Almeirim
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE
Reconstruindo Almeirim

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022 - 2025

17/12/2021

PREFEITA MUNICIPAL DE ALMEIRIM

Maria Lucidalva Bezerra de Carvalho

VICE-PREFEITO

Karol Sarjes Souza

SECRETARIAEXECUTIVA DE SAÚDE

Elza Viturina da Silva Freitas

COORDENADOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Elza Viturina da Silva Freitas

ASSESSOR JURÍDICO

Gilson da Costa Souza

ASSESSOR CONTÁBIL

Eder Sousa e Silva

COORDENAÇÃO DO DEPTº DE PLANEJAMENTO E APOIO TÉCNICO

Nilton do Rosário e Silva

COORDENADARA DA ATENÇÃO BÁSICA

Laisa Wanderleya da Costa Oliveira

COORDENAÇÃO DO DEPTº DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ellen de Costa Cassia mercês de Lima

COORDENADORA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

.....

COORDENADOR DE REGULAÇÃO E AUDITORIA

Francisca Lucinete dos Anjos

COORDENADOR ADMINISTRATIVA E FINANCEIRO

Jhonson Luiz Pinheiro dos Santos

COORDENADOR DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NASAÚDE

.....

ELABORAÇÃO DO PMS 2022 – 2025

EQUIPE TÉCNICA DE PLANEJAMENTO E COLABORADORES

DIRETOR DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ALMEIRIM

Layon Pingarilho

DIRETOR DO HOSPITAL MUNICIPAL DE MONTE DOURADO

Marcio Geremias de Souza Borges

COORDENADOR SAUDE BUCAL

Rutellene Azevedo Conceção

COORDENADORA ESF BURITIZAL

Malena da Silva Medeiros

COORDENADORA ESF CENTRO

Geane Sarges Pessoa

COORDENADORA ESF MATINHA

Mayane Cristina de Souza Freitas

COORDENADORA ESF NOVA VIDA

Marcio Alessandro do Nascimento Marinho

COORDENADORA ESF SÃO MIGUEL

Rodrigo Luis Batista Moraes

COORDENADORA ESF PLANALTO

Beatriz de Macedo da Costa

COORDENADORA ESF MUNGUBA
Yaraomiw O. D. Moreira da Silva

COORDENADORA DA UBS FLUVIAL
Mara Brito da Silva

COORDENADOR VIGILÂNCIA SANITÀRIA

Marcos Antônio Rocha Ferreira Junior

LISTA DE SIGLAS

RS	Região de Saúde
CF	Constituição Federal
PIRT	Plano de Intervenção Regional do Tapajós
MS	Ministério da Saúde
HCOR	Hospital do Coração
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará
DSEI-RT	Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós
CIRT	Comissão Intergestores Regional do Tapajós
COAP	Contrato Organizativo das Ações Públicas em saúde
PA	Projeto de Assentamento
PDS	Projeto de Desenvolvimento Sustentável
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
PVM	Programa Municípios Verdes
CPHTA	Companhia de Portos e Hidrovias do Estado do Pará
AHE	Aproveitamentos Hidroelétricos
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CIB	Comissão IntergestoresBipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
RAS	Rede de Atenção à Saúde
PTFD	Programa de Tratamento Fora do Domicílio
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
SAE	Serviço de Atenção Especializada
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRSC	Centro de Referência em Saúde da Criança
CRSM	Centro de Referência em Saúde da Mulher
CRSI	Centro de Referência em Saúde do Idoso

ISO/IEC	Organização Internacional de Normalização/Comissão Eletrotécnica Internacional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
CEREST	Centro Especializado de Referência em Saúde do Trabalhador
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
HRBA	Hospital Regional do Baixo-Amazonas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONDECA	Conselho de Direitos da Criança e Adolescente
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
CMMFI	Conselho de Mortalidade Materno Fetal Infantil
PIB	Produto Interno Bruto
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
AIS	Agente Indígena de Saúde
ESB	Equipe de saúde Bucal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
DDA	Doenças Diarreicas Agudas
FAPESPA	Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas
SEPLAN	Secretaria de Estado de Planejamento
IPS AMAZONIA	Índice de Progresso Social Amazônia
SIVEP/DDA	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – Doenças

Diarreicas Agudas

SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
IST/AIDS	Infecção Sexualmente Transmissível/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
NOAS/SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
PIRT	Plano de Intervenção Regional do Tapajós
9º CRS	9º Centro Regional de Saúde

LISTA DE QUADROS

Figura 01	Mapa do Estado do Pará .....
Figura 02	Mapa com localização das comuni município de Almeirim
Figura 03	Características distancias da copara a sede do Município.
Figura 04	Mapa de Infestação por Aedes Aegipty em Monte Dourado
Figura 05	PA 423 Almeirim Monte Dourado .....
Figura 06	Distribuição da Rede de Atenção à Saúde de Almeirim ...
Figura 07	Descrição do Conceito de RAS .....
Figura 08	Organograma da Secretaria de Saúde.....
Figura 09	Região de Saúde do Baixo Amazonas .....
Figura 10	Organização do fluxo de acesso aos serviços de Saúde Almeirim

Lista de Tabelas

Tabela 01 Numero de deficiente no Município de Almeirim.
Tabela 02 Taxa de crescimento populacional de Almeirim...
Tabela 03 FLUXO MIGRATORIO DA POPULAÇÃO.....
Tabela 04 Taxa de Fecundidade Total.....
Tabela 05 Taxa de Esperança de vida .....
Tabela 06 Índice de envelhecimento.....
Tabela 07 Mortalidade segundo alguns capítulos do CID-10.
Tabela 08 Mortalidade por CID 10, segundo Faixa etária .....
Tabela 09 Mortalidade por Cap CID 10, segundo sexo,raça
Tabela 10 Taxa bruta de mortalidade (por mil hab)*.....
Tabela 11 Mortalidade segundo alg cap do CID-10 por anos
Tabela 12 Mortalidade proporcional (%) por faixa etária.....
Tabela 13 Mortalidade Proporcional por grupo de causas.
Tabela 14 Percentual de Óbitos Gerais, Óbitos Mal Definidos.
Tabela 15 Óbitos externos por categoria CID 10 sexo
Tabela 16 Óbitos por grupo CID causas externa
Tabela 17 Óbitos por acidentes e grupo CID 10causas externa por faixa etária
Tabela 18 Nº absoluto de mortalidade infantil,
Tabela 19 Série histórica de mortalidade materna
Tabela 20 CASOS NOTIFICADOS
Tabela 21 Número de casos notificados Dengue em Residentes
Tabela 22 Número e Proporção de Imóveis Visitados no Programa de Controle da Dengue
Tabela 23 Número autocne e IPA Anual de malaria
Tabela 24 Número de casos por local provável de infecção
Tabela 25 Distribuição de Estabelecimentos SUS por esfera
Tabela 26 Distribuição de Leitos SUS e não SUS
Tabela 27 Internações, % de partos, Óbitos e Taxa de Mortalidade
Tabela 28 Internações, Media permanência e Taxa Mortalidade
Tabela 29 Internação no Hospital Estadual de Laranjal do Jari de Residentes de Almeirim
Tabela 30 Recursos humanos
Tabela 31 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL - IDHM

Tabela 32	Produtos agrícolas, quantidade produzida, área colhida
Tabela 33	Produto Interno Bruto - PIB
Tabela 34	Perfil da produção extrativista e da silvicultura
Tabela 35	Perfil da produção madeireira de florestas nativas
Tabela 36	Perfil de Empregos 2015
Tabela 37	Descrição do PIB por setor da economia
Tabela 38	Matrícula na Educação Infantil por dependência
Tabela 39	Matrícula na Educação Infantil por localização
Tabela 40	Número de matrículas do Ensino Fundamental
Tabela 41	Percentual da população de 06 a 14 anos que frequenta a escola
Tabela 42	Percentual de pessoas de 16 anos com pelo menos o Ensino Fundamental concluído
Tabela 43	Número de matrícula no Ensino Médio por Escola (Pública
Tabela 44	IDEB observado e projetado para o Ensino Fundamental
Tabela 45	Matrícula inicial da EJA por dependência administrativa no período de 05 anos.
Tabela 46	População residente de 15 anos ou mais de idade alfabetizadas
Tabela 47	Proporção de Domicilios
Tabela 49	Distribuição da Cobertura Populacional das Equipes de Saúde da Família
Tabela 49	Produção Complexidade: **Atenção Básica**
Tabela 50	Número de Ações Básicas em Odontologia
Tabela 51	Número E RAZÃO (RZ) de exames citopatológicos de colo uterino no SUS
Tabela 52	Serie histórica de entrega medicamentos
Tabela 53	Série Histórica de Gestantes inscritas
Tabela 54	Complexidade: **Media Complexidade**
Tabela 55	Complexidade: Não se aplica
Tabela 56	Procedimentos realizados em Santarem
Tabela 57	Procedimentos realizados em Belém
Tabela 58	Segundo Internações, % de partos,Óbitose Taxa de Mortalidade
Tabela 59	Internações, Media permanência e Taxa Mortalidade
Tabela 60	Internação no Hospital Estadual de Laranjal do Jari de Residentes de Almeirim
Tabela 61	Internação MUNICIPIO DE RESIDENCIA ALMEIRIM
Tabela 62	Morbidade Hospitalar por grupo de causas, segundo raça, sexo

Tabela 63 Produção dos Laboratórios
Tabela 64 Número e Taxa de detecção de Hanseníase
Tabela 65 Número e Taxa de Incidência de Tuberculose em Residentes
Tabela 66 Planilha Cadastro e formas de Abastecimento de água
Tabela 67 Mananciais e pontos de captação do SAA
Tabela 68 Resultado de exames de rotina nos sistemas de Abastecimento de água
Tabela 69 Planilha de produção da Vigilância Sanitária
Tabela 70 População Indígena
Tabela 71 Proposta de Plano Anual de Saúde Indígena
Tabela 72 Percentual de aplicação municipal em Saúde
Tabela 73 Aplicação per capita dos recursos na saúde
Tabela 74 %R.Imp. Transf.Const.Legais
Tabela 75 %R.Líquida Total
Tabela 76 Orçamento da SMS
Tabela 77 Número de processos demandados por via judicial
Tabela 78 Numero de Atendimento de Urgência via aérea
Tabela 79 RECURSOS FINANCEIROS – PPA - PLANO PLURIANUAL - QUADRIÊNIO 2018-2021

Lista de Gráficos

Gráfico 01 POPULAÇÃO RESIDENTE, SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS 22
Gráfico 02 POPULAÇÃO: DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, SEXO E SITUAÇÃO DO DOMICILIO 24
Gráfico 03 Demonstrativo de mortalidade proporcional por grupo de causas 34
Gráfico 04 Nº absoluto de mortalidade de causas externas, segundo tipo de causa 36
Gráfico 05 Taxa de Mortalidade por Neoplasias, por 100.000 hab 38
Gráfico 06 Coeficiente de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal – (por 1.000 NV) 39
Gráfico 07 **N º de casos de Malária** no Município 45
Gráfico 08 Nº de casos de MalariaFalciparum 45
Gráfico 09 Nº de casos Malária Falciparum no Município de Almeirim Local Provável de Infecção 46
Gráfico 10 Domicílios particulares permanentes e Classe de rendimento 55
Gráfico 11 População residente de 10 anos ou mais 56

Gráfico 12	Domicílios particulares com Abastecimento de Agua	61
Gráfico 13	Domicílios com Banheiro e Sanitário	62
Gráfico 14	Domicílios com Destino de Lixo	
Gráfico 15	Tipo de Domicílios	
Gráfico 16	Numero de Equipes de Saúde da Família e saúde Bucal	
Gráfico 17	Número de exames realizados no Laboratório Municipal	
Gráfico 18	Evolução percentual de recursos aportados para o SUS em Almeirim	
Gráfico 19	Série Histórica do Orçamento de Recursos Municipais	

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO

2 . CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO
2.1.1 .Histórico (Origem e Formação)
2.1.2. Estado/Região/Município
2.1.3 Limite, Localização, Distritos
2.2 Condições de Saúde

3. ANALISE SITUACIONAL DA SAÚDE

3.1 **Estrutura do Sistema de Saúde**
3.1.1 Rede Física de Atendimento em Saúde
3.1.2. Estrutura Administrativa
3.1.3. Estrutura de Recursos Humanos
3.1.4. Programação Pactuada Integrada
3.1.5. Estrutura da atenção hospitalar
3.1.6. Estrutura da atenção de média e alta complexidade
3.1.7. Estrutura de equipamentos

3.2 .Rede de Atenção a Saúde
3.2.1 Atenção Primária
3.2.2. Saúde do Idoso
3.2.3. Saúde do Homem
3.2.4. Saúde da Mulher
3.2.5. Saúde da Criança e Adolescente
3.2.6. Assistência Farmacêutica
3.2.7. Rede de Atenção Psicossocial
3.2.8. Rede de Atenção à pessoa com deficiência
3.2.9. Rede Cegonha
3.2.10. Atenção em Oncologia
3.2.11. Atenção de Alta Complexidade em Traumato – Ortopedia
3.2.12. Atenção ao Portador de Doenças Cardiovasculares.
3.2.13. Atenção ao Portador de Doenças Renal Crônica
3.2.14.Atenção em Transplantes
3.2.15. Atenção Especializada
3.2.16.Laboratorio municipal
3.2.17. Rede Hospitalar
3.2.18. Atenção às Urgências e Emergências
3.2.19 Vigilância em Saúde
3.2.19.1 Vigilância Epidemiológica
3.2.20. Vigilância dos Agravos Transmissíveis
3.2.21. Vigilância dos Agravos não Transmissíveis
3.2.23 Rede de Frio
3.2.24 Programa de Controle e eliminação da Hanseníase
3.2.25. Programa Municipal de Controle da Tuberculose

3.2.26 Vigilância em Saúde Ambiental
3.2.27 Vigilância Saúde do Trabalhador
3.2.28 Vigilância Sanitária
3.2.29 Controle de Zoonoses
3.2.30. Atenção à saúde da população indígena e populações tradicionais

***3.3*Condições Sociosanitárias**
*3.3.1*Panorama Demográfico
3.3.2 .Aspectos Socioeconômicos
3.3.3 .Condições de Vida, Trabalho e Ambientais
3.3.4 Perfil de Mobimortalidade

3.4 Fluxos de Acesso
2.4.1 - Acesso a Ações e Serviços de Saúde

3.5. Recursos financeiros
3.5.1 Financiamento

***3.6.* Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**
3.6.1 Gestão Estratégica e Participativa
3.6.2 Planejamento
3.6.3 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

3.7. Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde e Gestão
3.7.1 Participação e controle Social
3.7.2 Ouvidoria
3.7.3 Regulação e Auditória
3.7.3.1 Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde – CNES
3.7.3.2 Tratamento Fora de Domicilio – TFD

4. Eixos, Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
5. Recursos Financeiros - Plano Plurianual
6. Monitoramento e Avaliação

7. Referências Bibliográficas

1. APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Almeirim foi elaborado em momento de importantes mudanças na estrutura organizacional e conceitual do modo de planejar a atuação do Município com o intuito de tornar esse território Amazônico e as pessoas que o habitam, os protagonistas das ações que serão desenvolvidas. A sua construção foi embasada a partir da observação da situação de saúde nas discussões coletivas, ocorridas durante Reuniões do Grupo Técnico, promovido pelo Município, Conselho de Saúde, com participação dos usuários do SUS, com o propósito de traçar estratégias de superação das suas dificuldades, no que diz respeito ao acesso, à disponibilidade dos serviços de saúde, ao subfinanciamento do SUS, viabilizando a criação/adequação de políticas de saúde que atendam essas necessidades e englobe a garantia dos direitos humanos e sociais, em consonância com os princípios deste sistema, de forma a trazer ganhos em saúde para toda a população, tendo como base um processo de planejamento participativo entre Trabalhadores de Saúde representantes do Usuário, técnicos em planejamento de saúde e secretário municipal de saúde.

Nesse contexto, concebe-se o Planejamento da Saúde como um processo pelo qual o Município assume o papel de garantidor dos direitos sociais conforme instituído na Constituição Federal de 1988, (e) tendo como base um processo de planejamento participativo. O plano está concentrado nas necessidades sociais em saúde identificadas e direcionadas ao estabelecimento das prioridades de intervenção, garantindo o uso eficaz dos recursos alocados com centralidade no usuário, sustentado, sempre nos valores fundamentais do SUS, acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Art.2 da Lei 8080/19/09/1990.

Dentre os vários problemas discutidos e analisados foram destacados dois, considerados de extrema importância para o Município: a Mortalidade Infantil. Este tema foi considerado muito relevante considerando os altos

índices de mortalidade infantil existente no Município de Almeirim, contrastando com os índices do resto do país e regiões, que já são considerados altos.

Essas situações são consideradas relevantes, visto que as soluções para chegarmos a níveis aceitáveis não dependem exclusivamente do setor saúde, é preciso haver desenvolvimento socioeconômico, emprego, renda, saneamento, educação, segurança alimentar, entre outros aspectos capazes de juntos, reduzir estes índices inaceitáveis. A violência no transito é responsável por um significativo aumento nos óbitos por causas externas no Município, assim como, doenças decorrentes da obesidade que têm como causas e consequências situações para além da área da saúde.

2.CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

2.1.1 Histórico (Origem e Formação)

O Município de Almeirim surgiu da criação de uma Vila, chamada de Aldeia do Parú, pelos frades capuchos de Santo Antônio, para catequizar os índios na época.

Em 22 DE Fevereiro de 1758 foi elevada a categoria de Vila, pelo então Governador Xavier de Mendonça Furtado e a 17 de Março de 1890, através do Decreto n.º 109, passou a categoria de Município.

Porém, no período da Independência do Brasil veio a ser extinta, em virtude da preocupação do Governo da Capitania de expandir os domínios portugueses para o Alto Amazonas.

Em 1835, Almeirim foi cenário de algumas das lutas da Cabanagem, fato que quase destruiu a vila. Já no período republicano, 1890, ascendeu a categoria de município. Extinto anos mais tarde, 1930, é anexado ao território de Prainha, retornando a antiga condição no mesmo ano.

