 2018.	Vigilância em Saúde implantada.	determinado local e período.
Construir 07 (sete) Centros de Saúde da Comunidade, até 2021.	Número absoluto de CSC em Taquaruçu construído.	Número absoluto de CSC em Taquaruçu construído, em determinado período.
Reformar 33 Centros de Saúde da Comunidade, até 2021.	Número absoluto de CSC reformados.	Número absoluto de CSC reformados, em determinado local e período.
Construir o Centro de Parto Normal até 2020.	Número absoluto de Centro de Parto Normal construído	Número absoluto de Centro de Parto Normal construído
Implantar a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2018.	Número absoluto de Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher implantada	Número absoluto de Serviço de Atenção Integral à Saúde da Mulher implantada
Diminuir de 20% para 5% o percentual de ausência dos usuários nas consultas médicas especializadas agendadas até 2021.	Percentual de ausência dos usuários nas consultas médicas especializadas agendadas	(Número de consultas médicas especializadas agendadas não realizadas / número de consultas médicas especializadas agendadas) x 100
Contratualizar com 40% dos municípios do Estado do Tocantins pela Programação Pactuada Integrada – PPI, nos termos Convênio de Cooperação Técnica até 2021.	Percentual de municípios que realizaram a contratualização dos serviços referenciados pela PPI através do Convênio de Cooperação Técnica	(Número de municípios que realizaram a contratualização dos serviços referenciados pela PPI através do Convênio de Cooperação Técnica / Número total de municípios com serviços referenciados em Palmas pela PPI) x 100
Transferir a Unidade de Pronto Atendimento da Região Sul próximo à linha do BRT até 2020.	Número absoluto de Unidade de Pronto Atendimento transferido	Número absoluto de Unidade de Pronto Atendimento transferido
Reformar o Complexo de Atenção à Saúde até 2020.	Número absoluto de prédio reformado.	Número absoluto de prédio reformado.
Implantar a Unidade de Acolhimento Adulto até 2019.	Número absoluto de Unidade de Acolhimento Adulto implantada.	Número absoluto de Unidade de Acolhimento Adulto implantada.
Ampliar o Laboratório de Próteses Dentárias até 2018.	Número absoluto de Laboratório de Próteses Dentárias ampliado.	Número absoluto de Laboratório de Próteses Dentárias ampliado.
Construir o CAPSi até 2020.	Número absoluto de CAPSi construído.	Número absoluto de CAPSi construído.
Construir a sede própria do CAPS II até 2020.	Número absoluto de sede própria do CAPS II construído.	Número absoluto de sede própria do CAPS II construído.

Aumentar de 0,87 para 1,22 a taxa de cobertura dos centros de atenção psicossocial até 2020.	Taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial	$[(n^{\circ} \text{ Caps i} \times 0,5) + (n^{\circ} \text{ Caps ii}) + (n^{\circ} \text{ Caps iii} \times 1,5) + (n^{\circ} \text{ de Caps i}) + (n^{\circ} \text{ Caps ad}) + (n^{\circ} \text{ de Caps ad iii} \times 1,5) / \text{população em determinado período}] \times 100.000$
Construir a sede própria do SAMU até 2020.	Número absoluto de sede própria do SAMU construída	Número absoluto de sede própria do SAMU construída
Reduzir o número de trotes recebidos pelo SAMU – 192 de 8% para 5% até 2020.	Percentual de trotes recebidos pelo SAMU	$(\text{Número de trotes recebidos} / \text{número total de ligações recebidas pelo SAMU}) \times 100$
Realizar 100% das ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios, anualmente, até 2021.	Percentual de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias à todos os municípios desenvolvidas.	$(\text{Número de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias à todos os municípios desenvolvidas em Palmas-TO} / \text{Número de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias à todos os municípios}) \times 100.$
Ampliar a Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses, em 2018.	Número de Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses estruturada e ampliada.	Número de Unidade de Vigilância e Controle de Zoonoses estruturada e ampliada, em Palmas-TO, em determinado período.
Realizar anualmente, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue em 80% dos imóveis, até 2021.	Número de ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue realizados em 80% dos imóveis.	Número de ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue realizados em 80% dos imóveis, em Palmas-TO, em determinado período.
Reduzir em 5% ao ano a incidência de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, até 2021.	Coeficiente de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano.	$(\text{Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade} / \text{Número de nascidos vivos em Palmas-TO, em determinado período}) \times 1000.$
Realizar no mínimo 02 de testes de sífilis por gestante anualmente, até 2021.	Número de testes de sífilis por gestantes.	Número de testes de sífilis por gestantes realizados, em Palmas-TO, em determinado período.
Manter anualmente, até 2021, em menor ou igual a 01 o número de casos novos de Aids em menores de 5 anos de idade, residentes em Palmas.	Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos de idade.	Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos de idade, em Palmas-TO, em determinado período.
Ampliar, em 10% ao ano, a taxa de detecção de HIV e favorecer o diagnóstico precoce, até 2021.	Número de casos de HIV notificados.	$\text{Taxa de detecção do ano atual} / \text{taxa de detecção do ano anterior} \times 100$
Manter a proporção de contatos examinados de casos novos de	Proporção de contatos intradomiciliares examinados de casos	Número de contatos examinados de hanseníase por local de residência/número de contatos

hanseníase, anualmente, em no mínimo 92%, até 2021.	novos de hanseníase.	registrados de hanseníase por local de residência atual x 100
Manter no mínimo em 90% a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase, até 2021.	Proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase nos anos da coorte.	Número de casos novos de hanseníase residente/total de casos de hanseníase diagnosticados residentes no mesmo local x100
Manter em 85% a proporção de cura de casos novos de TB pulmonar bacilífera, até 2021.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	(Casos novos de TB que receberam alta por cura, residentes em Palmas-TO, em determinado período/ Todos os casos novos de TB, exceto os casos cuja situação de encerramento foi mudança de diagnóstico, mudança de esquema, falência e TBDR, residentes em Palmas-TO, em determinado período) x 100.
Manter, até 2021, a realização de exames anti-HIV para 90% dos casos novos de tuberculose.	Percentual de exames anti-HIV realizados entre casos novos de TB.	(Casos novos de TB com resultados positivos e negativos para HIV, residentes em Palmas-TO, num determinado período/ Todos os casos novos de TB, exceto os casos cuja situação de encerramento foi mudança de diagnóstico, mudança de esquema, falência e TBDR, residentes em Palmas-TO, em determinado período) x 100.
Realizar a testagem para HIV em 100% dos casos novos de Leishmaniose Visceral, até 2021.	Proporção de testagem para HIV aos casos novos de Leishmaniose Visceral	Número de casos novos de Leishmaniose Visceral diagnosticados/Número de casos diagnosticados com Leishmaniose Visceral testados para HIV x100
Realizar a testagem para HIV em 100% dos casos novos de Leishmaniose Tegumentar, até 2021.	Proporção de testagem para HIV aos casos novos de Leishmaniose Tegumentar	Número de casos novos de Leishmaniose Tegumentar diagnosticados/Número de casos diagnosticados com Leishmaniose Tegumentar testados para HIV x100
Manter anualmente, até, menor ou igual a 02 (dois) o número absoluto de óbitos por arbovírus (Dengue, Zika Vírus e Febre de CHIKV), até 2021.	Número absoluto de óbitos por arbovírus (Dengue, Zika Vírus e Febre de CHIKV).	Número absoluto de óbitos por arbovírus (Dengue, Zika Vírus e Febre de CHIKV), em Palmas-TO, em determinado período.
Manter anualmente menor ou igual a 02 (dois) o número de óbitos por leishmaniose visceral, até 2021.	Número de óbitos por leishmaniose visceral.	Número de óbitos por leishmaniose visceral, em Palmas-TO, em determinado período.
Manter em 0,6, a razão de exames citopatológicos (a cada três anos) em mulheres na faixa etária de 25 a 64	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado	Número de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos/população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos/3

anos , até 2021.	local e a população da mesma faixa etária.	
Manter em 0,3, anualmente a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade, até 2021.	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população de determinado local e população da mesma faixa etária.	Número de mamografias para rastreamento realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos/População feminina na faixa etária/2
Ampliar de 16% para 90% o seguimento de mulheres com atipias celulares em colo de útero na faixa etária de 25 a 64 anos, até 2021.	Proporção de mulheres em seguimento de atipias celulares em colo de útero na faixa etária de 25 a 64 anos, em Palmas-TO.	(Número total de seguimento realizados em mulheres com atipias celulares nos resultados de exames de citologia do colo de útero em determinado período/número do total de exames de citologia que apresentaram laudo com atipia celular no mesmo período) x 100.
Manter a Incidência Parasitária Anual (IPA) de malária autóctone em Palmas-TO < ou igual a 1/100 habitantes, até 2021.	Incidência parasitária anual de malária.	(Número de casos autóctones de malária/população residente em determinado local e período) x 1000
Investigar 100% dos óbitos por Acidente de Trabalho, no município de Palmas, anualmente, até 2021.	Proporção de óbitos por acidentes de trabalho investigados.	(Número de óbitos por acidentes de trabalho investigados/ Número de óbitos por acidentes de trabalho ocorridos em Palmas-TO, em determinado período) x 100.
Ampliar em 30%, ao ano, a Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho, no município de Palmas.	Número de vigilâncias em ambientes e processos de trabalho.	Número de vigilâncias em ambientes e processos de trabalho realizadas em Palmas-TO, em determinado período.
Construir, em 2019, 01 (uma) Central de Rede de Frios para o município.	Número de Central de Rede de Frios construídas.	Número de Central de Rede de Frios construídas, no município, em determinado período.
Manter 13 Núcleos de Apoio à Saúde à Família - NASF, até 2021.	Número absoluto de Núcleos de Apoio à Saúde à Família.	Número absoluto de NASF no município de Palmas-TO, em determinado período.
Manter a Equipe de Consultório na Rua com acompanhamento das pessoas em situação de rua, até 2021.	Número absoluto de Equipe de Consultório na Rua.	Número absoluto de Equipe de Consultório na Rua no município de Palmas-TO, para acompanhamento das pessoas em situação de rua, no município de Palmas-TO, em determinado período.
Realizar o acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família, em no mínimo	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	Número de famílias beneficiárias pelo programa com perfil de saúde acompanhadas pela atenção básica na última vigência do ano/Número total de famílias beneficiárias do