Deve-se fazer um destaque na formação histórica de Almeirim, ressaltando um dos mais ousados projetos de desenvolvimento econômico brasileiro implantado na Amazônia, através dos Grandes Projetos, o Projeto Jarí. Podemos dividi-lo em quatro fases. A primeira a Fase José Júlio, que iniciou o projeto com a exploração da castanha-do-pará, borracha, maçaranduba, copaíba, andiroba e ouro. A segunda fase a Portuguesa é iniciada em 1948, após a compra da empresa de José Júlio, cujo destaque se dá pelo exportação de madeira nativa para a Europa. A fase seguinte é a partir de 20 de março de 1967, quando o norte americano Daniel Keith Ludwig assumi o Projeto Jarí e implanta a fábrica de celulose, trazida , em 01 de fevereiro de 1978 do porto de Kure, no Japão até o porto de Munguba, em Almeirim/PA. E a última fase do projeto com a nacionalização com a entrada de importantes empresários brasileiros como Augusto Trajano de Azevedo

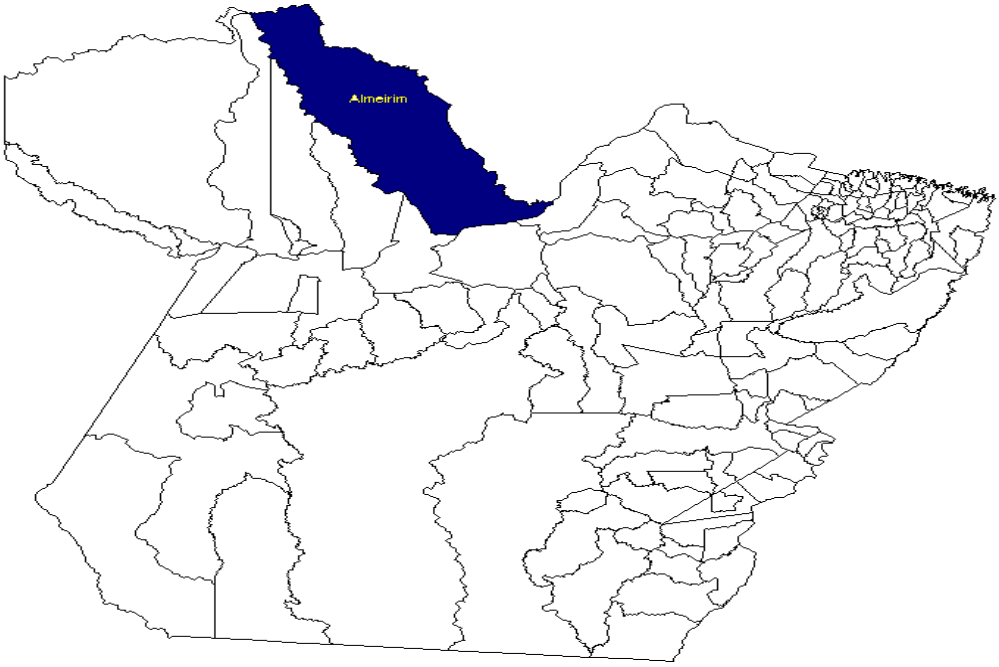
Antunes. Esse projeto através das fábricas de celulose e de mineração de caulim, no distrito de Monte Dourado, corresponde a principal fonte de renda do município.

Fonte: SEPOF/PA; Tese da Prof ª Denise Cardoso.

2.1.2 Estado/Região/Município

No mapa abaixo o município de Almeirim está localizado no Estado do Pará na região Norte do país na região do Baixo Amazonas.

Figura 01 - Mapa do Estado do Pará



2.1.3 Localização/Limites/Distritos

O Município de Almeirim pertence a mesorregião do Baixo Amazonas e a microrregião de Almeirim está localizado a margem esquerda do rio Amazonas, A sede municipal tem as seguintes coordenadas geográficas: 01º 31’ 15” de latitude Sul e 52º 34’ 45” de longitude a Oeste de Greenwinch.

limitando-se ao norte com a Suriname e Estado do Amapá, ao Sul com os municípios de Porto de Móz, Prainha ; a leste com o Estado do Amapá e Gurupá, a oeste com os municípios de Monte Alegre Alenguer e Óbidos, possui 02 distritos; Monte Dourado e Vila Arumanduba.

CLIMA

O clima da região é equatorial quente e úmido, característico das florestas tropicais. Não está sujeito a mudança significativa da temperatura, devida sua proximidade da linha do equador. A temperatura média anual varia de 35ºC a 38ºC, com duas estações, sendo os períodos de janeiro a junho com chuvas abundantes. A estação seca está compreendida entre agosto e dezembro, com maior intensidade em agosto e novembro.

TOPOGRAFIA

A topografia do Município atinge áreas expressivas ao norte de seu território, até alcançar o Planalto Cristalino das Guianas, com cotas que podem atingir 600 metros. No entanto, na sua sede, encontramos cotas em torno de 30m.

HIDROGRAFIA

A drenagem do município de Almerim é representada, principalmente, por dois afluentes da margem esquerda do Amazonas, os rios Paru de Este e Jari.

O primeiro atravessa o Município, desde sua nascente até a foz, correndo no sentido NW-SE, e recebendo alguns tributários importante. A montante, grande parte do seu curso apresenta trechos encachoeirados e, à jusante, penetra em áreas sedimentares até desembocar no Amazonas, seus afluentes principais são os rios Citaré, Itapecurú, Tucuranã, Paicuru e Urucurituba, todos pela margem direita, já que os da margem esquerda são inexpressivos.

O rio Jari, por sua vez, de curso paralelo ao Paru, nasce nos limites do Estado com o Suriname também, seu curso possui direção NW-SE. À montante atravessa trechos encachoeirados de áreas cristalinas e é o divisor natural entre o Estado do Pará e o Estado do Amapá. Apenas seus afluentes da margem direita pertencem ao Município:

São o Igarapé Paruzinho e os rios Ipitinga e Carecuru. A jusante, entra em contato com rochas sedimentares até a sua embocadura, no Amazonas.

Ao sul, destaca-se o rio Amazonas, onde, em sua margem esquerda se encontra a sede municipal e limita com os municípios de Porto de Moz e Prainha. Para ele, convergem os rios Tuaré, Jutaí e Paranaguara que limita com Prainha, todos pela margem esquerda.

ÍNDICE PLUVIOMÉTRICO

A precipitação pluviométrica com cerca de 1969 mm, com distribuição irregular durante o ano. Estação pluviosa de dezembro a junho, sendo março o mês mais chuvoso. A estação de menor pluviosidade é de julho a dezembro e apresenta totais mensais inferiores a 60mm.

O período de excesso de água no solo vai de fevereiro a julho, quando, neste último mês, chega a apresentar 217mm. Já em setembro, o mês mais deficiente apresenta 84mm.

PATRIMÔNIO NATURAL

A alteração da cobertura vegetal, observada através de imagens LANDSAT-TM, do ano de 1986, era de 2,85%.

Os principais rios, com beleza cênica são o Amazonas, Paru de Este e Jari, estes dois últimos com grande número de cachoeiras.

Contém várias serras, entre elas a do Almeirim, com altitudes de 235 m, o que exige cuidados especiais com a erosão.

Localiza-se no Município a área indígena Paru d'Este tem 1.182.800 ha (11.828 Km²), porém parte dela encontra-se no município de Monte Alegre, e o Parque Nacional Indígena de Tumucumaque, c/ 2.700.000 ha (27.000 Km²), distribuídos também, nos municípios de Monte alegre, Óbidos e Oriximiná. O governo federal criou a Estação Ecológica do Jari, com 227.126 ha sendo que, no Estado do Pará estão 163.754 ha. (1.637,54 Km²) e a outra parte está no Estado do Amapá.

GEOLOGIA E RELEVO

O arcabouço geológico é bastante complexo, nele se inserem rochas do Pré-Cambriano, onde se incluem o Complexo Guianense (granitos, migmatitos, granulitos, etc.); Grupo Vila Nova (xistos, serpentinitos, quartizitos, itabiritos,

etc);Super-Grupo Uatumã, com seus componentes: Granito Mapuera, Granodiorito Serra do Mel, Grupo Iricomé e rochas alcalinas.

Na porção mediana de seu território, constituindo uma extensa faixa com direção geral SW-NE, estão expostos os sedimentos paleozóicos da Bacia Amazônica, que englobam a Formação Trombetas (siluriano), Formação Curuá (Devoniano Superior) e Formação Itaituba, do Carbonífero Médico.

Na porção sul, estão expostos os sedimentos Cenozóicos do Grupo Barreiras (Terciário) e os aluviões do Quaternário Subatual e recente.

Por essa complexidade, suas formas de relevo se caracterizam por apresentarem áreas serranas ao norte, com cristas, inselbergs e colinas; cuestas e estruturas tabuliformes na porção central, e baixos platôs, terraços e várzeas ao sul, inseridas nas unidades morfo-estruturais Depressão Periférica Norte do Pará, Planalto Residuais do Amapá e Colinas do Amapá.

VEGETAÇÃO

A vegetação é bastante diversificada. No município de Almeirim, estão presentes os seguintes subtipos da Floresta Equatorial Latifoliada: Floresta Densa das baixas cadeias de montanhas em áreas isoladas: da serra de Tumucumaque, do alto e médio curso do rio Paru de Este e alguns de seus afluentes: Floresta Densa submontanha em relevo dissecado predominando ao norte do Equador (0º 00’), acompanhando as bacias hidrográficas do rio Paru de Este; Floresta Densa dos altos platôs da sub-região dos altos paleozóicos Pará/Amapá; Floresta Densa dos terraços(mata ciliar), ambos no médio e baixo curso do rio Paru de Este em tratos isolados; Floresta Densa submontanha em relevo aplainado e em relevo acidentado na sub-região da superfície arrasada Pará/Amapá; ao norte da Serra Pataquara e do “Front” de Cuesta denominado Planalto Maracanaquara: Neste trecho do curso do rio Paru de Este, suas margens são dominadas pela Floresta Aberta Latifoliada (cipoal) e Campos cerrado intercalando tratos de Floresta Densa numa gama diversificada de relevo, até encontrar a margem do rio Amazonas, onde predominam Campos e Florestas aluviais das regiões das Formações Pioneiras.

TIPOLOGIA DOS SOLOS

Predominam no Município o Latossolo Amarelo textura média e argilosa, Concrecionários Lateríticos Indiscriminados Distróficos textura indiscriminada, Podzólico Vermelho Amarelo textura argilosa média, Gleis e Solos aluviais eutróficos e distróficos texturas indiscriminadas.

Em menores ocorrências, aparecem os solos Litólicos Distróficos texturas indiscriminadas e Terra Roxa Estruturada.

TIPO DE ACESSO A MUNICIPIOS VIZINHOS

O acesso ao município de Almeirim ocorre através de transporte fluvial, a principal via de acesso da população aos municípios de Porto de Moz, Prainha, Alenquer, Óbidos e Gurupá. Esse tipo de transporte principal justifica-se em função da densa rede hidrográfica existente na região, e também, é responsável pela maior parte do deslocamento de pessoas e mercadorias em Almeirim. A malha rodoviária do município é composta pela PA 473, que interliga a sede municipal ao Distrito de Monte Dourado e a PA 254 que interliga Prainha sede do município de Almeirim. O acesso por via área ocorre por aeronave de pequeno porte, utilizando o aeroporto distrital de Monte Dourado.

DISTÂNCIA MÉDIA DOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS, DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA REGIÃO E DA CAPITAL

A distância média da sede do município à capital do Estado é de aproximadamente 740 km. A distância da sede ao município de Santarém, o centro de referência da região é de aproximadamente 320 km.

DISTÂNCIA DA SEDE DOS MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS E VIZINHOS BRASILEIROS E DOS PAÍSES VIZINHOS ATÉ A FRONTEIRA

A distância aproximada da sede do município para a capital do país fronteiriço é de aproximadamente 201 km. A distância da população indígena (Aldeia Bona) habitante mais próxima ao país fronteiriço é de aproximadamente de 12 km.

Os índios da aldeia Bona, localizada na Terra Indígena Parque do Tumucumaque/Norte do Pará/Amapá onde vivem os Wayana-Apalai. A viagem

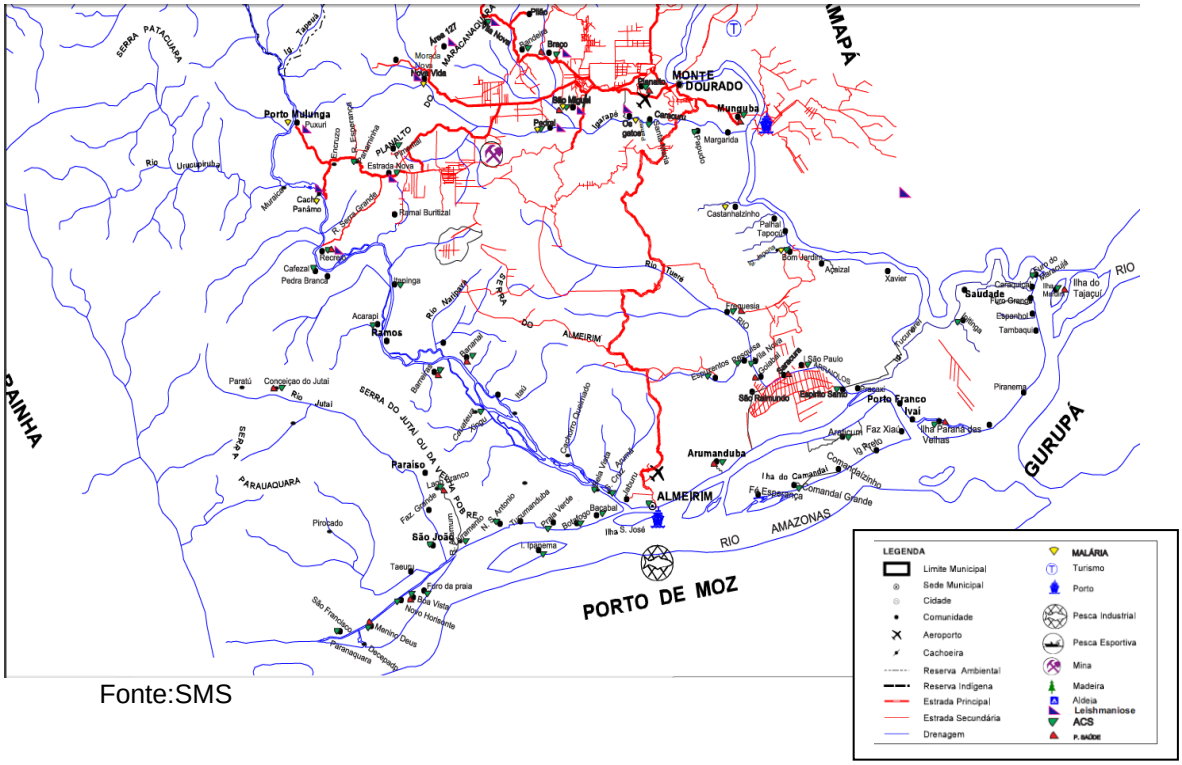
até a fronteira tem duração de 23 dias aproximadamente e é feita subindo o rio Paru, seguem por um caminho pela mata até as aldeias Wayana no Suriname onde vivem os parentes. O fluxo de viagens diminuiu bastante devido controle da FUNAI.

De acordo com as informações de Schoepf (1972, p. 56), o trajeto é o seguinte:

Seguem o Paru até o Litani, na Guiana Francesa, continuando pelo igarapé Kustuné, atingindo o Jari, depois o Mapahoni, atravessam o igarapé Kulé-Kulé e o alto Litani. Outro trajetoque parece possível é a subida até as cabeceiras do Paru, e a montante encontram o igarapé Arokoepina, e de lá vão a pé, até aos formadores do Paloemeu, no Suriname. Estes deslocamentos eram feitos por famílias, uma viagem que se prolongava por vários meses.

COMUNIDADES ABRANGENTES (No Município**)**

Figura 02 - mapa com localização das comunidades do município de Almeirim



Fonte:SMS

Figura 03 -Características distancias da comunidade para a sede do Município.