60%, até 2021.		Programa com perfil de saúde na última vigência x 100
Diminuir a proporção de gravidez na adolescência em 1% ao ano, até 2021.	Proporção de gravidez na adolescência.	Número de adolescente grávidas no período/Número total de gestante x 100
Ampliar o percentual de parto normal, chegando a 43%, até 2021.	Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar	Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos/Número de nascidos vivos de todos os partos x 100
Ampliar de 72% para 75% o percentual de gestantes que iniciam pré-natal até 12 semanas, até 2021.	Percentual de gestantes que iniciam pré-natal até 12 semanas.	Número de gestante que iniciaram o pré-natal com até 12 semanas/número total de gestantes cadastradas x100
Ampliar de 74% para 78% a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal, até 2021.	Proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	Número de nascidos vivos de mães que realizaram até 7 consultas de pré-natal/ número total de gestantes cadastradas x100
Implantar a Farmácia Clínica em 100% dos territórios de saúde do município até 2018.	Percentual de territórios com farmacêuticos incluídos no NASF	(Nº de farmacêuticos incluídos no NASF/nº de NASF no município de Palmas) x 100
Ampliar a cobertura vacinal para 95% até 2021.	Percentual Cobertura vacinal ampliada	Número de vacinas com coberturas vacinais adequadas dividido pelo número total de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança X 100
Manter anualmente menor ou igual a 03 o número de óbitos maternos até 2021.	Número de óbitos maternos	Número absoluto de óbitos maternos
Ampliar de 04 para 08 testes rápidos/gestante (sífilis, HIV, hepatite B e C, no pré-natal até 2020.	Número de testes rápido realizados em gestante.	Número absoluto de testes rápido realizados em gestante(sífilis, HIV, hepatite B e C)
Investigar, anualmente, 100% dos óbitos maternos de mulheres residentes em Palmas - TO até 2021.	Proporção de óbitos maternos investigados.	total de óbitos maternos investigados/total de de óbitos maternos x 100
Investigar 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.	Total de óbitos por MIF investigados/Total de óbitos por MIF x 100
Manter em 100% o percentual de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, até 2021.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	1,2 x PCT + 1,0 x PT + 1,0x PCRL/3,2

Encerrar, anualmente, no mínimo 85% das doenças compulsórias registradas no SINAN, em até 60 dias a partir da data de notificação, até 2021.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerradas em até 60 dias após notificação.	Número de casos de notificados no SINAN encerrados em 60 dias/Número de casos notificados no SINAN x 100
Ampliar a investigação dos óbitos infantis e fetais de 82% para 100%, até 2021.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	Número de óbito infantis investigados/número de óbitos infantis x 100
Manter em no máximo 3% a proporção de registro de óbitos com causa básica mal definida de residentes em Palmas.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Número de óbitos com causa básica definida/Número de óbitos x 100
Implantar 10 (dez) linhas de cuidado na Rede de Atenção e Vigilância em Saúde até 2019(infecto-contagiosas, materno-infantil, risco cardiovascular, síndrome metabólica, oncologia, farmácia clínica, práticas integrativas e complementares, antropozoonoses, causas externas e fatores de risco e promoção da saúde).	Número absoluto de linhas de cuidado implementada.	Número absoluto de linhas de cuidado implementadas na RAVS.

Diretriz - Fortalecer a Gestão do SUS

Promoção e implementação do Planejamento Estratégico e participativo, qualificar a gestão orçamentária e financeira de modo a otimizar os recursos, buscar inovações e qualificar os processos de trabalhos de modo que ações e serviços de saúde sejam ofertadas com qualidade e com tempo oportuno. Destacamos também o fortalecimento dos serviços de auditoria, ouvidoria, bem como o monitoramento e avaliação das ações de saúde como qualificação da gestão e dos serviços.

Objetivo - Fortalecer a Gestão Estratégica, através de planejamento estratégico, auditoria, ouvidoria e do monitoramento e avaliação das ações de saúde, contribuindo para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito municipal.