DISTÂNCIA PARA SEDE			DISTÂNCIA PARA SEDE		
COMUNIDADE	VIA DE ACESSO		COMUNIDADE	VIA DE ACESSO	
	Fluvial	Terrestre		Fluvial	Terrestre

Porto Navio	01:30	não	Jutay	04:00	não
Pracaxi	02:30	não	Fazenda Grande	04:10	não
Espirito Santo	02:50	não	Conceição do Jutay	04:50	não
Arrozal/Cujaí	03:00	não	Paratu	05:00	não
Ilha São Paulo	03:30	02:30	Taeuru	05:30	não
Saracura	03:50	02:20	Pirocado	05:50	não
Goiabal	04:00	não	Fé em Deus	02:00	não
Vila Nova	04:10	não	Furo da praia	04:30	não
Pesguisa	04:20	01:30	Ilha Ipanema	03:00	não
Vila São Raimundo	04:00	01:20	Boa Vista	04:00	não
Freguesia	04:30	02:00	Novo Horizonte	04:20	não
Espuzento	04:50	01:50	São Benedito	04:40	não
Araticum I, II	01:30	não	Menino Deus	04:30	não
Fé Esperança	01:30	não	São Francisco	04:50	não
Comandaí Grande	01:40	não	Furo Gramde	04:30	não
Comandaízinho	02:00	não	Decepado	04:50	não
Paraná das Velhas	02:30	não	Paranaquara	04:50	não
Piranema	03:00	não	Nova Arumanduba	01:30	00:40
Tambaqui	03:30	não	Pedral	não	04:30
Espanhol	04:00	não	Nova Vida 127	não	06:00
Furo Grande	04:20	não	Bandeira	não	04:30
Caraquiçal	04:50	não	Braço	não	04:20
Furo do Maracuja	05:10	não	Estrada Nova (01)	não	05:20
Ilha do Maruim	05:30	não	Encruzo	não	05:40
Laranjal	06:00	não	Panaminha	não	06:00
Puxuri	08:00	06:00	Ramal Buritizal	não	04:30
Panama	07:00	05:30	Serra Grande	não	05:00
Recreio	06:50	05:20	Rep. Pilão	não	06:00
Cafezal	06:40	não	Pimental	não	04:50
Catabau	06:30	não	Vila Nova	não	04:30
Cacau	06:20	não	São Miguel	não	04:00
Itaninga	06:10	não	Bananal - MTD	não	05:00
Mapau	06:20	não	Rep. São Militão	não	04:30
Estirão grande	06:00	não	Vila dos Gatos	não	04:30
Frei Marcos	05:40	não	Santa Maria	12:00	04:50
Santa Rosa	05:30	não	Palheta	12:30	05:00
Marauaru	05:20	não	Margarida	12:00	04:00
Acapumum	05:00	não	Vila Munguba	12:00	04:00
Irarai	04:50	não	Castanhalzinho	11:30	não
Paraíso	04:40	não	Tapocu	11:20	não
Ananaí	04:30	não	Japona	11:10	não
Acarapí	04:10	não	Bom Jardin	11:00	não
Barreira	03:50	não	Açaizal	10:50	não
Cauateua	03:30	não	Paga divida	10:30	não
Bela Vista	03:00	não	Xavier	10:20	não

Bananal	03:20	não	Tucunarí	10:00	não
Uxizal	03:10	não	Ipitinga	10:20	não
Itaú	03:00	não	Faz Saudade	11:00	não
Cachorro Queimado	02:50	não	Monte Dourado	15:00	03:00
Santa Cruz	01:00	não	Planalto	não	02:30
Arumam	01:20	não	Santo Antônio do Jari	18:00	não
Jaburu	0:30:00	não	Almeirim Sede		
Bacabal	00:40	não	Guetes	não	01:30
Botafogo	00:50	não	Goela	não	01:50
Praia Verde	01:30	não	Base	não	01:20
Tucumanduba	02:00	não	Km 30	não	00:50
Novo santo Antônio	02:10	não	Km 25	não	00:30
Livramento	02:30	não	Km 10	não	00:20
Lago Branco	03:30	não	Ramal Arumanduba	não	00:10
			Ramal Jaburu	não	00:20

3. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE:

METODOLOGIA:

Na abordagem da Análise Situacional do município foi utilizada Metodologia da Problematização e Matriz de GUT (Gravidade; Urgência; Tendencia) como ferramentas pedagógicas de identificação das necessidades de saúde e classificação de prioridades como subsídio a implementação de ações no quadriênio 2020-2025. Todos os tópicos e eixos de avaliação diagnóstica deste plano seguiram o modelo a seguir:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c)Tipo de Tendência	Cálculo
05	**Extremamente grave**	**Extremamente urgente**	**Agrava rápido**	
03	**Grave**	**Urgente**	**Piora em médio prazo**	
02	**Pouco grave**	**Pouco urgente**	**Piora em longo prazo**	
Apuração	**5**	**3**	**2**	**Total: 30**

PONTUAÇÃO E CONCLUSÃO:

Prioritária alta intervenção	Relevante média intervenção	Execução Permanente, baixa intervenção.	Execução, sem intervenção.
125----- 75	74-------27	26------- 2	1------- 0

3.1. Estrutura do Sistema de Saúde

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

A Secretaria Municipal de Saúde consiste o Órgão responsável pela estrutura administrativa e gestão da Assistência à Saúde com suporte orçamentário do Fundo de Saúde nas três esferas de governo.

Segue abaixo a discriminação da estrutura do sistema que compõem a rede pública de Saúde Municipal.

3.1.1– Rede Física de Atendimento em Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi instituído pelo Ministério da Saúde (PT/SAS 511/2000), onde determina que todos os estabelecimentos que prestem assistência à saúde, públicos e privados existentes em todo território nacional devem cadastrar-se. O cadastro compreende o conhecimento dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos, Serviços Ambulatoriais e Hospitalares. É a base para o Cartão Nacional de Saúde (CNS) dos profissionais que executam ações e ou serviços de Saúde pelo SUS no país. O número do CNES identifica o estabelecimento de saúde junto ao Ministério da Saúde e conforme Resolução Normativa ANS 71/2004, passou a ser requisito dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras e prestadores de saúde, definiu a utilização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, como identificador inequívoco do prestador.

Tabela 25: Distribuição de Estabelecimentos SUS por esfera em Almeirim - 2020

NOME DA UNIDADE	ESFERA	CÓD. CNES
CENTRO DE SAÚDE DE ALMEIRIM	MUNICIPAL	2332418
CENTRO DE SAUDE DE MUNGUBA	MUNICIPAL	2331489
CENTRO DE SAUDE SAO MIGUEL	MUNICIPAL	2331632
FISIOCLINICA	PRIVADA	5951224
REABILITAR FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA	PRIVADA	6704123
SEPACO (UNIDADE MISTA)	PRIVADA	6762964
ESPAÇO SAÚDE	PRIVADA	9086218
HOSPITAL MUNICIPAL DE MONTE DOURADO	MUNICIPAL	2331470
HOSPITAL MUNICIPAL DE ALMERIM	MUNICIPAL	2331748
POSTO DE SAUDE ARUMANDUBA	MUNICIPAL	2332337
POSTO DE SAUDE BOTAFOGO	MUNICIPAL	2677776
POSTO DE SAUDE DE BARREIRAS	MUNICIPAL	2332310
POSTO DE SAUDE DE GOIABAL	MUNICIPAL	2332361
POSTO DE SAUDE DE JUTAI	MUNICIPAL	2619954
POSTO DE SAUDE MENINO DEUS	MUNICIPAL	2332388
POSTO DE SAUDE SAO JOAO	MUNICIPAL	2332345
POSTO DE SAUDE SARACURA	MUNICIPAL	2332329
POSTO DE SAUDE BRAÇO	MUNICIPAL	7767994
U.S.F.DE PLANALTO MONTE DOURADO	MUNICIPAL	2331497
UNIDADE DE SAUDE FAMILIA DE BURITIZAL	MUNICIPAL	2619962
UNIDADE DE VIGILANCIA SANITARIA ALMEIRIM	MUNICIPAL	2332353
UNIDADE SAUDE DA FAMILIA NOVA VIDA	MUNICIPAL	2332426
UNIDADE SAUDE DA FAMILIA INTERMEDIARIO	MUNICIPAL	0271713
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	MUNICIPAL	0077668
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	MUNICIPAL	6667422

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Acesso em 16/11/21

Comentário Técnico:

A estrutura física do sistema de saúde municipal atende uma população de 34.076 habitantes (2020/IBGE estimativa). Totalizam 16 prédios públicos, onde aproximadamente 80% são próprios. Os dois laboratórios que são do SUS possuem boa estrutura. Ressalta-se que muitos prédios são antigos. Foram construídos em lógicas de funcionamento da época, necessitando de adaptação ao novo modelo de saúde, principalmente as Postos de Saúde. Atualmente a sede da SMS está localizada em prédio alugado. Todos os estabelecimentos de saúde estão devidamente cadastrados no SCNES. Exceto a UBS de Paraná das Velhas ainda em processo Administrativo e a Base do SAMU da sede do Município. Assim como as Academias de Saúde. Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

Análise e classificação diagnóstica:

Considerando que o espaço físico consiste em condição básica para desenvolver serviço de qualidade, verifica-se necessidade de reforma, ampliação e qualificação de alguns prédios. Na realidade do município ainda existem alguns prédios destinados à USF que estão localizados fora da área de abrangência da ESF dificultando o acesso aos usuários do SUS.

Classificado como relevante de média intervenção.

Proposta de Gestão

Aquisição de prédios próprios dentro da área de atuação das equipes de saúde da família e de acordo com o padrão do Ministério da Saúde para garantir o acesso e qualidade aos

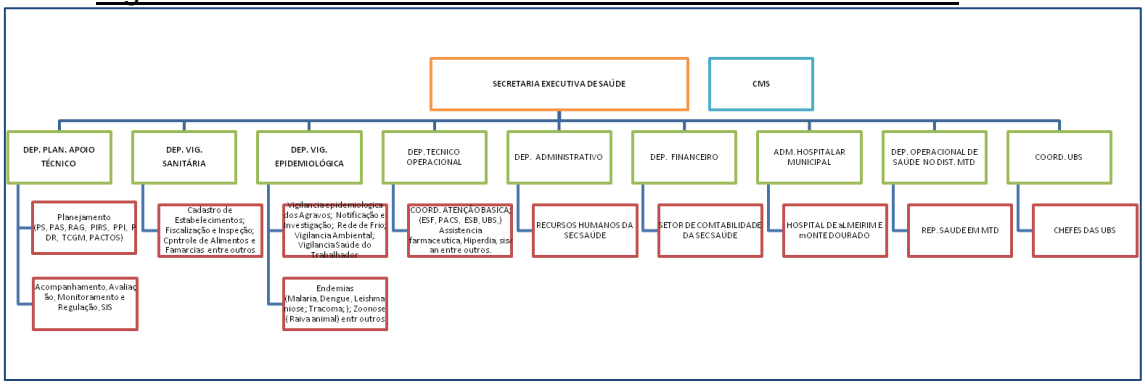
usuários do SUS.
Reforma, ampliação e qualificação daqueles prédios fora do padrão do MS.
Cadastramento da UBS DE Paraná das Velhas, com equipe saúde da família ribeirinha.
Cadastramento do SAMU
Revitalização das academias de saúde e cadastramento das mesma.

O município de Almeirim atualmente não conta com os leitos de Unidade de cuidados intermediária neonatal UCI, UTI adulto, UTI infantil e UTI neonatal na sua rede Municipal.

3.1.2. Estrutura Administrativa

De acordo com a lei Nº 805 de 19 de julho de 2005 a qual define a estrutura organizacional e administrativa do poder executivo Municipal, define a nomenclatura da Secretaria Executiva de Saúde Pública de Almeirim- SESPA.
A estrutura organizacional da SESPA apresenta o desenho administrativo de gestão, a seguir:

Figura 08 - ORGANOGRAMA DA SECRETARIA DE SAÚDE



3.1.3. Estrutura de Recursos Humanos

A Secretaria Executiva de Saúde Pública - SESPA apresenta uma estrutura de 382 servidores, abrangendo quadro de gestão e rede assistencial, conforme demonstra tabelas a seguir:

Nível Superior			
Assistente Social	4	Médico Veterinário	1
Biomédico	2	Nutricionista	1
Bioquímico	2	Odontólogo	11
Enfermeiro	27	Pedagoga	2
Farmacêutico	0	Psicólogo	3
Fisioterapeuta	5	Sociólogo	0

Fonoaudiólogo	1	Terapeuta Ocupacional	0
Gestor Hospitalar	0	Outros profissionais de Nível Superior	0
Médico nas especialidades	18	Medico Programa Mais Médicos	5
Nível Técnico é Médio			
Agente Comunitário de saúde	91	Tecnologo em Radiologia	1
Agente de Endemias	11	Técnico de Enfermagem	95
Agente de Vigilância Sanitária	8	Técnico de Raio X	7
Auxiliar de Enfermagem	23	Técnico de Saneamento	1
Auxiliar administrativo	26	Técnico de Laboratório	10
Operador de Eletrocardiógrafo	0	Técnico em Higiene Bucal	05
Operador de Eletroencefalógrafo	0	Agente Administrativo	22

‘

Comentário Técnico: O quadro de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde, especificamente os que atuam na rede assistencial de saúde, vem atendendo a necessidade de atenção à saúde da população na maioria dos programas e serviços de saúde. Contudo, ainda é necessária a ampliação do quadro de pessoal para poder atender em melhores condições, principalmente a zona rural em função da extensão territorial do município e do crescimento populacional. Todavia, deve-se observar a Lei de responsabilidade fiscal para efeito de não comprometer a estrutura orçamentária do município.
Análise e classificação diagnóstica: O quadro de pessoal temporário está quase equiparado ao número de efetivos, a gestão reconhece o elevado número de temporários e justifica que se deve ao fato do município não ter realizado Concurso Público há mais de 8 anos. **Classificado como relevante de média intervenção.**
Proposta da gestão: Promover concurso público.

3.1.4. Programação Pactuada Integrada

A descentralização dos serviços e ações de saúde tem avançado desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Tal fato gerou consequências sobre o acesso da população a esses serviços, sobre a eficiência dos mesmos e sobre os mecanismos de relação entre os entes federativos. Nesse último caso, avanços podem ser notados pelas mudanças sofridas pelo arranjo institucional do SUS após a promulgação da Constituição de 1988 e da sua Lei Orgânica nº 8080/90, expressas através de atos normativos do Ministério da

Saúde, conhecidos como Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), e da constituição de novos instrumentos de gestão e de instâncias de pactuação entre União, Estados e Municípios.

Dentre esses instrumentos, situa-se a Programação Pactuada Integrada (PPI Assistencial); A PPI é um instrumento de planejamento físico-orçamentário dosserviços de saúde no âmbito estadual, consubstanciando-se em um pacto solidário entre os gestores, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade não disponíveis em todos os municípios.

A PPI traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, por intermédio de relações entre gestores municipais, e através dela os municípios definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas, buscando adequar a demanda à oferta de serviços de saúde.

Municípios Pactuados com Almeirim

No Baixo Amazonas o Município de Santarém e a capital Belèm executam Serviços de Media e Alta Complexidade.

Quadro 17: Grade de Referência

	Referência Primaria	Referência Secundária	Referência terciária
Broncoscopia		Santarém/Belém	Santarém/Belém/Itaituba
Bucomaxilo			
Clínica médica	Almeirim/MTD		
Cirurgia geral			
Cirurgia ortopédica	Almeirim		
Cirurgia pediátrica	Almeirim		
Cirurgia vascular			
Diálise peritoneal			
Endoscopia	Almeirim		
Gestação alto risco			
Gestação baixo risco	Almeirim /MTD		
Ginecologia	Monte Dourado/ALM		
Moléstias infecciosas	Almeirim/MTD		
Neuroclínica			
Neurocirurgia			
Oftalmologia			

Ortopedia	Monte Dourado		
Otorrino			
Pediatria	Monte Dourado		
Politrauma adulto			
Psiquiatria			
Queimados			
Tomografia			
Trauma			
Trauma pediátrico			
UTI adulto			
UTI infantil			
UTI neonatal			

Comentário Técnico:

A estrutura da atenção hospitalar consiste numa das mais problemáticas no município conforme discriminado nas informações acima.

É necessário definir urgentemente a complexidade das internações visto que os pacientes do município estão sendo atendidos em outros munícipios através da pactuação, porém estes municípios estão com estrangulamento dado ao elevado número de pactuação com quase todo o Estado do Pará impactando na qualidade da prestação de serviço.

Como forma de assegurar a Assistência hospitalar, o município de Almeirim está sobrecarregando o Hospital Estadual de Laranjal do jari, por não conseguir reabrir esses serviços assistencial no hospital de Monte Dourado .

No momento realiza atendimentos de urgência e emergência, referenciando os pacientes para a rede do Estado do Amapá, sem nenhuma pactuação com o Estado.

É relevante observar um aumento considerável de procedimentos de saúde realizados à população de Almeirim Hospital do Estado do Amapá no município de Laranjal do Jari.

O hospital municipal da sede do Municipio de Almeirim realiza procedimentos cirúrgicos básicos. O bloco cirúrgico necessita de reforma bem como, sala de parto e o hospital em Geral.

Análise e classificação diagnóstica:

O cenário de cobertura dos serviços de alta complexidade no componente hospitalar no município apresenta um vazio assistencial visível e preocupante, pois se trata de uma realidade da região de saúde do Baixo amazonas.

Todos os serviços são pactuados sendo indispensável que a Gestão da Saúde nas três esferas de governo se mobilizem e pactuem como prioridade a instalação de equipamentos regionais com eficácia e efetividade.

Ressalta-se que por inúmeras vezes esta matéria foi debatida e estudada no sentido de reverter e superar esta problemática, principalmente no espaço da CIR Baixo Amazonas com proposta de aquisição de aumento de Serviços.

Prioritária alta intervenção

Propostas de gestão:

Articulação de reativação do Hospital Municipal de Monte Dourado com uma capacidade instalada de 20 leito, com procedimentos de media complexidade, para que possa ter abrangência no Distrito de monte Dourado no sentido de suprir as necessidades do Distrito.

O Município está em diálogo com o Estado do Pará, para efetivar proposta de reativar pelo menos esses 20 leitos no Hospital de Monte Dourado, e reforma e adequações de serviços do

Hospital municipal de Almeirim.

3.1.5. ESTRUTURA DA ATENÇÃO HOSPITALAR

O município de Almeirim na descentralização foi comtemplado com dois hospitais sendo um de Grande Porte localizado no distrito de Monte Dourado e outro de pequeno porte localizado na sede do Município na cidade de Almeirim, Compreende o conjunto de ações realizadas em regime de internação hospitalar. Abrange procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica, assistência hemoterápica, reabilitação, consultas especializadas e preparação para alta. Contempla também a modalidade Hospital-Dia.

3.1.6. Estrutura da atenção de média e alta complexidade

DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DO SUS E NÃO SUS POR TIPO

A Organização Mundial de Saúde preconiza um total de 3 a 5 leitos por mil habitantes no SUS. No Brasil, levantamentos, datados de 2009, mostram que a oferta corresponde a uma média de 2,4 leitos por mil habitantes – ou 2,1 para 1000 no SUS .

Esta oferta é diretamente influenciada por diversos fatores, gerando a concentração de leitos em áreas com maior poder aquisitivo e com maior demanda por serviços especializados.

Fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, composição etária, desenvolvimento tecnológico, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas, a exemplo das de incentivo a cirurgias ambulatoriais, desospitalização na saúde

mental e programas de internação domiciliar, podem influenciar diretamente na oferta de leitos.

O município de Almeirim atualmente apresenta uma alta oferta de leitos SUS de 2,81 por 1000hb, porém esta oferta não se configura numa realidade assistencial de qualidade, pois os 65 leitos existentes no Hospital de Monte Dourado se encontram desativados, ficando com uma oferta de 0,86 leitos por 1000 hb, a medida em que se depara com a difícil realidade de escassez de recursos financeiros, profissionais, de serviços diagnósticos e especialidades na região, para reativar os leitos existentes.

Tabela 26 - Distribuição de Leitos SUS e não SUS 2020 – Almeirim

Discriminação	Nº de Leitos		
	Existentes	SUS	Ativo
Hospital Municipal de Monte Dourado	69	69	10
Hospital Municipal de Almeirim	38	38	38
SEPACO	3	0	3
TOTAL GERAL	110	107	51
Leitos/ 1000 hb	3,22	3,13	1,49

Fonte: CNES

Internações Obstétricas

Procedimentos Obstétricos do SUS – Almeirim 2020

Tabela 58 - Segundo Internações, % de partos, Óbitos e Taxa de Mortalidade

Período:2020

Procedimento	Internações	% Partos	Média Permanência	Óbitos	Taxa Mortalidade
0310010039 PARTO NORMAL	342	60,10	1,1	-	-
0411010034 PARTO CESARIANO	227	39,90	2,0	-	-
Total	569	100	1,5	-	-

Fonte: SIH/SUS

No que refere-se ao percentuais de partos cesáreas, detecta-se que Almeirim esta acima do preconizado pelo Ministério da Saúde, que fica em torno de 25 % para partos cesáreas, mas com a implementação do Programa Previne Brasil e o crescente desenvolvimento das ações do Programa de Humanização do pré-natal, e a estruturação da obstetrícia nos hospitais esperamos baixar esse índice.

Internações Hospitalares Segundo Especialidade – Almeirim -2020

Tabela 59 - Internações, Media permanência e Taxa Mortalidade

Frequência por Ano de internação segundo Leito\Espec[2020					
Leito\Espec	Internação	% internação	Media Permanência	Óbitos	TX Mortalidade
01-Cirúrgico	156	12,16	4,11	3	1,92
02-Obstétricos	507	39,54	1,51	0	0,00
03-Clínico	481	37,51	3,52	35	6,93
04-Cronico	1	0,08	2,00	1	0,03
07-Pediátricos	137	10,69	3,41	2	1,45

Fonte: SIH/DATASUS

Almeirim apresentou um total de 1.282 internações, sendo que 39,54%destas foram na especialidade Obstetrícia, seguido da especialidade Clinica que internou o equivalente a 37,51 % do total das internações, a especialidade Cirúrgica temos um índice de internação de 12,16%, e na especialidade clinica Pediátrica o mais baixo 10,69%, o que pode ser o reflexo da falta de internações no Hospital de Monte Dourado onde a sua demanda é internada em Laranjal do Jari, pela falta de atividade na sua ala hospitalar.

Tabela 60 - Internação no Hospital Estadual de Laranjal do Jari de Residentes de Almeirim- 2020

Leito\Espec[2020	Internação	% internação	Media Permanência	Óbitos	TX Mortalidade
01-Cirúrgico	84	27,81	2,42	0	0
02-Obstétricos	94	31,12	1,54	0	0
03-Clínico	93	30,79	3,69	6	6,45
07-Pediátricos	31	10,26	3,03	4	12,90
Total	302				

Fonte: DATASUS/SIHD

O maior índice de internações dos residentes de Almeirim, em 2020 foi nos sub grupos de Tratamento Clínicos, equivalente a 38,58% do total das internações realizadas, seguidos por procedimentos Obstétrico/Parto e nascimento de media complexidade.

Tabela 61 – Internação MUNICIPIO DE RESIDENCIA ALMEIRIM

Frequência por Ano de internação segundo SubGrupproc[2020 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA ALMEIRIM	
Subgrupo proced.	2020
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	24
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	629
0304 Tratamento em oncologia	8

0305 Tratamento em nefrologia	21
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	118
0310 Parto e nascimento	342
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	4
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	4
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	5
0405 Cirurgia do aparelho da visão	1
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	2
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, orgãos anexos e parede abdominal	81
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	48
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	43
0410 Cirurgia de mama	3
0411 Cirurgia obstétrica	268
0412 Cirurgia torácica	9
0415 Outras cirurgias	17
0416 Cirurgia em oncologia	3
Total	1630

Fonte: DATASUS/SIHD

As principais causas de internação no município no período de 2020 foram por gravidez, parto e puerpério, Algumas Doenças Infecciosas e Parasitaria, Lesões envenenamento e algumas outras consequências causas externas, Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças do aparelho Geniturinário e Doenças do aparelho Digestivo.

Tabela 62 - Morbidade Hospitalar por grupo de causas, segundo raça, sexo no ano de 2020

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	116	95	**211**
II. Neoplasias (tumores)	7	17	24
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	6	10	16
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	23	18	41
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	1	1
VI. Doenças do sistema nervoso	3	7	10
VII. Doenças do olho e anexos	1	-	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	43	37	80
X. Doenças do aparelho respiratório	58	70	**128**
XI. Doenças do aparelho digestivo	57	48	**105**
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	21	17	38
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	12	5	17
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	30	89	**119**
XV. Gravidez parto e puerpério	-	620	**620**
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4	10	14
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	-	3
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	10	9	19

XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	125	59	**184**
XXI. Contatos com serviços de saúde	2	9	11
Total	521	1121	1642

Fonte: DATASUS/SIHD

Vale ressaltar de 48,81% (103) das internações realizadas no capitulo I. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitarias, foram por COVID-19.

O município mantém com recursos próprios os serviços de Pronto Atendimento Municipal, o PA do HMA e HMMTD, funcionamento com plantão de 24 horas. O serviço de emergência tem enfrentado sérias dificuldades no que tange à contratação de médicos, principalmente Pediatras, Obstetra, Ortopedista e principalmente anestesista para o serviço de Emergência. Este fato, alias, tem se repetido no Pará inteiro.

Ainda contamos com o SAMU, em fase de implantação com duas ambulâncias acionada através dos Hospitais, equipe é composta de técnicos de enfermagem, motoristas, coordenação enfermeiro.

Internações Obstétricas

Procedimentos Obstétricos do SUS – em Residentes do Município de Almeirim 2020

Tabela 27 - Segundo Internações, % de partos,Óbitos e Taxa de Mortalidade

Procedimento	Internações	% Partos	Média Permanência	Óbitos	Taxa Mortalidade
0310010039 PARTO NORMAL	581	70,85	1,1	-	-
0411010034 PARTO CESARIANO	239	29,15	2,1	-	-
Total	820	100	1,5	-	-

Fonte: SIH/SUS

Comentário Técnico:

A estrutura da atenção hospitalar consiste numa das mais problemáticas no município conforme discriminado nas informações acima.

É necessário definir urgentemente a complexidades internações visto que os pacientes do município estão sendo atendidos em outros munícipios através da pactuação e muitos em outros estados e municípios não pactuados, porém estes municípios estão com estrangulamento dado ao elevado número de pactuação com quase todo o Estado do Pará impactando na qualidade da prestação de serviço.

Como forma de assegurar a Assistência hospitalar, o município de Almeirim vem realizando internações apenas no Hospital da sede do Munícipio com capacidade instalada de 26 leitos.

Esse hospital municipal não tem condições de realizar as internações do distrito de Monte

Dourado.
Análise e classificação diagnóstica: O cenário de cobertura dos serviços de alta complexidade no componente hospitalar no município apresenta um vazio assistencial visível e preocupante, pois se trata de uma realidade da região de saúde do Baixo Amazonas. Todos os serviços são pactuados sendo indispensável que a Gestão da Saúde nas três esferas de governo se mobilizem e pactuem como prioridade a instalação de equipamentos regionais com eficácia e efetividade. Ressalta-se que por inúmeras vezes esta matéria foi debatida e estudada no sentido de reverter e superar esta problemática, principalmente no espaço da CIR Baixo Amazonas om proposta de reavaliação do numero insuficiente de de serviços.. **Prioritária alta intervenção**
Propostas de gestão: Reativação de trinta leitos do Hospital de media complexidade de Monte dourado localizado no distrito de Monte Dourado para que possa ter abrangência distrital no sentido de suprir as necessidades do município. Município está em diálogo com o Estado para efetivar proposta de reativação de trinta leitos no HMMTD.

No que refere-se ao percentuais de partos cesáreas, detecta-se que Almeirim está próximo de alcançar a meta preconizada pelo Ministério da Saúde, que fica em torno de 25 % para partos cesáreas, mas com a implementação do dos indicadores do Programa Previne Brasil com respeito a Saúde da Mulher esperamos alcançar essa meta, com o crescente desenvolvimento das ações do Programa de Humanização do pré-natal, esperamos baixa esse índice.

3.1.7. Estrutura de equipamentos

Equipamentos:	Capacidade Instalada	Oferta
Equipamentos de audiologia	não	
Equipamentos de Diagnóstico por Imagem	Gama Câmara 1; Raio X de 100 a 500 AM 2; Raio X Dentário 2; Ultrassom 2.	Raio X de 100 a 500 AM 2; Ultrassom 1.
Equipamentos de Infra-Estrutura	Grupo Gerador 2	Grupo Gerador 2
Equipamentos de Odontologia	Equipo Odontológico Completo 2; Compressor Odontológico 2; Fotopolimerizador 2; Caneta de Alta Rotação 2; Caneta de Baixa Rotação 2 ; Amalgamador 2.	Equipo Odontológico Completo 2; Compressor Odontológico 2; Fotopolimerizador 2; Caneta de Alta Rotação 2; Caneta de Baixa Rotação 2 ; Amalgamador 2.

Equipamentos para Manutenção da Vida	Berço Aquecido 4; Desfibrilador 2; Equipamento de Fototerapia 2; Incubadora 2; Reanimador Pulmonar/AMBU 10; .Respirador/Ventilador 2; Monitor de Pressão Não-Invasivo 1	Berço Aquecido 1; Desfibrilador 1; Incubadora 1; Reanimador Pulmonar/AMBU 2;
Equipamentos por Métodos Gráficos	Eletrocardiógrafo 2;	Eletrocardiógrafo 2;
Equipamentos por Métodos Ópticos	Não	
Outros Equipamentos	Aparelho de eletroestimulação 1; Forno de Bier 2; aparelho de iartemia por ultrassom 1;	nenhum

3.2. Redes de Atenção à Saúde – (RAS)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Figura 07 – Descrição do Conceito de RAS

3.2.1.1Atenção Primaria

As ações e serviços da Atenção Primária incluem: promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento, acompanhamento, redução de danos e reabilitação, com ênfase nas necessidades e problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território/contexto, observando critérios de riscos e vulnerabilidades; acolhimento e atenção à demanda espontânea incluindo as urgências e emergências nas unidades básicas de saúde; atenção e cuidado continuado/programado tanto nas unidades de saúde como em domicílio (quando for necessário); indicação, prescrição e realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos no âmbito da Atenção Primária; atividades de atenção individual e coletivas (ex.: Familiar, Comunitária); atividades de vigilância em saúde; atenção a todos os cidadãos sob sua responsabilidade, independente dos ciclos de vida, gênero ou problema de saúde apresentados; ações de Atenção Domiciliar; atenção à Saúde Bucal; atenção através de ações e serviços pertinentes às Práticas Integrativas e Complementares; Vigilância Nutricional e Alimentar e Atenção Nutricional; coordenação do cuidado, incluindo o acesso a ações e serviços fora do âmbito da Atenção Primária.

As Unidades de Atenção Primária à saúde (UAPS) constituem a principal porta de entrada dos usuários e o centro de integração com toda a Rede de Atenção à Saúde.

A portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, prioriza a Estratégia Saúde da Família como instrumento principal para a reorganização da atenção básica no país. Esta estratégia orienta a implantação de equipes de saúde da família, propriamente ditas (ESF) e de equipes de agentes comunitários de saúde (EACS) nos estabelecimentos de saúde dos municípios.

Estratégia de Saúde da Família

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes

multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes. As equipes incorporam uma visão ampliada da comunidade, especializando-se nos problemas de saúde mais comuns de sua área.

Enfatiza-se a humanização das práticas de saúde e a busca da satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe de saúde e da comunidade.

Em dezembro de 2020, a cobertura populacional atendida por esta estratégia atingiu 49,52% ou seja 16.890 habitantes cadastrados nas Unidades de Saúde.

Na tabela e gráfico abaixo observamos o incremento do número a ampliação do número de equipes do município referente aos meses de jan à dez 2020.

Tabela 49 : Distribuição da Cobertura Populacional das Equipes de Saúde da Família

Tipo de Equipe				2018	2019	2020
% cobertura ESF				62,36	60,63	60,69
Saúde Bucal				31,18	30,31	30,34
% cobertura EACS				100,00	100,00	60,69

Fonte: E-SUS

Os dados mostram o aumento significativo das estratégias de Saúde da Família a partir do ano de 2018, justifica-se pela implementação do Programa Mais Médicos para o Brasil, com a chegada dos médicos Intercambistas no Município de Almeirim que conta com cinco Medidos Cubanos.

As equipes de saúde da família desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa, por meio do desenvolvimento dos programas básicos das áreas estratégicas da saúde da mulher, da criança e do idoso, prevenção e controle de tuberculose, da

hanseníase, da hipertensão e de diabetes, além do programa de saúde bucal que é desenvolvido pela equipe de odontólogos e atendentes de consultório dentário,. Quando necessário, os usuários são encaminhados aos serviços de maior complexidade por meio da Regulação Municipal.

Produção Ambulatorial Segundo Grupo de Procedimentos
Qtd Apresentada por Ano Competência
Almeirim – período 2020

Tabela 49 – Produção Complexidade: **Atenção Básica**

Produção					2020
Atendimento Individual					15.099
Atendimento Odontológico					448
Procedimentos de Enfermagem					12.204
Visitas Domiciliares					42.580
Total					70.331

Fonte: SAI/SUS/DATASUS

Saúde Bucal

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se em 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 Ações Básicas em Odontologia a população. Este programa articula-se com outras ações intraministeriais e interministeriais, tais como Programa Saúde na Escola, Brasil sem Miséria e Plano Nacional para pessoas com deficiência.

O principal objetivo da Política Nacional de Saúde Bucal é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde - SUS.

As linhas de ações do programa são: a reorganização da atenção primária emsaúde bucal com a implantação das Equipes de Saúde Bucal- ESB, compostas pelocirurgião dentista e pelo auxiliar de saúde bucal, e da estratégia Saúde da Família –ESF; a ampliação e qualificação da atenção especializada

com a implantação deCentros de Especialidades Odontológicas - CEO e do Laboratório Regional de PróteseDentária e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas deabastecimento público.

Tabela 50 - Número de Ações Básicas em Odontologia – SUS Almeirim – 2011 a 2016

Complexidade: Atenção Básica						
Subgrupo proced.	2011	2012	2013	2014	2015	2016
0307 Tratamentos odontológicos	4972	1753	916	1579	3837	3725
0414 Bucomaxilofacial	4172	2608	3466	2874	2769	1944

Fonte: SIA/DATASUS

O trabalho realizado pelas equipes de odontologia no Município, tem como objetivo o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção e controle das principais doenças bucais, estruturado em níveis de atenção, por meio da organização da atenção básica.

É já bastante conhecida a importância do uso de informações em saúde noplanejamento e na avaliação dos serviços de saúde. Estas informações oferecem umamelhor compreensão do modelo assistencial e de seus problemas, colaborando parasua reorientação, onde e quando se fizer necessário.

O e-SUS Atenção Básica - e-SUS AB é uma estratégia do Departamento deAtenção Básica do Ministério da Saúde, para reestruturar as informações da AtençãoBásica em nível nacional, sendo que por meio da Portaria nº 1.412, de 10/07/2013 foicriado o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, o qualsubstitui plenamente o antigo sistema, SIAB.

3.2.2. - Saúde do Idoso

Segundo o IBGE em 2019, a população idosa brasileira é composta por 32,9 milhões de pessoas, totalizando 15,7% da população total do país. A expectativa de vida, para ambos os sexos, aumentou para 76,7 anos, sendo 80,1 anos para a mulher e 73,1 para o homem. Esse crescimento representa uma importante conquista social e resulta melhoria das condições de vida, com

ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes.

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pelo predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada morbi-mortalidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social.

Em 2006, o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Saúde do Idoso, a partir de amplo debate e lança a Portaria Nº 2.528 de 2006 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa política tem como principais diretrizes: envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estimulo às ações intersetoriais, além do fortalecimento do controle social, garantia de orçamento, incentivo a estudos e pesquisas dentre outras.

A Atenção à Saúde do Idoso em Almeirim é realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, através de atividades de promoção da saúde com ações descentralizadas através de grupos de socialização, atividades físicas e estimular uma boa alimentação todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária, além de atendimento curativo e reabilitação.

3.2.3. - Saúde do Homem

O Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 que regulamenta a implementação no SUS da Política Nacional de Saúde Integral do Homem, visando acolher às particularidades da assistência à saúde do público masculino, sobretudo no âmbito regional. A proposta é organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais, além de considerar a necessidade de apoiar a qualificação de profissionais de saúde para o atendimento específico da população masculina.

Os homens, de forma geral, vivem em média sete anos a menos do que as mulheres. Acham que nunca vão adoecer e por isso não cuidam da saúde. Só buscam o serviço de saúde quando o problema está em estágio avançado, demandando procedimentos mais caros e onerosos aos cofres públicos. Homens apresentam maior risco para doenças cardiovasculares, respiratórias, digestivas, cânceres, colesterol elevado, diabetes, pressão alta e tendência à obesidade. Por isso, manter hábitos devida saudáveis e procurar os serviços de saúde frequentemente é fundamental.

Todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária de Almeirim estão aptas a oferecer atendimento a essa população, visando à promoção de saúde e prevenção de doenças. Além disso, no mês de Novembro sempre é realizado uma intensificação dos atendimentos voltados para o público masculino, onde são realizadas atividades educativas e atendimentos básicos. Nos Laboratórios são realizados coleta de exames de sangue para dosagem de PSA, que é um exame de sangue extremamente eficiente, usado como ferramenta para o diagnóstico do câncer de próstata.

3.2.4. - Saúde da Mulher

Em maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposta do SUS e respeitando as características da nova política de saúde.

A execução das atividades programáticas de assistência da saúde da mulher, nas suas diferentes fases do ciclo de vida, está entre as propostas da Atenção Básica.