Este objetivo se propõe a desenvolver estratégias que visem aperfeiçoar o ambiente produtivo e social que resulte em novos produtos, serviços ou processos, assim como a agregação de novas funcionalidades ou características, que possam resultar em melhorias e em efetivo ganho de qualidade ou desempenho aos serviços e ações em saúde, consolidando assim o planejamento estratégico e participativo como alicerce de todo o processo de execução das ações e serviços de saúde, buscando para tanto a qualificação dos processos de trabalhos dentro das unidades de saúde, sede administrativa, dos processos de gerenciamento de logística, de buscar inovações nos processos de trabalho, visando o incremento da eficiência e economicidade das ações de saúde, bem como aperfeiçoar o processo de monitoramento e avaliação, de modo a otimizar os recursos, manter a rede abastecida, serviços implantados e implementados, principalmente diante da limitação de recursos financeiros em função do subfinanciamento.

Neste processo foi realizada uma análise situacional e discussões com os gestores, áreas técnicas, o controle social e a população em geral quando foram identificados alguns problemas dentre os quais: Ministério da Saúde já vem de alguns anos sem atualizar os repasses que tem como base o número de população, quando destacamos o PAB Fixo, cujo repasse é com base na população de 2012, farmácia básica que até então recebia R\$ 5,10 por habitante/ano com base na população do ano de 2011 e somente em agosto de 2017 teve atualização para R\$ 5,58 e a população com estimativa IBGE de 2016, ademais o município implanta serviços, os quais são devidamente aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS, Comissão Intergestora Bipartite - CIB e há uma morosidade para habilitação por parte do Ministério da Saúde, conseqüentemente comprometendo a execução das ações e serviços em razão da demora da liberação do recurso financeiro.

Em análise a execução de anos anteriores constatamos que o município de Palmas é o maior financiador da saúde, dentre os 3 entes - União, Estado e Município, contudo, o percentual executado de aplicação em ações e serviços público de saúde

tem decrescido. Por sua vez o Estado repassa recursos somente relativos às pactuações do SAMU, UPAS, Farmácia Básica e do CAPS, havendo, portanto a necessidade de um financiamento maior. Foi identificado também a necessidade de qualificar os processos de trabalhos em geral e de aperfeiçoar o processo de monitoramento e avaliação.

Com a finalidade de contribuir para o alcance deste objetivo destacamos algumas estratégias:

- ✓ Implementação do planejamento estratégico situacional;
- ✓ Gestão organizada em rede;
- ✓ Fomento as inovações de tecnologias, visando o incremento da eficiência e economicidade das ações de saúde;
- ✓ Qualificação da gestão orçamentária e financeira (financiamento, captação de recursos, investimentos e custeio), a indução dos resultados e a transparência da informação por meio da modernização administrativa/tecnológica;
- ✓ Fortalecimento da gestão compartilhada com os entes federados, considerando suas respectivas responsabilidades, por meio dos instrumentos de gestão e contratualização do SUS;
- ✓ A transparência ocorre por meio das ações permanentes de controle interno (auditoria, fiscalização e visitas técnicas
- ✓ Fortalecimento dos canais de interação com os usuários do SUS mediante a implementação de ouvidoria em saúde e a transparência das ações de controle interno, auditoria, visitas técnicas;
- ✓ Qualificação os processos de gerenciamento da logística para prover insumos, materiais, equipamentos e mobiliário necessários ao desenvolvimento das ações de saúde;
- ✓ Qualificação dos processos em relação aos prestadores de serviços complementares (empresas, instituições públicas e/ou privadas), por meio de processos de contratualização, avaliação e monitoramento;

- ✓ Contratação de ações, metas, indicadores e rotinas de reorientação de práticas junto aos servidores da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com as especificidades e responsabilidades de cada serviço;
- ✓ Implantação do programa de Trainee como estratégia de qualificação profissional para o desenvolvimento de lideranças, com ênfase na gestão em saúde;

Metas	Indicadores	Fórmula de Cálculo
Contratar com 100% dos servidores que recebem a gratificação de Atividade Finalística e Técnica no SUS (GSUS) metas de produtividades vinculadas a área de atuação.	Percentual de contratação dos servidores	$\text{Número de servidores que recebem a GSUS com contratação} / \text{n}^\circ \text{ total de servidores que recebem a GSUS} \times 100.$
Implantar sistema de gestão dos almoxarifados integrados ao Centro de Logística em 100% das unidades assistenciais e administrativas da gestão municipal do SUS em 2018.	Proporção de unidades assistenciais e administrativas com sistema de gestão dos almoxarifados implantados.	$\text{Número de unidades assistenciais e administrativas com sistemas de gestão dos almoxarifados implantados} / \text{n}^\circ \text{ total de unidades assistenciais e administrativas} \times 100.$
Realizar anualmente, auditoria extraordinária em 100% das demandas solicitadas.	Percentual de auditorias extraordinárias realizadas	$\text{Número de auditorias extraordinárias realizadas} / \text{n}^\circ \text{ de auditorias extraordinárias recebidas} \times 100$
Realizar anualmente 14 auditorias ordinárias.	Auditorias ordinárias realizadas.	Número absoluto de auditorias ordinárias realizadas.
Implementar em 2018, 100% do Planejamento Estratégico na gestão de saúde.	.Percentual do Planejamento Estratégico na gestão de saúde.	$\text{Número de unidades assistenciais e administrativas com planejamento estratégico implantado} / \text{Número total de unidades assistenciais e administrativas} \times 100.$
Ampliar o índice de alcance de metas físicas do PPA de 86% para 98% até 2021.	Percentual de execução das metas físicas das ações do PPA.	$\text{Número de metas físicas alcançadas no PPA} / \text{n}^\circ \text{ total de metas físicas previstas} \times 100.$
Realizar o monitoramento e avaliação de 100% dos planos de ação por meio do GPWEB.	Percentual de monitoramento e avaliação dos planos de ação por meio do GPWEB realizados	$\text{Número de monitoramento e avaliação dos planos de ação realizados por meio do GPWEB} / \text{n}^\circ \text{ total de planos de ação existentes} \times 100.$
Implantar a política de gestão de pessoas, baseada em resultados, no âmbito da gestão municipal do SUS.	Política de gestão de pessoas implantada	Número absoluto de política de gestão de pessoas implantada