As ações estão voltadas para as linhas do cuidado compreendem quatro eixos prioritários: planejamento da vida sexual e reprodutiva; pré-natal, parto e puerpério;

Em Almeirim, as Unidades de Saúde da Família e os hospitais realizam as seguintes atividades de atenção a saúde da mulher: ações educativas sobre planejamento familiar, Infecções sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer de colo uterino e de mama, climatério, gravidez na adolescência,

aleitamento materno, entre outros. Estas ações visam promover e controlar os agravos de saúde individual e coletiva em todas as fases da vida da mulher.

Programa Saúde da Mulher tem como objetivo desenvolver ações de prevenção e controle de doenças crônicas nas mulheres com mais de 50 anos, com enfoque principal no diagnóstico precoce do câncer de mama.

No primeiro atendimento, além das orientações sobre hábitos de vida, alimentação saudável e estímulo ao autocuidado, é feita a solicitação de exame de rastreamento para câncer de mama, e outras doenças como câncer de colo de útero, diabetes , testagem para HIV entre outros.

O programa também inclui ações de prevenção e controle para o câncer de colo uterino, saúde bucal, doenças cardiovasculares, doenças sexualmente transmissíveis e outras patologias da mulher adulta e idosa com ações de promoção, prevenção e diagnóstico precoce, incluindo orientações para atividade física, alimentação saudável, prevenção de osteoporose, controle de peso, entre outras.

Promover o atendimento integral à saúde da mulher, com enfoque na resolução dos problemas prioritários, através de medidas para ampliação e melhoria da qualidade das ações realizadas na rede SUS e serviços complementares desenvolvendo ações abaixo relacionadas:

-Prevenção do câncer do colo de útero e de mama.

Colo de útero: Coleta de citologia, biópsia do colo uterino, encaminhamento para realização de cirurgia de tratamento das lesões pré-malignas e malignas.

Mama: Orientar quanto ao auto-exame de mama, realizar exames de mamografia;

Programa de Planejamento Reprodutivo com a distribuição de métodos contraceptivos e palestras educativa.

Tabela 51 - Número E RAZÃO (RZ) de exames citopatológicos de colo uterino no SUS Almeirim, 2016 a 2020.

Procedimento	2016	2017	2018	2019	2020

	Nº	RZ	Nº	RZ	Nº	RZ	Nº	RZ	Nº	RZ
0203010019 EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	974	0,44	40	0,004	127	0,058	23	0,001	19	0,008

Fonte: SMS/SIA

O diagnóstico e tratamento precoce do câncer de colo do útero, incluindo a realização de exames citopatológicos do colo uterino, têm por objetivo evitar intervenções agressivas, reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida das mulheres.

3.2.5. - Saúde da Criança e Adolescente

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança considera como criança a pessoa na faixa etária de zero a nove anos e a primeira infância , de zero a cinco anos.

É uma fase que se caracteriza por um período em que ocorrem as maiores e mais rápidas mudanças de todo o ciclo de vida, tanto do ponto de vista físico(crescimento) como psíquico e cognitivo (desenvolvimento), principalmente no seu período inicial, ou seja, nos primeiros dois anos de vida. As ações de atenção à Saúde da Criança se constituem em medidas de promoção, proteção e atenção a este grupo etário, de acordo com as suas características, possibilitando o crescimento e o desenvolvimento adequados para uma vida saudável.

A linha de cuidado da Saúde da Criança é uma prioridade da Secretaria Municipal de Saúde, que assume o compromisso de reduzir a mortalidade infantil e abordar integralmente a saúde da criança, com promoção da qualidade de vida e de eqüidade.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do nascimento até a adolescência é de fundamental importância para a promoção à saúde e prevenção de agravos das crianças e adolescentes, identificando problemas nutricionais, alterações no desenvolvimento neuro-psicomotor e situações de risco, buscando atuar de forma precoce nas intercorrências.

As Equipes de Saúde da Família realizam o acompanhamento de todas as crianças da área de abrangência, realizando ações como pesar, medir,

avaliação dos marcos de desenvolvimento e aquisição de novas habilidades, além do registro e avaliação da caderneta da criança.

Criado pelo Ministério da Saúde através da Portaria 980/GM, de 21 de dezembro de 1989, o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente – PROSAD desenvolve ações pautadas no respeito pela adolescência visando: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde sexual e saúde na escola; prevenção da violência e maus tratos, família, prevenção de acidentes, trabalho e lazer.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano situada entre a infância e a vida adulta, e marcada por profundas transformações biopsicossociais.

Essas transformações modificam o relacionamento do indivíduo consigo mesmo, coma família e o mundo, proporcionando a formação da identidade e a busca da autonomia.

Como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde e é dever do Estado garantir este acesso, dentro dos preceitos do SUS.

Em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, a Atenção Integral à Saúde do Adolescente do município tem como prioridade os seguintes eixos de atenção definidos a partir do reconhecimento das questões prioritárias na atenção à saúde de adolescentes:

-Promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, prevenção e detecção de agravos a essa faixa etária ;

-Atenção à saúde sexual e reprodutiva;

-Redução da morbi-mortalidade por causas externas (abordagem do uso abusivo de álcool e outras drogas); e

-Articulações intersetoriais para Atenção Integral à Saúde de Escolares, por meio do Programa Saúde na Escola - PSE.

Os adolescentes residentes em área de abrangência de ESF são atendidos nas USF pelos profissionais da equipe e aqueles que não fazem

parte do território da ESF são atendidos pelo clínico geral ou pediatra da Unidade de Saúde. Vale ressaltar que a ESF atende todas as idades e todos os casos, encaminhando-os para os adequadosatendimentos, de acordo com a demanda.

Cobertura de Atividades Programadas

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Melito

Os Programas de Atenção às Pessoas Portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete mellito organizam a gestão destas condições no município por meio da detecção precoce e da instituição e do monitoramento dos planos de cuidado.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Relatório de Indicadores da Situação de Agravos 2011

Estado (UF)	Município	Cod. (Ibge)
PA	ALMEIRIM	1500503
Total estimado de hipertensos		2.110
Total estimado de diabéticos		341
Total de usuários cadastrados		2.717

Nº	Indicadores do processo/Total de usuários cadastrados:	Percentual de cobertura (%)
1	Percentual de indivíduos cadastrados no sistema em relação a população alvo estimada (hipertensos + diabéticos)	110,85
2	Percentual de indivíduos hipertensos cadastrados no sistema	93,82
3	Percentual de indivíduos hipertensos do sexo masculino cadastrados no sistema	35,77
4	Percentual de indivíduos hipertensos do sexo feminino cadastrados no sistema	58,04
5	Percentual de indivíduos diabéticos cadastrados no sistema	22,38
6	Percentual de indivíduos diabéticos do sexo masculino cadastrados no sistema	9,05
7	Percentual de indivíduos diabéticos do sexo feminino cadastrados no sistema	13,32
8	Percentual de indivíduos diabéticos com hipertensão cadastrados no sistema	32,40
9	Percentual de indivíduos diabéticos com hipertensão do sexo masculino cadastrados no sistema	11,93
10	Percentual de indivíduos diabéticos com hipertensão do sexo feminino cadastrados no sistema	20,47
11	Percentual de indivíduos hipertensos que foram estratificados como risco baixo em relação ao nº de cadastrados no sistema	13,58

12	Percentual de indivíduos hipertensos que foram estratificados como risco médio em relação ao nº de cadastrados no sistema	32,98
13	Percentual de indivíduos hipertensos que foram estratificados como risco alto em relação ao nº de cadastrados no sistema	17,45
14	Percentual de indivíduos hipertensos que foram estratificados como risco muito alto em relação ao nº de cadastrados no sistema	12,44
15	Percentual de indivíduos cadastrados em tratamento medicamentoso (com esquema de um medicamento, dois ou três para hipertensão e com medicação oral ou insulina, para diabetes)	82,81
16	Percentual de indivíduos diabéticos cadastrados que apresentaram uma ou mais das seguintes complicações: pé diabético, amputação, doença renal, fundo de olho alterado	7,10
17	Percentual de indivíduos hipertensos cadastrados que apresentaram uma ou mais das seguintes complicações: angina, IAM, AVC	5,63

3.2.6. Assistência Farmacêutica

A assistência Farmacêutica é um sistema de apoio para qualificação dos serviços de saúde, na medida em que pode melhorar a lacuna entre potencial que os medicamentos essenciais têm para oferecer e a realidade das pessoas que precisam dos medicamentos, levando em consideração principalmente a questão da equidade, como objetivo de propiciar acesso, a segurança e o uso racional dos medicamentos. O medicamento é um instrumento que assumiu na prática médica um papel importante ferramenta, que visa o resultado final do processo diagnóstico e demonstra o contato mais direto serviço – usuário, além de ser o símbolo do desejo de modificar o curso natural da doença. A Gestão adequada da Assistência Farmacêutica também possibilita a otimização e racionalização de recursos financeiros e a disponibilização de ferramentas fundamentais para o cuidado em saúde.

Tabela 52 - Serie histórica de entrega medicamentos pela Farmácia Municipal de Almeirim.

Período	Total de itens
2007	39.450
2008	61.370
2009	30.560
2010	52.630
2011	26.836

Fonte: SMS/

Em 1993 a Secretaria Municipal da Saúde de Almeirim criou a Farmácia Municipal com a lista dos medicamentos essenciais padronizados e conforme preconiza a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Portaria nº 4.217 do Gabinete do Ministro da Saúde de 28 de dezembro de 2010, a seleção dos medicamentos é baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME vigente. Além da RENAME, são consideradas as evidências científicas, custo-efetividade e perfil epidemiológico da população.

Devido a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.981 de 26 de novembro de 2009, foram incluídos na Farmácia de Almeirim os medicamentos para tratamento da Doença de Parkinson: biperideno 2 mg comprimido, levodopa 100 mg + benzerasida 25 mg cápsula de liberação prolongada e comprimido dispersível, levodopa 200 mg + benzerasida 50 mg comprimido, levodopa 250 mg + carbidopa 25 mg comprimido.

Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é financiada pelo Ministério da Saúde,Estados e Municípios. De acordo com a Portaria n° 1.555, de 30 de julho de 2013, a partida federal é de R$ 5,10/habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal devem ser de no mínimo R$ 2,36/habitante/ano cada, sendo que esses recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes na RENAME vigente. Também podem ser comprados com esses recursos, os medicamentos fitoterápicos estabelecidos na RENAME vigente, matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição. Um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das Farmácias do SUS, e qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à Assistência Farmacêutica Básica.

3.2.7.Rede de Atenção Psicossocial

Compreende o cuidado integral às pessoas com sofrimento ou transtorno mental (incluindo pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas), mediante acompanhamento clínico e terapêutico preferencialmente de base territorial, incluindo atenção hospitalar e a

reinserção social pelo exercício dos direitos civis, acesso ao trabalho, educação, cultura e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A atenção Psicossocial em Almeirim implementa a Reforma Psiquiátrica através de uma rede integrada em saúde mental com acesso a múltiplas alternativas assistenciais, abrangendo desde cuidados básicos nos domicílios e atendimento em UBS, até serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, bem como residenciais terapêuticos, de acordo com a necessidade de cuidado, até a implantação do CAPS.

O Município de Almeirim possui um quadro alarmante em doença mental, e ainda apresenta condições para o surgimento de novos casos e o agravamento dos que já existem como:

- Baixas condições sócio-econômicas;
- Elevado número de desempregados;
- Elevado número de usuários de drogas ilícitas;
- Trabalho infantil;
- Prostituição infantil e adulta;
- Gravidez precoce;
- Desagregados de suas famílias;
- Sequelas da COVID-19

Dados quantitativos de 2012

DIAGN STICO	NUMERO DE CASOS
Epilepsia associada à doenca mental	59
Esquizofrenia	18
Neurose	12
Psicose	08
Alcool e drogas	10
Depressão	13
Total	120

- Dados quantitativos de 2018

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS
E ile sia associada à doen a mental	70
Esquizofrenia	30
Neurose	20
Psicose	12
Acool e drogas	400
Depressäo	100
Total	632

3.2.8. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

De acordo com o censo (IBGE- 2010), cerca de 1.791.299 (24%) de pessoas no Estado do Pará possuem algum tipo de deficiência, porém, apenas uma parte desta população necessita de terapias de reabilitação. A condição "pessoa com deficiência" é auto declarável no referido censo, englobando as respostas dos que "não conseguem de modo algum", "tem grande dificuldade" e "tem alguma dificuldade" nas diferentes áreas de deficiência. Abaixo, segue levantamento do número de pessoas com deficiência por tipo: Visual, Auditiva, Motora, Mental/ intelectual.

A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, visa assegurar acompanhamento e cuidados qualificados para pessoa com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde.

Registra-se que todo avanço vem se dando pela garantia do direito à saúde da Pessoa com Deficiência de forma integral, por meio do acompanhamento e avaliação da Rede de Serviços do SUS voltados para este seguimento da população, considerando as especificidades das pessoas com deficiência, oferecendo serviços nas seguintes áreas de concentração: Reabilitação Física e Motora, Saúde Visual, Saúde Auditiva, Saúde Intelectual,

Odontologia Especial, Programa de Órteses e Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, entre outros.

Destaca-se que reorganização da Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência é uma política que e o Governo do Pará aderiu e Almeirim acompanhou, ressaltando que tais ações são cruciais para o desenvolvimento das Políticas Públicas e serviços eficazes às Pessoas com Deficiência, de modo a favorecer sua Inclusão Social e qualidade de vida no cenário Estadual.

O CEO-URE Presidente Vargas é atualmente o que mais se aproxima dos serviços de acordo com orientação do M.S. Presta assistência l ambulatorial e hospitalar. O fluxo (CEO Presidente Vargas Hospital Ophir Loyola),ainda que tênue, é o que existe para assistência odontológica sob anestesia geral à pessoa com deficiência e serve de referencia estadual.

Em Almeirim os cuidados com pessoas com deficiência está na atenção rede de atenção básica, com assistência adequada.

3.2.9. Rede Cegonha

Município de Almeirim desde 2011 aderiu a Rede Cegonha, vem contando neste cenário, com a atuação da Rede no sentido de fortalecimento dos vínculos afetivos e criando uma rede solidária para a redução da mortalidade infantil e materna, além da melhoria de outros indicadores de saúde, tais quais: a garantia da atenção integral à mulher durante a gravidez, garantia da atenção integral às crianças de 0 a 24 meses, através de ações articuladas nos eixos da saúde, educação, desenvolvimento e assistência social.

Com implantação da rede cegonha que Tem como objetivo principal a assistência à mulher e ao seu filho desde o Planejamento Familiar, pré-natal, parto, puerpério, até o acompanhamento da criança com segurança, qualidade e humanização, contribui para a redução da morbimortalidade materno infantil, mediante a garantia da vinculação da gestante na maternidade de acordo com sua situação de risco, a organização do fluxo de atenção a estas gestantes e recém-nascido, implantação de protocolo clínico de atendimento, que define

claramente os procedimentos, com a garantia das consultas, exames e medicamentos.

O Programa tem como metas manter a razão de mortalidade infantil abaixo de 10 mortes/1000 nascidos vivos no município e garantir atendimento multiprofissional de rotina e nas intercorrências, a 100% das crianças usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), na área de abrangência das Unidades de Saúde.

Promover o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente (0 a 18 anos), com prioridade para grupos de risco, visando à redução da morbimortalidade infantil, realizando os seguintes programas:

-Programa de Combate às Carências Nutricionais:

-Acompanhamento e desenvolvimento da criança;

- Promoção do aleitamento materno

-Programa Nacional de Imunização;

-Realização do esquema vacinal básico de rotina e campanha;

-Controle e acompanhamento de diarreia;

Tabela 53 - Série Histórica de Gestantes inscritas

Ano	Total Inscrito
2006	890
2007	724
2008	741
2009	739
2010	695
2011	710

Fonte: Plano Municipal da Rede Cegonha

ANEXO PLANO MUNICIPAL DA REDE CEGONHA

3.2.1.6Linhas de Cuidados Prioritários -Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Plano Estadual de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT's visa organizar e reordenar os serviços de saúde do SUS a partir do fortalecimento das Redes de Atenção orientando o conjunto de ações de promoção de saúde e prevenção dos fatores de risco e, por conseguinte, a redução da morbidade, incapacidade e mortalidade precoce causadas por essas doenças. As ações estratégicas se dão por meio das linhas de cuidados específicas considerando os agravos de maior magnitude como: prevenção de tratamento de sobrepeso e obesidade, doença renal crônica e prevenção e controle do câncer.

3.2.10. Atenção em Oncologia

As ações de prevenção primária ao câncer podem ser oferecidas em qualquer nível de atenção à saúde. Por uma questão de custo-benefício e pela maior proximidade com a população, recomenda-se que as ações de detecção precoce se concentrem na atenção básica. O acesso aos exames deve se dar de maneira mais prática e acessível possível, mediante planejamento adequado e organização do serviço.

A atenção de alta complexidade são pactuadas com Município de Santarém e Belém e o Estado e referenciados quando necessários.

3.2.11. Atenção de Alta Complexidade em Traumato – Ortopedia

A atenção de alta complexidade são pactuadas com Município de Santarém e Belém e o Estado e referenciados quando necessários.

3.2.12. Atenção ao Portador de Doenças Cardiovasculares.

A atenção de alta complexidade são pactuadas com Município de Santarém e Belém e o Estado e referenciados quando necessários.

3.2.13. Atenção ao Portador de Doenças Renal Crônica

A SESPA vem atuando para implantação da Atenção de Média Complexidade em parceria com o Município de Belém e Santarém, junto aos pacientes Hipertensos e Diabéticos na prevenção das graves consequências dessas Doenças como as neuropatias, nefropatias e retinopatias

A atenção de alta complexidade são pactuadas com Município de Santarém e Belém e o Estado e referenciados quando necessários.

3.2.14.Atenção em Transplantes

A atenção de alta complexidade são pactuadas com Municipio de Santarém e Belém e o Estado e referenciados quando necessários.

3.2.15.Atenção Especializada

A Atenção Especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados, Essa atenção contempla cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, endoscopias, fisioterapia e terapias especializadas.