Traçar o Perfil profissional de 100% dos servidores até 2019.	Percentual de contratualização dos servidores	Número de servidores com perfil profissional traçado / nº total de servidores da gestão municipal de saúde X 100.
---	---	---

Diretriz - Informação, Comunicação, Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS

Esta diretriz consiste em promover a valorização do SUS como política de Estado, por meio de estratégias de comunicação, ciência, tecnologia e inovação do SUS, portanto, comunicar e inovar o SUS como política pública de todos.

Objetivo: Promover a ciência, tecnologia e inovação no âmbito do SUS visando incrementar o desempenho do sistema e promover o pertencimento dos trabalhadores e usuários ao SUS.

Produzir e fomentar a comunicação, ciência, tecnologia e inovação no SUS é de grande relevância, a gestão municipal busca com este objetivo fortalecer o SUS - defender o direito universal à saúde é tarefa cotidiana, pois demanda enfrentamento daqueles que fazem uso dos meios de comunicação com intuito de desconstruir o SUS. Para tanto é necessário, dentre outros, promover a produção, a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS, bem como, desenvolver estratégias que visem aperfeiçoar o ambiente produtivo e social que resulte em novos produtos, serviços ou processos, assim como a agregação de novas funcionalidades ou características, que possam resultar em melhorias e em efetivo ganho de qualidade ou desempenho aos serviços e ações em saúde.

A informação, ciência, tecnologia e inovação em saúde é um componente estratégico para a construção e organização do SUS. Atualmente, contamos com diversos sistemas de informação que consolidam dados e orientam as decisões na gestão em saúde. Todavia, persiste o quadro de fragmentação das informações em saúde e a necessidade da implantação de sistemas informatizados que integrem as bases de dados, outro problema identificado durante este processo de elaboração do

PMS/PPAS foi a necessidade de trazer as informações para o cotidiano da população, de identificar também os pontos fracos e fortes da política de comunicação, ciência, tecnologia e as quais são as perspectivas dos profissionais e usuários do SUS em relação ao trabalho da gestão. A Informação, comunicação, ciência, tecnologia e inovação no SUS é um desafio que se une ao fortalecimento da participação e do controle social e abaixo citamos algumas estratégias, as quais poderão contribuir para o alcance deste objetivo:

- ✓ Fomentar a consolidação de uma narrativa contra hegemônica e da valorização do SUS como política de Estado, por meio de estratégias de comunicação;
- ✓ Registrar e produzir material de comunicação a partir do diagnóstico e análise da situação de saúde nos territórios;
- ✓ Lançar as bases de um sistema comum de comunicação em rede para compartilhamento de informações e experiências em saúde pública, bem como de experiências exitosas no SUS;
- ✓ Articular a rede de comunicadores sociais em saúde, vinculando instituições públicas e privadas, na construção da TV Web Educação & Saúde do SUS;
- ✓ Desenvolver estratégias que visem aperfeiçoar o ambiente produtivo e social que resulte em novos produtos, serviços ou processos, assim como a agregação de novas funcionalidades ou características, que possam resultar em melhorias e em efetivo ganho de qualidade ou desempenho aos serviços e ações em saúde;
- ✓ Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS;
- ✓ Melhoria da conectividade entre as Unidades de Saúde e os sistemas de informação;

- ✓ Garantir infraestrutura tecnológica e o desenvolvimento de sistemas de informação locais potentes e integrados que subsidiem a tomada de decisões oportunas e a avaliação da eficiência das ações e serviços de saúde nos diversos níveis de gestão da RAVS.