A entrada do cliente na atenção especializada dá-se através de central informatizada de regulação e marcação de procedimentos, que integra os níveis assistenciais. O cliente é inserido no sistema e posteriormente avisado sobre a data e o horário de seu procedimento.

As ações e serviços de Atenção Especializada estão divididos em três subcomponentes, a saber: Atenção Ambulatorial Especializada, Odontologia Especializada e Atenção Hospitalar.

Atenção Ambulatorial Especializada

Compreende os cuidados ou tratamentos que extrapolam a capacidade de resolução dos serviços de atenção primária; que são referenciados ou encaminhados pelas portas de entrada do sistema e são prestados a indivíduos e/ou grupos.

Almeirim conta com algumas dessas especialidades ambulatoriais no distrito de Monte Dourado.

Produção Ambulatorial Segundo Grupo de Procedimentos

Qtd Apresentada por Ano Competência

Almeirim – período 2017 a 2020

Tabela 54 - Complexidade**: Media Complexidade**

Grupo procedimento	2017	2018	2019	2020
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	5718	10888	-	-
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	56565	27444	57627	36989
03 Procedimentos clínicos	43308	631480	131305	94939
04 Procedimentos cirúrgicos	118	146	122	6
Total	105709	669958	189054	131934

Fonte: SAI/SUS/DATASUS

Tabela 55 - Complexidade: Não se aplica

Grupo procedimento	Período				
	2011	2012	2013	2014	2015
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	1271	5657	9815	7582	5737
Total	1271	5657	9815	7582	5737

Fonte: SAI/SUS/DATASUS

Tabela 56 – Procedimentos realizados em Santarem

Produção Ambulatorial_de Procedimentos da Tabela Unificada Realizados em **Santarém** residentes do Município de Almeirim					
Complexidade: **Alta**					
Grupo procedimentos	2011	2012	2013	2014	2015
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	67	128	166	158	167
03 Procedimentos clínicos	162	228	370	515	1005
04 Procedimentos cirúrgicos	0	6	3	11	4
06 Medicamentos	774	384	0	0	794
Total	1003	746	539	684	1970

Fonte: SAI/SUS/DATASUS

Tabela 57 – Procedimentos realizados em Belém

Produção Ambulatorial_de Procedimentos da Tabela Unificada Realizadas em **Belém** em residentes do Municipio de Almeiirm						
Complexidade: **Alta**						
Grupo procedimentos	2010	2011	2012	2013	2014	2015
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	0	20	14	28	39	44
03 Procedimentos clínicos	0	60	148	35	33	13
04 Procedimentos cirúrgicos	0	0	0	0	0	1
05 Transplantes de orgãos, tecidos e células	0	1	1	9	7	20
06 Medicamentos	262	2444	1055	26	36	5001
Total	262	2525	1218	98	115	5079

Fonte : SIA/SUS/MS

A produção Ambulatorial do SUS de Almeirim apresenta dois aspectos principais:

1 – A atenção básica esta concentrada nos prestadores municipais.

2- Os procedimentos de alta complexidade tem sido executados principalmente por prestadores que pactuaram com o Município.

Dentre os procedimentos especializados ressalta-se os procedimentos do grupo 02–Procedimentos com finalidade diagnóstica, Seguido do grupo 03 – Procedimentos clínicos realizados por médicos e/ou outros profissionais de nível superior e/ou médio.

Os procedimentos de atenção básica correspondem a 71,3 % do total da Produção Ambulatorial.

A prestação de serviços hospitalares é realizada exclusivamente pelo setor publico Municipal.

Assistência em Fisioterapia

O serviço de fisioterapia funciona na área anexa ao Hospital Municipal de Almeirim e Monte Dourado, com os aparelhos, dispõe de 02 (dois) fisioterapeuta com uma carga horária de 30 horas semanais, atende em média 1.232 sessões por ano encaminhados das unidades básicas de saúde e hospital.

3.2.16.Laboratorio municipal

O atendimento laboratorial da Secretaria Municipal de Saúde é um serviço que visa otimizar a investigação clínico – laboratorial dos clientes SUS no município de Almeirim. Tal serviço funciona com duas equipes multiprofissionais.

Todo o empenho da equipe é voltado para o atendimento diário de 70 pessoas dos quais, 30 na sede do município e 20 nos PSF's situados na zona urbana e 20 no hospital de Monte Dourado,além de 10 urgências podendo aumentar esse número de acordo com a demanda. No sentido de melhoria na infraestrutura está se realizando uma reforma no prédio do laboratório de

Almeirim, como também nos equipamentos e aquisição de insumos, houve uma queda significativa na produção devido a esses transtornos, mas com a garantia da coleta dos exames, ampliação da oferta de exames sorológicos e hormonais realizados através da parceria LACEN.

Tabela 63 - Produção dos Laboratórios Municipais de Almeirim
Período:2017-2020

Grupo procedimento	2017	2018	2019	2020
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	56565	27444	57627	36989

Fonte DATASUS/SIA

Os Laboratórios Municipais de Análises Clínicas de Almeirim, realizam em média, 95% dos exames solicitados pela rede UBS. Para atender ao princípio da facilidade de acesso do usuário, a coleta, da grande maioria desses exames, é descentralizada, ocorrendo na mesma unidade geradora da demanda, ou seja, na unidade de saúde responsável pelo usuário.

O processamento dos materiais é centralizado nos Laboratórios. Os resultados dos exames realizados são disponibilizados, através do sistema informatizado, no próprio laboratório.

3.3.17. Rede Hospitalar

Na rede hospitalar do municipal dispõe de 02 (duas) unidades Hospitalares (O Hospital Municipal de Almeirim e o Hospital Municipal de Monte Dourado), sendo todos credenciado ao SUS municipal, sendo que o hospital de Monte Dourado se encontra com sua área hospitalar (internação e cirúrgica) desativada e na unidade hospitalar de Almeirim funciona as enfermarias de Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica, totalizando 26 leitos, todos têm como seu mantenedor o Município. As unidades funcionam diariamente com médicos plantonistas para atendimentos de urgência/emergências, além de consultas ambulatoriais de clinica medica. O serviço de Raio-X funciona nas duas unidades, as Internações e algumas cirurgias somente no Hospital Municipal de Almeirim e serviço de ultrassonografia, consulta com ginecologista é realizada também algumas cirurgias eletivas.

3.2.18. Rede de Atenção às Urgências e Emergências

A logística de transporte pré-hospitalar é limitada para atender as necessidades da população. De acordo com levantamento de dados o município de Almeirim possui serviço de atendimento na categoria Básica com 02 ambulâncias e 02 prontos Socorros embora seja com serviços limitados.

O Plano Estadual de Atenção às Urgências do Pará organiza os serviços, orientando a formação de redes regionais e qualificando o fluxo dos pacientes no sistema, desde as Unidades Básicas de Saúde, até a atenção hospitalar e pós-hospitalar. Traça as diretrizes para subsidiar a elaboração dos Planos Regionais e Municipais, fortalecendo a territorialização da atenção à saúde como base para a organização da rede de atenção às urgências.

Compreende o acolhimento das necessidades agudas dos usuários, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e das respectivas Centrais de Regulação; Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e das portas de entrada hospitalares de urgência, de acordo com a classificação de risco.

Abrange a realização do transporte necessário e adequado ao atendimento; consultas; procedimentos diagnósticos; assistência farmacêutica; assistência hemoterápica; procedimentos terapêuticos clínicos e cirúrgicos; acompanhamento do tratamento necessário e orientação para alta e/ou encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade e/ou de maior tempo de permanência.

As urgências médicas caracterizam-se como um dos maiores problemas no contexto do funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS. As unidades de urgência e emergência de média complexidade acabam, no seu dia-a-dia, por atender as demandas "excluídas", seja da Atenção Primária, da Atenção Especializada ou de qualquer outro nível do Sistema, que apresente baixa resolubilidade, limitado acesso, ou acolhimento inadequado.

O Plano Estadual de Atenção às Urgências do Pará, concebido para o quadriênio 2012/2015 é uma proposta de organização dos serviços, orientando a formação de redes regionais e qualificando o fluxo dos pacientes no sistema desde as Unidades Básicas de Saúde passando pelos cuidados pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar representado pela atenção domiciliar.

Nesse sentido, o referido Plano visa aperfeiçoar os processos assistenciais, desde o primeiro atendimento às situações de urgência, oferecendo continuidade dos cuidados na recuperação e reabilitação.

Metodologicamente, o Plano traça as diretrizes para subsidiar a elaboração dos Planos Regionais e Municipais de Atenção às Urgências, que serão incorporados a este à medida que forem construídos. O processo de construção do Plano privilegia a gestão pública moderna, que se caracteriza pela flexibilidade, proporcionando maior autonomia de ação a todos os envolvidos, oportunizando a ampliação de espaços criativos para a busca de soluções.

O Plano pretende reforçar a territorialização da atenção à saúde como base para a organização da rede de atenção às urgências, estruturando as regiões de saúde com o apoio e fortalecimento das Comissões Intergestores Regional (CIR), de acordo com o que estabelece o Decreto Lei 7.508/2011.

Assim, cada gestor, passa a conhecer e trabalhar as ações prioritárias que lhe cabem, de forma a gerar impacto sobre a atenção às urgências, guardando coerência com a diversidade operativa e respeitando as diferenças locorregionais.

O Plano Estadual de Atenção às Urgências do Pará consiste na organização e sistematização de um elenco de diretrizes e ações desejáveis, devidamente harmonizadas com o estabelecido na Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (Portaria GM/MS nº 1.600 de 07/07/2011).

Almeirim conta atualmente para atendimento pré- hospitalar 02 Ambulância para transporte básico, e 02 prontos Socorros.

3.2.19. Vigilância em Saúde

Ações voltadas para a saúde coletiva, com intervenções individuais ou em grupo, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde ambiental e do trabalhador, e por serviços da atenção primária, de urgência e

emergência, da atenção psicossocial e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

3.2.20. Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica tem por missão conhecer o perfil dos agravos ocorridos com maior frequência no município, monitorando a ocorrência de notificações de agravos de notificação compulsória e os fatores relacionados à ocorrência destes agravos, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle destes agravos, disponibilizando informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos seus fatores condicionantes para a execução de ações de controle e prevenção, possibilitando um melhor conhecimento da situação populacional do município e o planejamento de ações globais direcionadas aos diferentes grupos populacionais.

O Departamento de Vigilância Epidemiológica funciona na Secretaria Municipalde Saúde e foi reestruturado através da Lei/PMA nº 805/19/07/2005 :

O Departamento é responsável pelo acompanhamento e monitoramento dos agravos inusitados e dos agravos de notificação compulsória, que são as doenças de comunicação obrigatória à Vigilância Epidemiológica; por desencadear medidas de controle para evitar a propagação de doenças; pelo Programa Nacional de Imunizaçãodo município, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinas; pelo Programa de Triagem Neonatal; pelo Programa de Controle da Tuberculose; pelo Programa de Controle da Hanseníase, pelo Programa de Controle das IST's/AIDS; pela gestão das Declarações de Nascimento e de Óbito – D.N. e D.O.; pela Codificação da Causa Básica de Óbito; pela elaboração de Boletins Epidemiológicos do município; pelo Programa de Saúde do Trabalhador; pelo Plano Municipal da Saúde do Trabalhador; pelo Núcleo de Prevenção à Violência e pelo Comitê de Prevenção de Óbito.

O registro dos dados epidemiológicos é feito nos seguintes Sistemas de Informações:

. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC;

. Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM e SIM-Web;

. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (net, online e Influenza);

. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI;

. Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas - SIVEP DDA;

. Gerenciador de Ambientes Laboratoriais – GAL.

A equipe técnica que atua, internamente, no Departamento é composta pelo Chefe de Departamento; por uma enfermeira, uma digitadora.

3.2.21 - Vigilância dos Agravos Transmissíveis:

A vigilância dos agravos transmissíveis é realizada em concordância com a Portaria nº 204 do Ministério da Saúde, de 17 de fevereiro de 2016,que "dispõe sobre aobrigatoriedade das notificações compulsórias de doenças e agravos no âmbito dosprofissionais de saúde do município de Almeirim dá outras providências". Os agravose doenças compulsórias estão distribuídos em uma lista de notificação mediata eimediata, de acordo com a referida portaria do Ministério da Saúde.

3.2.22 - Vigilância aos Agravos Não Transmissíveis:

A vigilância dos agravos não transmissíveis é realizada através de estudos e análise das informações, do monitoramento e do acompanhamento das ações realizadas na rede de saúde, através da ficha de notificação pela equipe técnica do Departamento de Vigilância Epidemiológica. Os estudos realizados possibilitam a elaboração e composição dos instrumentos de gestão: o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde, o Relatório de Gestão; o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde.

Possibilita, também, a instrumentalização de propostas e projetos de ação local e acaptação de recursos para incremento da capacidade instalada.

O Departamento monitora agravos não transmissíveis prioritários, considerando o quadro epidemiológico e assistencial do município.

Ações realizadas e à serem realizadas:

. Investigação de óbito materno, fetal e infantil;

. Notificação compulsória de casos de Violência;

. Monitoramento da qualidade da informação/busca ativa.

3.2.23 - Rede de Frio

A Rede de Frio ou Central de Vacinas é um setor do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela execução do Programa Nacional de Imunização – PNI no município de Almeirim.

A Rede de Frio no município tem como atribuições o planejamento integrado e o armazenamento de imunobiológicos recebidos da Instância Estadual/Regional para utilização na sala de vacinação. A estrutura da Rede de Frio deve prever espaço para oacondicionamento de imunobiológicos e almoxarifado para outros insumos (seringas,agulhas, caixas térmicas, bobinas reutilizáveis, entre outros); área destinada ao recebimento, à preparação e a distribuição dos imunobiológicos e área com grupo gerador. Assim, a depender do quantitativo populacional e consequente volume de imunobiológicosmanuseados, a Rede de Frio deverá prever câmaras frigoríficas positivas e/ou negativas¨ (BRASIL, 2013).

Sala de Vacinação

A Sala de Vacinação representa a instância final da Rede de Frio, sendo responsável, exclusivamente, pelos procedimentos de vacinação de rotina, campanhas de vacinação, bloqueios e intensificações (BRASIL, 2013). Em Almeirim, estão instaladasnas Unidades de Saúde do município, totalizando 09 salas de vacinas nazona urbana e rural.

Para a realização de sua atividade, é fundamental o armazenamento dosimunobiológicos aplicáveis em suas rotinas em equipamentos para

refrigeraçãoapropriados e dentro de condições ideais. O dimensionamento dos equipamentosdeve prever o prazo de um mês de armazenamento dos imunobiológicos, oquantitativo populacional de sua abrangência e a sua respectiva programação de abastecimento (BRASIL, 2013).

Programa Nacional de Imunização – PNI

É responsável por reunir as informações de vacinação de todo o país. Para isso, são utilizados sistemas informatizados, que facilitam o acompanhamento por todos os gestores. O PNI, desde 1994, utilizava sistemas de informação com dados agregados,ou seja, os municípios realizavam suas ações de imunização, consolidavam as informações de doses aplicadas e enviavam esse quantitativo total ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Informação de Avaliação de Imunização - API e, mais recentemente, por meio do Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunização versão WEB - APIWEB.

3.2.24 Programa Municipal de Controle de Hanseníase

Atualmente, o regimento do Ministério da Saúde utiliza as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, 2016, 1ª edição somente digital, que prevê todas as atividades em relação à doença.

Hoje, diferentemente dos serviços anteriores, não trabalhamos somente com o tratamento da Hanseníase, mas também com a sua prevenção através da busca ativa de casos novos, da busca de pacientes em atraso de dose mensal de medicamento, da busca de pacientes faltosos e da avaliação de contatos sociais.

TAXA DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE

O Ministério da Saúde tem o compromisso de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2015, ou seja, alcançar menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Apesar de no decorrer dos anos o Brasil apresentar uma importante redução no seu coeficiente de prevalência, algumas regiões demandam intensificação das ações para eliminação da doença.

Por isso, o Estado de Pará intensificou o combate as doenças negligenciadas, incluindo a Hanseníase. Que tem como objetivo reduzir ou eliminar os índices inaceitáveis de algumas doenças.

São enfermidades tropicais endêmicas que atingem a população de baixa renda das cidades paraenses. No Município de Almeirim as ações do Agravo Hanseníase foram intensificadas.

Nos dados da tabela observa-se que do ano de 2015 a 2020 ocorreu uma oscilação nas taxas de detecção, alcançando a maior taxa em 2016 com 2,70. Merece destaque que nos anos de 2020 o município apresenta a menor taxa, porem com 93,10% dos casos notificados foram por Multibacilar, que torna preocupante por considerar um diagnostico tardio já com uma alta transmissibilidade de bacilos, no Brasil, adota-se a seguinte classificação das taxas de detecção de casos por 10 mil habitantes: **baixa** (menor que 0,2), **média** (0,2 a 0,9), **alta** (1,0 a 1,9), **muito alta** (2,0 a 3,9) e **situação hiperendêmica** (maior ou igual a 4,0). Isso mostra que no ano de 2016 o Municipio de Almeirim estava com uma incidência da doença de muito alta e em 2020 em media.

Tabela 64: Número e Taxa de detecção de Hanseníase em residentes Almeirim

Classe Operac. Diag.	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
Paucibacilar	1						01					
Multibacilar	3		09		03		05		05		02	
Total	4	1,19	09	**2,70**	03	0,90	06	1,75	05	1,46	02	0,59

Fonte: SINAN

Tabela: Número e Taxa dos contatos de Hanseníase examinados em residentes Almeirim

Classe Operac. Diag.	2016		2017		2018		2019		2020		Total	
	REGIST	ACOMP	REGIST	ACOMP	REGIST	ACOMP	REGIST	ACOMP	REGIST	ACOMP	REGIST	ACOMP
MULTIBACILAR	32	19	20	7	8	2	17	5	4	1	81	34
PERCENTUAL ALC %		59,37		35,00		25,00		29,41		25,00		41,97

Fonte: SINAN

O numero de contatos registrados apenas 41,97% foram Acompanhados, isso mostra a fragilidade da vigilância epidemiológica na busca de casos não tardios.