Metas	Indicadores	Fórmula de Cálculo
Implantar em 2018 um sistema de informação de comunicação integrado em toda a rede de saúde.	Sistema informação de comunicação implantado.	Número absoluto de Sistema informação de comunicação implantado.
Elaborar e atualizar anualmente o Plano de Informação, Educação e Políticas de Comunicação do SUS.	Elaboração de Plano de Informação, Educação e Políticas de Comunicação do SUS.	Número de plano elaborado e atualizado
Criar anualmente 20 campanhas publicitárias e informativas para divulgar e fortalecer os serviços de saúde oferecido para os usuários.	Campanhas publicitárias e informativas criadas.	Número absoluto de campanhas publicitárias e informativas criadas.
Implementar o Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas.	Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas implementado	Número absoluto do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas implementado.
Ofertar suporte científico e acadêmico anualmente a 100% dos pesquisadores vinculados a Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas através do Núcleo de Apoio à Pesquisa no SUS.	Percentual de suporte científico e acadêmico aos pesquisadores ofertados	$\text{Número de suporte científico e acadêmico ofertados aos pesquisadores} / \text{n}^\circ \text{ total de pesquisadores} \times 100.$

Diretriz - Participação e Controle Social

Fortalecer a participação e controle social estimulando a participação de usuários e entidades da sociedade no processo de implantação, implementação e avaliação dos serviços prestados pelo SUS, promovendo assim inserção dos mesmos no processo de controle e formulação das políticas públicas de saúde.

Objetivo: Fortalecer as instâncias de controle social em saúde e espaços de participação popular, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação do cidadão.

É de fundamental importância que o cidadão assuma sua participação na gestão, isto implica não somente exercer o controle social no que se refere a fiscalização da aplicação dos recursos públicos, mas que participem da formulação das políticas públicas contribuindo assim com o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. A participação contínua da sociedade na gestão pública é um direito assegurado pela Constituição cidadã promulgada em 1988, a qual estabeleceu princípios norteadores das ações do Estado e do Sistema Único de Saúde entre eles a equidade e a participação social ou o controle social, os quais precisam constantemente de reforços nos equipamentos de saúde e nas comunidades com atividades de formações, educativas, conscientização e empoderamento de pessoas, grupos, comunidade, organizações sociais, trabalhadores do SUS entre outros para que as pessoas possam ser agentes ativos na garantia desses direitos e sua efetivação. As ideias de participação e controle social estão intimamente relacionadas: por meio da participação na gestão pública, os cidadãos podem intervir na tomada da decisão administrativa, orientando a Administração para que adote medidas que realmente atendam ao interesse público. Esta gestão comunga da importância do controle social, inclusive, dentre outros presta contas de sua atuação nos termos das legislações.

Um dos desafios que a gestão tem encontrado é a implantação de conselhos locais em todos os Centros de Saúde da Comunidade, a falta de mecanismos de mobilização permanente dos cidadãos para participar deste processo e a inexistência de estrutura física, logística para a permanente atuação dos conselhos locais de saúde. Contudo, a gestão não tem medido esforço e os frutos já são colhidos com contínuas mobilizações tanto que no ano de 2017 já foram implantados 26 Conselhos Locais de Saúde. Para a concretização das intenções contidas neste objetivo estão previstas algumas iniciativas que entre outras se destacam:

- ✓ Garantia da participação social por meio de conselho municipal, conselhos regionais e locais de saúde;

- ✓ Garantia da formação para os conselheiros, população, movimentos sociais e para os trabalhadores sobre controle social e participação popular.
- ✓ Garantia da estrutura necessária para o funcionamento dos conselhos de saúde tanto o municipal quanto os locais com apoio logístico, estrutural, administrativo para seu pleno funcionamento e a execução de atividades planejadas.
- ✓ Criação e manutenção de uma rede entre os atores do controle social;
- ✓ Realização de parcerias com entidades e órgãos a fim de fortalecer a formação e capacidade de organização dos movimentos sociais e do controle social;

Metas	Indicadores	Fórmula de Cálculo
Implantar até 2019, Conselhos Locais de Saúde, em 100% dos Centros de Saúde da Comunidade.	Percentual de Conselhos Locais de Saúde implantados	Número de conselhos locais implantados/ Nº total de centros de saúde da comunidade X 100
Implantar até 2019, Conselho Regional de Saúde em 100% dos territórios de saúde.	Percentual de Conselhos Regionais de Saúde implantados	Número de conselhos regionais implantados/ Nº total de territórios de saúde municipais X 100

Diretriz - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde

Esta diretriz se propõe buscar estratégias para potencializar a valorização profissional e da educação em saúde, consolidando assim o modelo de gestão estratégica e participativa, com diálogo permanente e reafirmando os princípios democráticos do SUS, valorizando assim o desenvolvimento da autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos nos processos de produção da saúde.

Objetivo: Ampliar e fortalecer a política municipal de educação permanente em saúde como eixo estruturante da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde de Palmas.