3.2.25 Programa Municipal de Controle de Tuberculose

A tuberculose é uma doença causada pela bactéria Mycobacterium tuberculosis, também conhecida como bacilo de Koch, é considerada uma doença socialmente determinada, pois sua ocorrência está diretamente associada à forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, assim como à implementação de políticas de controle da doença. Os processos de produção e reprodução estão diretamente relacionados ao modo de viver e trabalhar do indivíduo.

A Tuberculose apresenta relação de co-morbidade com a AIDS, além de um vínculo expressivo com situações de pobreza extrema e uso de drogas.

TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE

Em âmbito Municipal, Almeirim, apresenta pequena oscilação ao longo os anos. Sendo o ano de 2015 com as maiores taxas de incidência do Município.

Vale destacar que a maioria das formas de tuberculose é pulmonar.

Os Relatórios de monitoramento em algumas Unidades de Saúde da Família, revelam uma fragilidade em diagnóstico, conhecimento dos protocolos e principalmente, na busca ativa de sintomáticos respiratórios. Sendo assim, é necessário um trabalho intenso de fortalecimento in loco das ações de controle da Tuberculose, com visitas e treinamentos em serviço nas Unidades de Saúde.

Tabela 65: Número e Taxa de Incidência de Tuberculose em Residentes

Forma	2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
PULMONAR	11		9		5		4		5		2	
EXTRAPULMONAR												
PULMONAR + EXTRAPULMONAR							1					
Total	11	32,12	9	26,30	5	14,67	5	14,65	5	14,65	2	5,86

Fonte: SINAN

3.2.26 Vigilância em saúde ambiental

O Programa de Vigilância Ambiental em Saúde foi criado no ano de 2013 no município de Almeirim, com o propósito de exercer o monitoramento e o controle dos fatores de risco presentes no meio ambiente que interferem na saúde da população, com o objetivo de promover a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, incentivando a participação da população na promoção da saúde e na qualidade de vida.

Por meio de legislações federais que regulamentam às competências do município na área de Vigilância em Saúde, as ações desenvolvidas pela Seção de Vigilância Ambiental em Saúde são baseadas e norteadas pelas seguintes Leis: Portaria 1.172, de 15 de junho de 2004: Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

Seção III - Dos Municípios:

Art. 3º, Inc. VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal.

. Instrução Normativa Nº 01 de 7 DE março de 2005: Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. Instrução Normativa - Artigo 6º:

I. coordenar e executar as ações de monitoramento dos fatores não biológicos que ocasionem riscos à saúde humana;

II. propor normas relativas às ações de prevenção e controle de fatores do meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V. gerenciar os sistemas de informação relativos à vigilância de contaminantes ambientais na água, ar e solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como à vigilância e prevenção dos riscos decorrentes dos

desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, ambiente de trabalho;

VII. executar as atividades de informação e comunicação de risco à saúde decorrente de contaminação ambiental de abrangência municipal;

VIII. promover, coordenar e executar estudos e pesquisas aplicadas na área de vigilância em saúde ambiental;

X. fomentar e executar programas de desenvolvimento de recursos humanos em vigilância em saúde ambiental.

A vigilância em saúde ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e às normas estabelecidas na legislação vigente e para avaliar os riscos que a água de consumo representa para a saúde humana.

Nesse sentido, o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua), estruturado a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenha um papel importante para garantir a qualidade e segurança da água para consumo humano no Brasil.

O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) é um instrumento do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para consumo Humano (Vigiagua), construído com base no referido programa e na Portaria MS n° 2.914/2011, que tem como objetivo auxiliar o gerenciamento de riscos à saúde associados à qualidade da água destinada ao consumo humano, como parte integrante das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, previstas no Sistema Único de Saúde.

O decreto Federal n 5.440 de 04 de maio de 2005, Estabelece definições e procedimentos sobre o controle de qualidade da água de sistemas de abastecimento e institui mecanismos e instrumentos para divulgação de

informação ao consumidor sobre a qualidade da água para consumo humano. cumprir com SISPACTO.

PORTARIA Nº 2.914, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2011 Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de portabilidade, delegando competências e responsabilidades aos municípios.

Tabela 66 - Planilha Cadastro e formas de Abastecimento de água ano 2016.

Forma de abastecimento	Nome	Código	Instituição	Data de Registro no SISAGUA	Data de Preenchimento do Formulário	ETA ou UTA cadastrado(s)	Tipo(s) de manancial(is) utilizado(s)	Tratamento	Município(s) Abastecido(s)	População abastecida estimada no município
SAA	BURITIZAL	S150050000003	PREFEITURA MUNICIPAL DE	18/07/2016	18/07/2016	BURITIZAL	SUBTERRANEO	NÃO	ALMEIRIM - PA	4175 12,51%
SAA	ETA MONTE DOURADO	S150050000007	GRUPO ORSA	18/07/2016	18/07/2016	MONTE DOURADO	SUPERFICIAL	SIM	ALMEIRIM - PA	11076 33,19%
SAA	MATINHA	S150050000004	PREFEITURA MUNICIPAL DE	18/07/2016	18/07/2016	MATINHA	SUBTERRANEO	NÃO	ALMEIRIM - PA	4175 12,51%
SAA	NOVA VIDA	S150050000002	PREFEITURA MUNICIPAL DE	18/07/2016	18/07/2016	NOVA VIDA	SUBTERRANEO	NÃO	ALMEIRIM - PA	4047 12,13%
SAA	PALHAL	S150050000001	PREFEITURA MUNICIPAL DE	18/07/2016	18/07/2016	PALHAL	SUBTERRANEO	NÃO	ALMEIRIM - PA	2726 8,17%
SAA	SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE AGUA DE SAO MIGUEL	S150050000006	GRUPO ORSA	18/07/2016	18/07/2016	SÃO MIGUEL	SUPERFICIAL	SIM	ALMEIRIM - PA	554 1,66%
SAA	VILA PLANALTO	S150050000005	GRUPO ORSA	18/07/2016	18/07/2016	VILA PLANALTO	SUPERFICIAL	SIM	ALMEIRIM - PA	1926 5,77%

Fonte:SISAGUA/MS

Tabela 67:Mananciais e pontos de captação do SAA.

Manancial / Ponto de captação	Tipo de captação	Município	Vazão média captada (L/s)	Coordenadas Geográficas		Outorga	Nome da forma de abastecimento	Instituição Responsável
				Latitude	Longitude			
IGARAPE CARACURUZINHO	SUPERFICIAL	ALMEIRIM	100,0	-1,0000000	-52,0000000	NÃO	SAA - SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE AGUA DE SAO MIGUEL	GRUPO ORSA
IGARAPE DO PINHEIRO	SUPERFICIAL	ALMEIRIM	1.600,0	-8,0000000	-52,0000000	NÃO	SAA - VILA PLANALTO	GRUPO ORSA
PONTO 1	SUBTERRANEO	ALMEIRIM	1.200,0	-1,0000000	-52,0000000	NÃO	SAA - BURITIZAL	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMEIRIM
PONTO 1	SUBTERRANEO	ALMEIRIM	1.200,0	-1,0000000	-52,0000000	NÃO	SAA - PALHAL	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMEIRIM
PONTO 1	SUBTERRANEO	ALMEIRIM	800,0	-1,0000000	-52,0000000	NÃO	SAA - NOVA VIDA	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMEIRIM
PONTO 4	SUBTERRANEO	ALMEIRIM	100,0	-8,0000000	-52,0000000	NÃO	SAA - MATINHA	PREFEITURA MUNICIPAL DE ALMEIRIM

Fonte:SISAGUA/MS

Tabela 68:Resultado de exames de rotina nos sistemas de Abastecimento de água de Almeirim 2016.

Motivo	Forma	Nome	Data da coleta	Data do laudo	Procedência da coleta	Ponto de coleta	Hora da coleta	Coliformes totais	E. coli
Rotina	SAA	MATINHA	14/09/2016	27/10/2016	PONTO DE CAPTAÇÃO (ÁGUA SUPERFICIAL OU SUBTERRÂNEA)	POÇO FREÁTICO (RASO) - Ponto 5	15:21	Presente	Ausente
Rotina	SAA	MATINHA	14/09/2016	27/10/2016	PONTO DE CAPTAÇÃO (ÁGUA SUPERFICIAL OU SUBTERRÂNEA)	POÇO ARTESIANO - Ponto 1	15:10	Presente	Presente
Rotina	SAA	MATINHA	14/09/2016	27/10/2016	PONTO DE CAPTAÇÃO (ÁGUA SUPERFICIAL OU SUBTERRÂNEA)	POÇO FREÁTICO (RASO) - Ponto 4	15:20	Presente	Ausente
Rotina	SAA	BURITIZAL	14/09/2016	27/10/2016	PONTO DE CAPTAÇÃO (ÁGUA SUPERFICIAL OU SUBTERRÂNEA)	POÇO FREÁTICO (RASO) - Ponto 1	14:53	Ausente	Ausente
Rotina	SAA	MATINHA	14/09/2016	27/10/2016	PONTO DE CAPTAÇÃO (ÁGUA SUPERFICIAL OU SUBTERRÂNEA)	POÇO FREÁTICO (RASO) - Ponto 6	15:23	Ausente	Ausente
Rotina	SAA	MATINHA	14/09/2016	27/10/2016	SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO	Reservatório de distribuição	15:25	Ausente	Ausente
Rotina	SAA	MATINHA	14/09/2016	27/10/2016	PONTO DE CAPTAÇÃO (ÁGUA SUPERFICIAL OU SUBTERRÂNEA)	POÇO FREÁTICO (RASO) - Ponto 2	15:11	Presente	Presente
Rotina	SAA	MATINHA	14/09/2016	27/10/2016	SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO	Cavalete/Hidrômetro	15:26	Presente	Presente
Rotina	SAA	MATINHA	14/09/2016	27/10/2016	PONTO DE CAPTAÇÃO (ÁGUA SUPERFICIAL OU SUBTERRÂNEA)	POÇO FREÁTICO (RASO) - Ponto 3	15:12	Ausente	Ausente

Fonte:SISAGUA/MS

Diante do resultado, o SAA da Matinha e Buritizal apresentam, segundo análises microbiológico para Coliformes Totais,presente e observa-se a ocorrênciadeE. coli/ coliformes presentes na água de consumo humano.

Pode-se inferir que o monitoramento da água realizado, principalmente em alguns pontos da rede apresentaram maiores problemas de contaminação porcoliformes totais nos Sistemas de abastecimento de água.

VIGISOLO: Vigilância em Saúde de populações expostas a Solo contaminado, este Programa de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado a ser implementado no Brasil, baseado nas diretrizes e princípios da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990), contendo o campo, forma de atuação e as principais ações e estratégias.

A Instrução Normativa n.º 01 da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS, do Ministério da Saúde/MS, de 07 de março de 2005, regulamenta a Portaria n.º 1172/04/GM e estabelece as competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde Ambiental. De acordo com essa Instrução Normativa, a SVS é a responsável pela coordenação do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental – SINVSA.

O Programa foi concebido de forma abrangente tendo em vista a sua execução descentralizada conforme preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, respeitando as peculiaridades político-administrativas e diferenças sócio-econômicas e culturais do país.

O Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado - SISSOLO - é ferramenta importante para orientação e priorização das ações de vigilância em saúde de populações expostas a solo contaminado - VIGISOLO , permitindo o monitoramento da saúde destas populações por meio do cadastramento contínuo, por parte dos municípios ou estados, das áreas contaminadas identificadas, e da construção de indicadores de saúde e ambiente.

Área com Solo Contaminado Local que apresenta processo de origem natural ou antrópica caracterizado pela presença de substâncias químicas no solo em concentrações capazes de causar agravos à saúde humana.

Exemplos de locais passiveis de contaminação: Postos de Combustíveis; Cemitérios; Lixões etc..

Almeirim Cadastrou todos os Postos de Combustíveis da sede do município e Lixão e o cemitério.

3.2.27 Vigilância da saúde do trabalhador

AUMENTAR A IDENTIFICACAO E A NOTIFICACAO DOS AGRAVOS A SAUDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA REDE DE SERVICOS SENTINELA EM SAUDE DO TRABALHADOR, BUSCANDO ATINGIR TODA A REDE DE SERVICOS DO SUS.

CONSTANTES DA PORTARIA GM/MS Nº.777/04

3.2.28 Vigilância sanitária

A Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990 define a Vigilância Sanitária como o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde ede 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 asaúde, observando-se as regras operacionais do Ministério da Saúde.

As ações e os serviços de Vigilância Sanitária são privativas do servidor legalmente investido na função de autoridade sanitária, que terá livre acesso aos estabelecimentos e aos ambientes sujeitos ao controle sanitário. Estas ações podem ser conjuntas com órgãos municipais, estaduais ou federais.

Entende-se por controle sanitário as ações desenvolvidas pelo órgão de Vigilância Sanitária para aferição da qualidade dos produtos e a verificação das

condições de licenciamento e funcionamento dos estabelecimentos, envolvendo inspeção, fiscalização, lavratura de autos e aplicação de penalidades.

Além das fiscalizações, compete ao Departamento de Vigilância Sanitária:

· Exercer atividade de Educação/Orientação e Comunicação em Vigilância Sanitária a estabelecimentos, frentes de trabalho na comunidade e outros;

· Orientar, analisar e aprovar o Projeto Arquitetônico de estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde;

· Fazer a abertura e o encerramento de Livros de Controle de Medicamentos de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344/98, Farmácias, Drogarias, Dispensários, Hospitais, Óticas, Hemocentro/Hemominas;

· Confeccionar relatórios de inspeção/reinspeção, pareceres técnicos, laudos, ofícios, memorandos, entre outros;

-Atender e prestar informações ao público, pessoalmente, por telefone e por e-mail;

· Acolher e cadastrar reclamações/demandas;

· Cadastrar e analisar processos de alvará sanitário inicial ou renovação, vistoria prévia, entre outros;

· Acompanhar e tramitar processos através do SIP – Sistema de Informação Pública;

· Expedir Alvará Sanitário;

· Cadastrar, atualizar e controlar dados e serviços realizados nos estabelecimentos existentes no município;

· Realizar interdição, apreensão e/ou inutilização de produtos, equipamentos, utensílios e recipientes;

· Realizar coletas de amostras, atendendo aos programas estaduais e/ou federais, e,· Auxiliar o cadastro de estabelecimento no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Tabela 69 - Planilha deprodução oda Vigilância Sanitária no ano de 2020

0102010072 CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS A VIGILANCIA SANITARIA	431
0102010145 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE HOSPITAIS	02
0102010153 INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E/OU QUEIXAS TÉCNICAS	06
0102010188 LICENCIAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	348
0102010226 ATIVIDADE EDUCATIVA PARA A POPULAÇÃO	1.924
0102010234 RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	44
0102010242 ATENDIMENTO À DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	24
0102010455 CADASTRO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	52
0102010170 INSPEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	432

Fonte; DATASUS/SIA

3.2.29 - Controle de Endemias e Zoonoses

O de Controle de Endemias e Zoonoses é o setor responsável pela vigilância ambiental de fatores biológicos de interesse em saúde.

O Departamento é composto por três seções; a Seção de Controle de Endemias, a Seção de Controle de Zoonoses e a Seção de Animais de Pequeno Porte e por um Núcleo de Educação em Saúde.

As ações preconizadas pelo Ministério da Saúde são desenvolvidas respeitando as diretrizes nacionais e as características do município considerando as especificidades geo-demográficas e socioculturais de nossa comunidade.

Ações Realizadas na Seção De Controle De Animais De Pequeno Porte:

- Vacinação antirrábica;

- Coleta de amostras para diagnóstico de raiva e leishmaniose;

- - Informações à população sobre doenças de caráter zoonótico Febre Amarela;

- Esclarecimento sobre posse responsável e legislação vigente;

- Eutanásia de animais com diagnóstico confirmado de leishmaniose, ou mediante laudo veterinário que indique a eutanásia para alívio do sofrimento do animal.

3.2.30 -Atenção à saúde da população indígena e populações tradicionais

A Política Nacional de Saúde voltada para as Populações Tradicionais, bem como às populações vulneráveis - ribeirinhos, quilombolas, indígenas, assentados, dentre outros - prevê a garantia do acesso desta população, aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade.

O DSEI Amapá e Norte do Pará atende toda a população indígena do estado e do Amapá e também habitantes da região norte do Pará. O distrito faz divisa com a Guiana, Suriname e Guiana Francesa, situando-se no extremo norte do Brasil. O DSEI atende 963 índios residentes no Município de Almeirim, com destaque para a etnia Aparai,kaxuyana, tirio, waiapi, wayana.

A Casa de Apoio a Saúde Indígena - CASAI Amapá apóia os indígenas da etnia WAYANA APALAÍ,e O Pólo Base de Saúde indígena BONA da Região tem ações diretas de saúde dos indígenas.

A população estimada da etnia WAYANA APALAÍ é de 963 habitantes, sendo, 20 ALDEIAS.