Este objetivo visa fortalecer o Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde (PMEPS) como instrumento de transformação, ampliando o conhecimento e os saberes existentes e desenvolver uma postura ativa que transforme em ação, que se reconheçam como sujeitos do processo. Portanto, essa formação deve ser permanente, motivando assim a busca de conhecimentos. A necessidade de respostas a implementação de uma política de valorização e de educação permanente fez com que a gestão instituisse PMEPS no âmbito da Rede Municipal de Saúde de Palmas, como mecanismo de operacionalização de Política Municipal de Educação Permanente em Saúde, bem como estratégia de qualificação da rede de saúde de Palmas por meio do desenvolvimento de perfis de competência em Assistência, Gestão e Educação em Saúde nos trabalhadores da saúde. A gestão tem avançado também com a instituição da mesa de negociação, consolidando assim um modelo de gestão estratégica e participativa, com diálogo permanente com os Sindicatos e os trabalhadores da saúde A MESA/SUS/Palmas. É composta por 06 (seis) representantes da Secretaria Municipal da Saúde e 06 (seis) representantes das entidades/associações sindicais representativas dos servidores. Mas apesar dos avanços, há muitos desafios a serem superados, tais como: problemas que emergem no dia-a-dia, que exigem análises, debates e propostas, em muitos dos casos exigem mudanças de comportamento como a falta de humanização para com os usuários do SUS, razão pela qual é necessário que a formação profissional provoque o desenvolvimento de práticas para potencializar ações e serviços resolutivos e humanizados.

Com finalidade de contribuir para o alcance do presente objetivo, serão adotadas várias estratégias, quando destacamos as descritas abaixo:

- ✓ Implementar e monitorar indicadores de desempenho na Secretaria Municipal da Saúde, bem como qualificar pessoas para a gestão orientada para resultados.

- ✓ Sistematizar o uso de informações quanto ao perfil profissional na adequada alocação de profissionais para potencializar o desenvolvimento do trabalho;
- ✓ Fortalecer a Mesa de Negociação Permanente do SUS como espaço de democratização das relações de trabalho.

Metas	Indicadores	Fórmula de Cálculo
Ampliar de 40% para 100% até 2021 o número de servidores envolvidos em processos contínuos de Educação Permanente em Saúde.	Percentual de servidores envolvidos em processos contínuos de Educação Permanente em Saúde	Número envolvidos em processos contínuos de Educação Permanente em Saúde / N° total de servidores da Secretaria Municipal de Saúde X 100
Realizar no mínimo 03 reuniões anuais do Colegiado Gestor do Sistema Integrado Saúde-Escola do Sistema Único de Saúde (SISE-SUS).	Reuniões do Colegiado Gestor do Sistema Integrado Saúde-Escola do Sistema Único de Saúde (SISE-SUS) realizados.	Número absoluto de reuniões do Colegiado Gestor do Sistema Integrado Saúde-Escola do Sistema Único de Saúde (SISE-SUS) realizados.
Monitorar e avaliar quadrimestralmente 100% dos programas e projetos de formação e iniciação científica vinculados ao Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde.	Programas e projetos de formação e iniciação científica vinculados ao Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde monitorados e avaliados.	Número de programas e projetos de formação e iniciação científica vinculados ao Plano Municipal de Educação Permanente em Saúde monitorados e avaliados/ N° total de programas e projetos de formação e iniciação científica X 100
Capacitar 100% dos conselheiros municipais de saúde até 2018.	Percentual de conselheiros municipais de saúde capacitados.	Número de conselheiros capacitados / N° de conselheiros municipais X 100.
Capacitar anualmente 100% dos Fiscais de Contrato.	Percentual de fiscais de contratos capacitados.	Número de fiscais de contrato capacitados / N° total de fiscais de contratos X 100.
Capacitar 300 cidadãos, entre conselheiros locais, lideranças de movimentos sociais e comunidade, até 2019.	Número de cidadãos capacitados.	Número absoluto de cidadãos capacitados.



11

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Do acompanhamento da Gestão do
SUS

“Todas as diretrizes são resultado de um planejamento e todo planejamento é resultado de sonhos.”

Flávio Augusto

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

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

A atividade do M&A atuará na articulação intra e interinstitucional e na orientação de órgãos/entidades, com vista a ampliar a capacidade de análise quanto à implementação de ações e Programas de forma a retroalimentar o ciclo de gestão do planejamento. O processo contínuo de acompanhamento visa à obtenção de informações para subsidiar decisões e permitir a tempestiva identificação e superação de problemas, contribuindo para a obtenção dos resultados programados, ao mesmo tempo que torna transparente à sociedade o desempenho da administração pública.

Desse modo, enquanto instrumento de monitoramento, fornecer aos atores do processo os meios necessários para programar, acompanhar e controlar a execução de programas e ações, além de propiciar uma visão global da execução do plano, fornecendo informações essenciais ao agente político, responsável pela condução estratégica da gestão municipal.

No município, utiliza-se dentre outros a estratégia de designação de servidor, por meio de portaria para coordenar os trabalhos de execução das ações e o monitoramento dos objetivos, metas, indicadores, assim como da execução orçamentária-financeira das metas físicas do PMS/ PPA. Estes serão os agentes responsáveis, pelo acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações dispostas

no PMS/PPA e quando na revisão do mesmo apresentarão propostas de alterações para o ano seguinte.

A implementação das práticas de monitoramento e avaliação no âmbito do governo municipal, permite verificar a existência de avanços ou retrocessos no desenvolvimento dos programas. Os dados obtidos durante o processo de monitoramento e avaliação propicia a Gestão o redirecionamento do seu planejamento, tanto que surgiu a necessidade de aperfeiçoar este processo com a implantação do GPWEB que consiste em um Sistema de gerenciamento de projetos integrado com controle de indicadores, vinculação à gestão estratégica e com comunicação corporativa, de forma a ser uma ferramenta de comando e controle dos diversos portfólios e projetos.

Com base na técnica do ciclo PDCA, planejar, executar, avaliar e corrigir é realizado um acompanhamento e monitoramento de execução do plano, tendo em vista a transparência e visibilidade da gestão de saúde, levando em conta a melhoria do serviço oferecido à população.

GESTÃO DO PLANO

O planejamento tem como base diversos referenciais legais e normativos, tais como a Lei nº. 8.080/90, a Lei Complementar nº. 141/2012 e a Portaria nº. 2.135, de 25/09/2013. Esta Portaria, além de institucionalizar o processo de planejamento indicou os instrumentos responsáveis pela sua operacionalidade, destacadamente o Plano Nacional de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório de Gestão (RAG).

A periodicidade orientadora da gestão do PMS indica a necessidade de monitoramento no decorrer de cada exercício, além de avaliações anuais, de forma a assegurar transparência e visibilidade, acompanhar a dinâmica de implementação e propiciar a possibilidade de revisões periódicas.

Com relação ao monitoramento e acompanhamento da execução do PMS, o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) informará ao controle social e ao Poder Legislativo o desenrolar da execução física e financeira, bem como a situação das auditorias realizadas na fase de execução do PMS.

Como forma de avaliação anual do desempenho das metas propostas e do emprego dos recursos orçados, o PMS conta com o Relatório de Gestão (RAG). Por determinação da Lei nº. 141/12, o Poder Público municipal deverá submeter o RAG à deliberação do Conselho Municipal de Saúde. Dessa forma, explicitará os resultados anuais alcançados com a execução da PAS, gerando subsídios para orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Por outro lado, o PMS apresenta em anexo um rol de indicadores que, ao final do período correspondente, possibilitará uma avaliação global do desempenho setorial.

Merece destaque também o alinhamento entre a programação do Plano Plurianual (PPA) e o PMS com o Monitoramento Quadrimestral; essa relação, aprimorada nos últimos quatro anos durante o período de vigência do PMS 2014-2017, permitiu a gestão identificar os pontos fortes e pontos fracos em sua atuação, o que tem aperfeiçoado o processo de planejamento e, conseqüentemente, a interface com o controle social. As observações originadas desse processo possibilita uma análise mais consistente de metas e indicadores do Relatório Anual de Gestão (RAG), originando também ganho de resultados nas apreciações do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

A operacionalização dessas iniciativas, de forma coordenada e intercalada, possibilitará a integração do processo de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde com o PMS, proporcionando ganhos de qualidade e resultados alcançados pela gestão na execução da política nacional de saúde.



12

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar; não apenas planejar, mas também acreditar”.

Anatole France

O desenvolvimento do conjunto de ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde para o período de 2018 a 2021 deverá garantir o alcance dos objetivos, das metas para a melhoria da saúde da população.

As diretrizes, objetivos, metas e ações propostas tem se baseado na necessidade de compatibilizar as propostas da Conferência Municipal de Saúde, o plano de governo, as definições das políticas ministeriais e estaduais, demandas locais, análises técnicas e proposições do próprio serviço dentro dos limites orçamentários e financeiros e a legislação vigente.

O resultado final a ser alcançado dependerá de determinantes da saúde dentro da conjuntura política e econômica.

As programações anuais de saúde deverão detalhar, ajustar e redefinir as ações estabelecidas nesse Plano Municipal de Saúde buscando o aperfeiçoamento do serviço de saúde para o alcance das metas com o devido acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde.

Após a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, esse Plano substituirá o Plano Municipal de saúde 2014 – 2017.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Série Cadernos de Planejamento; v.1, 2 DF, 2009.

Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990a.

_____. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Decreto 7508/2011.

_____. Ministério da Saúde. Lei complementar 141/2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.135, de 25 de setembro de 2013.

Plano Nacional de Saúde 2016-2019

Relatório Anual de Gestão da Saúde de Palmas de 2017.

PPA do Município de Palmas 2014-2017

Plano Municipal de Saúde de Palmas 2014 - 2017

Brasil. Ministério da Saúde. Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas, Brasília, 2016.

Mendes, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: MS.