Tabela 70- População Indígena

Sexo	F	M	Total
Etnia	Total	Total	Total
APARAI	235	229	464
KAXUYANA	2	2	4
TIRIYÓ	92	76	168
WAIAPI	8	9	17
WAYANA	151	159	310
Total	488	475	963

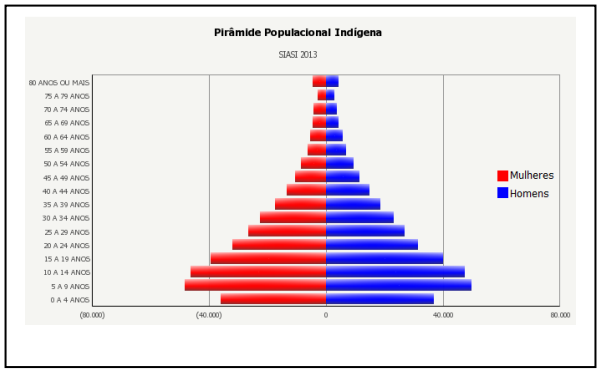


Tabela 71 - Proposta de Plano Anual de Saúde Indígena do Município de Almeirim – PA

Diretriz	Ação	Estratégia	Meta	Indicadores
Promoção da saúde da população indígena	Cooperar tecnicamente com DSEI, através de	Reunião com o Secretário Municipal de Saúde e	Alcançar a homogeneidade da cobertura vacinal em	Nº de População Vacinada com esquema básico completo para

pertencente ao pólo base Bona, eadequar - seà estruturação e implementação dos serviços de atenção à essas populações no município.	parcerias e pactuações. Promover ações de educação em saúde Garantir o acesso dos serviços de saúde a população indígena	Coordenação do DSEI para discussão da problemática; Elaboração conjuntamente com técnicos da SMS e DSEI de um Plano de Ação (constando ações a curto e médio prazo) Apresentação e pactuação do Plano de ação ao Conselho municipalde Saúde e de indígena.	95%das Aldeias Indígenas e garantir todas as vacinas preconizadas no calendário vacinal indígena.	determinado tipo de vacina/ pela população esperada (x100)
			Reduzir em 20% a incidência de malária na população indígena.	Nº de casos novos de malaria notificados no ano de avaliação / Nº de casosdemalaria notificados no ano anterior x100
			Implementar a atenção integral à saúde da mulher e da criança indígena em 50% das aldeias do polo	Cobertura de consultas de pré-natal, de gestantes acompanhadas, proporção de partos acompanhados, de crianças <5 anos acomp, de menores de 01 ano pesados. Taxa de mortalidade materna e etc
			Aumentar em 15% a taxa de cobertura em saúde bucal indígena da atenção coletiva	Numero de pessoas participantes na ação coletiva escovação dental supervisionada*
			Aumentar em 15% a taxa de cobertura em	Numero total de primeiras consultas

			saúde bucal indígena da atenção individual	odontológicas programáticas* realizadas em determinado local e período
			Reduzir em 10% a desnutrição esquelética em crianças < 5 anos	Número de crianças menores de cinco anos com peso para idade abaixo do percentil 3 ____X 100 Número total de crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo SISVAN

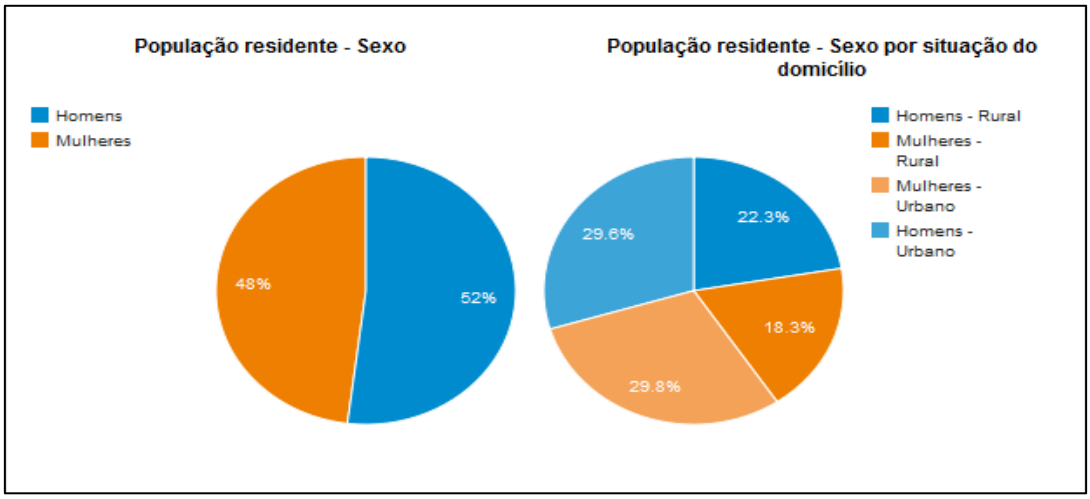
3.3. CONDIÇÕES SOCIOSANITÁRIAS:

Caracterização das condições de vida da população

3.3.1 Panorama demográfico

Os censos demográficos são planejados para serem executados nos anos definais zero, ou seja, a cada dez anos. Desta forma o último censo realizado no Brasil foi no ano de 2010.

Gráfico 02 - POPULAÇÃO: DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, SEXO E SITUAÇÃO DO DOMICILIO CENSO 2010



Fonte: IBGE

No intervalo entre dois censos demográficos, realiza-se a contagem da população e os resultados são usados no desenvolvimento de políticas públicas e na destinação dos fundos governamentais para as Unidades Federativas. Para o ano de 2013 a 2020 foram utilizadas projeções intercensitárias, segundo faixa etária, sexo.

Observa-se que os homens representam mais de 52% da população, refletindo uma maior sobrevida deste grupo.

O numero de residentes do sexo feminino na área urbana (29,8%) é maior que do sexo masculino.

Tabela 2: Estimativa de Distribuição da População por Faixa Etária de Residentes do Município de Almeirim, 2013-2020.

Faixa Etária	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Menor de 1 ano	734	721	706	686	678	668	706	693
0 a 4 anos	3051	2962	2907	2849	2786	2752	2661	2614
5 a 9 anos	3969	3910	3840	3738	3627	3516	3428	3372
10 a 14 anos	3856	3741	3625	3598	3583	3545	3504	3443
15 a 19 anos	3722	3700	3659	3588	3496	3397	3298	3201
20 a 29 anos	6103	6139	6178	6218	6268	6319	6366	6401
30 a 39 anos	4829	4839	4835	4848	4850	4840	4819	4792
40 a 49 anos	3502	3557	3616	3662	3709	3759	3813	3869
50 a 59 anos	2412	2490	2572	2606	2644	2686	2730	2778
60 a 69 anos	1264	1318	1377	1457	1540	1627	1713	1798
70 a 79 anos	608	629	648	674	702	732	762	796

80 anos e mais	263	271	279	285	293	301	309	319
Total	34313	34277	34242	34209	34176	34142	34109	34076

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

A população total do município no ano de 2013 foi de 34.313 hab.; no período de 2014 apresentou estimativa de 34.277 hab., no ano de 2015 de 34.242 hab., no ano de 2016 de 34.209 hab., no ano de 2017 de 34.176 hab., no ano de 2018 de 34.142 hab. no ano de 2019 34.109 e no ano de 2020 de 34.076 hab. Os habitantes nos anos de 2013 a 2020 estão distribuídos em 59,32% na área urbana e 40,68% na área rural.

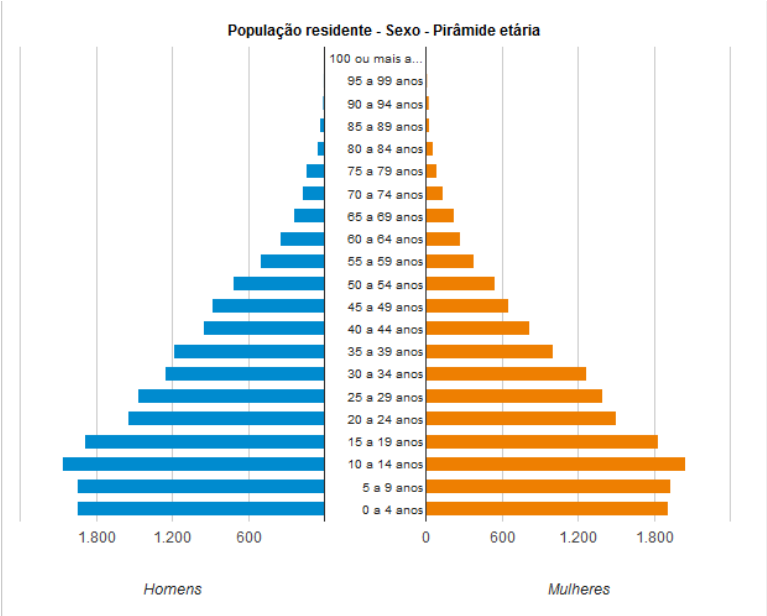


Tabela 01 - Numero de deficiente no Município de Almeirim

Deficiência Física	**325**	**0,96**
Tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente.	179	55,08
Falta de membro ou de parte dele[5]	146	44,92
Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar.	4.555	13,41
Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir	1.212	3,57
Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas	1.836	5,41

Nenhuma destas deficiências	27.462	80,87

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

CRESCIMENTO POPULACIONAL

Tabela 02 -- Taxa de crescimento populacional de Almeirim

Município	Taxa de crescimento médio anual por período (%)		Crescimento populacional total entre 1991 e 2010 (nº de habitantes)	Taxa geométrica de crescimento populacional anual 1991 - 2010 (%)
	1991 - 2000	2000 - 2010		
Almeirim	0,06	0,10	172	0,03

Fonte IBGE

A taxa de crescimento populacional do município alterada para período de 1991- 2000 0,06 para 0,10 no período 2000 a 2010.

Tabela 03 --FLUXO MIGRATORIO DA POPULAÇÃO 2010

NASCIMENTO	QUANT
Região Nordeste	2.438
Região Sudeste	223
Região Sul	76
Região Centro-Oeste	27
País estrangeiro	8

Fonte IBGE

Na tabela acima vemos um fluxo migratório de população de varias regiões onde em maior numero a do Nordeste especificamente do estado do Maranhão.

Taxa de fecundidade

Taxa de fecundidade é uma estimativa do número médio de filhos que uma mulher teria até o fim de seu período reprodutivo, mantidas constantes as taxas observadas na referida data.

A taxa de fecundidade total do município para o período de 1991 foi de 5,4 para o período de 2000 4,1 e período 2010 2,5 filhos ao logo da vida da Mulher.

Tabela 04 - Taxa de Fecundidade Total

	1991	**2000**	**2010**
Taxa de fecundidade total	5,4	4,1	2,5

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A taxa apresentada mostra uma tendência de cada vez mais das mulheres terem menos filhos durante sua vida fértil.

Esperança de vida ao nascer

Expressa o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Assim, indica a longevidade média esperada para um determinado grupo populacional ao nascer. Relaciona-se com as condições de vida de uma população. Sua avaliação reflete os resultados dos investimentos em saúde pública e na qualidade ambiental.

Tabela 05 - Taxa de Esperança de vida

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	66,6	69,0	73,6

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 4,6 anos na última década, passando de 69,0 anos, em 2000, para 73,6 anos, em 2010. Em 1991, era de 66,6 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.

Taxa de envelhecimento

A taxa de envelhecimento é a Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

Entre 2000 e 2010, a taxa de envelhecimento, passou de 2,72% para 3,72%. Em 1991, esse indicador era, de 1,94%. mostra nos um aumento de sobrevida no grupo dessa população.

Os dados da tabela mostram a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população, o que reflete, principalmente, a redução dos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida dos idosos.

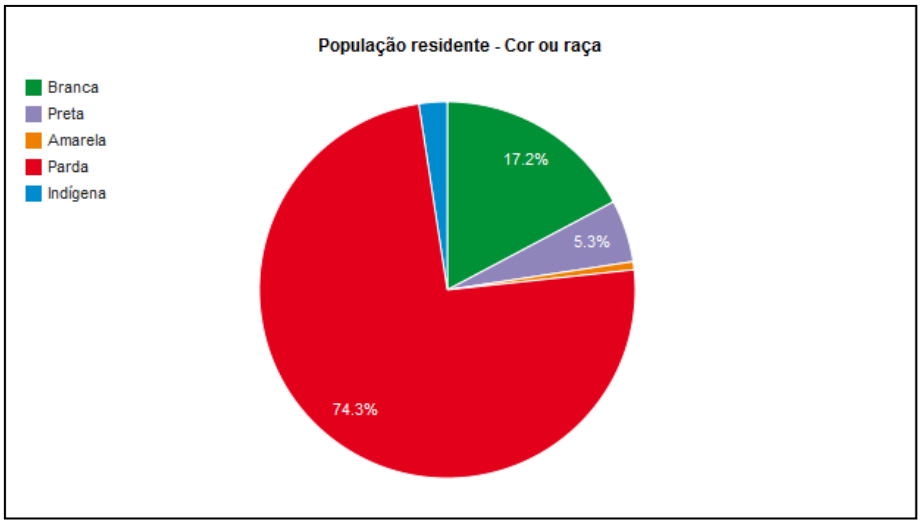
Tabela 06 - **Índice de envelhecimento**

índice	***2002***	***2007***	***2011***
Total	*6,7*	*8,9*	*10,6*

Fonte: IBGE:

Composição da Etnia no Município

Gráfico 01 - POPULAÇÃO RESIDENTE, SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS 2010



Fonte: IBGE

Dialetos

No município de Almeirim usa-se o dialeto paraense tradicional: tem como característica mais distintiva o raro uso do pronome de tratamento "você", sobretudo nas intimidades, substituindo "você" por "tu": "tu fizeste", "tu és", "tu chegaste", muitas vezes chegando a omitir o pronome "tu", verbalizando expressões apenas como: "chegaste bem?", "já almoçaste?". O "r" e o "s" são pronunciados de maneira semelhante à do Rio de Janeiro. Tal

dialeto é considerado brando (à exceção da letra "s") e possuidor de menos vícios de linguagens, comparado aos outros do Brasil, sendo encontrado em toda a região da Amazônia, inclusive litoral do Maranhão, e decorre da forte colonização portuguesa sem influência de outros povos. Também é conhecido como Amazofonia.

Culinária

Considerada uma das culinárias mais “brasileiras” do País, a gastronomia de Almeirim tem sim a cultura indígena como sua maior influência, mas também carrega consigo traços portugueses e africanos. Os elementos encontrados na região da Amazônia formam a base de seus pratos, com o acréscimo do camarão, pato e dos peixes e galinha caipira, todos temperados com folhas e frutas nativas. Destacam-se: açaí, bacaba, cupuaçu, castanha-do-pará, pupunha, tucumã, uxi, piquiá e taperebá –, pimentas de cheiro. Os mais tradicionais são cozidos em panelas chamadas de calderada de peixe cozido, com farinha de mandioca. Entre os destaques está o Acari assado com farinha e pimenta.

Cultura.

As manifestações culturais do município caracterizam se, principalmente, pelas realizações de festividades religiosas em homenagem a diversos santos, com maior destaque à festa da padroeira da cidade, Nossa Senhora da Conceição, realizadaem dezembro, de São Benedito, realizada em junho e Nossa senhora de Nazaré em Outubro no Distrito de Monte Dourado. Os eventos são praticados pela sociedade almeiriense com muita devoção, com a realização de novenas, procissão e arraial (SEPOF, 2008). Destacam-se também a dança do gambar, realizado pela família Castro a mais de 100 anos, que são remanescentes de quilombos residente no município. Além disso, o município se destaca regionalmente como berço musical, artístico e futebolístico.

Todos os anos, em agosto, é realizado a Feira de Arte e Cultura de Almeirim – FEARCA, sendo a maior festa do município, atraindo milhares de

visitantes de toda a região. Duas outras importantes datas comemoradas são os aniversários do distrito de Monte Dourado e do município sede de Almeirim.

3.3.2 Aspectos socioeconômicos

Tabela 31 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL - IDHM

1991	2000	2010
0,395	**0,526**	**0,642**

Fonte: IBGE

Inserção no mercado de trabalho (empregado ou desempregado)

A cidade de Almeirim apresenta deficiência quanto à oferta de empregos, levando muitas pessoas a partirem em busca de novas oportunidades e outros dependendo da Prefeitura.

Ocomercio local sente as dificuldades, por falta de meios de transportes rápidos, o transporte de mercadorias, ainda depende dos rios e ficam a mercê do desembarque em condições precárias.

A agropecuária é um dos fatores de maior economia do município na área rural, enquanto na zona urbana a maior renda é o setor industrial, em função da fabrica de Celulose e da Mineração do Caulim Possui razoável concentração de micro e pequenas empresas sediada no Distrito de Monte Dourado.

A atividade agrícola se caracteriza pelo cultivo de lavouras temporárias e permanentes, com destaque para o cultivo de banana, Laranja e mamão. Entre os cultivos temporários, as culturas mais importantes para a economia formal são a mandioca, a melancia e o milho. Há também destaque para a mandioca, milho e cacau em área colhida, variando de 100 a 200 ha (Tabela 2). A expressiva área destinada para a produção de mandioca, feijão, milho e arroz, em relação aos demais produtos agrícolas, relaciona-se com a produção de subsistência das 155 comunidades e localidades de Almeirim (ITERPA, 2007).

Tabela32-Produtos agrícolas, quantidade produzida, área colhida, valor da produção e rendimento (R$/ha) em Almeirim, 2015.

Lavouras Permanentes

Produto	Quantidade Produzida (t)	Área Colhida (ha)	Valor da Produção (Mil reais)	R$/ha
Banana (cacho)	780	65	1170	18.000,00
Coco da baia	144 mil frutos	16	115	7.187,00
Laranja	210	14	63	4.500,00
Mamão	136	13	163	12.538,46
Maracujá	40	4	72	18.000,00
Pimenta-do-Reino	80	40	1760	22.000,00
Cacau (em amêndoa)	85	110	255	2.318,00
Lavoura Temporária				
Produto	Quantidade Produzida (t)	Área Colhida (ha)	Valor da Produção (Mil reais)	R$/ha
Abacaxi	280 (Mil frutos)	10	420	42.000,00
Melancia	500	20	500	25.000,00
Feijão	43	60	120	2.000,00
Milho	215	150	161	1.073,33
Mandioca	2400	200	480	2.400,00
Fonte: IBGE - Produção Agrícola Municipal (BGE, 2015a).				

O PIB per capita municipal foi deR$ 12.784,08 /hab.no ano de 2010, crescendo o valor de R$ 13.063,96 /há no ano de 2011,e o valor de R$ 14.735,01 /há em 2012, e em 2013 apresentou queda para R$ 13.106,90 /hab. (Tabela 3). O indicador municipal manteve-se abaixo da media Tabela 3)

Tabela 33- Produto Interno Bruto - PIB

ALMEIRIM | PA			**MÉDIA NACIONAL**
Ano	**PIB municipal**	**PIB per capita**	
2013	R$ 439.894.000	R$ 13.106,90 /hab.	R$ 26.441,76 /hab.
2012	R$ 494.551.000	R$ 14.735,01 /hab.	R$ 22.642,40 /hab.
2011	R$ 438.792.000	R$ 13.063,96 /hab.	R$ 21.535,65 /hab.
2010	R$ 429.724.000	R$ 12.784,08 /hab.	R$ 19.763,93 /hab.
2009	R$ 346.796.000	R$ 11.116,31 /hab.	R$ 16.917,62 /hab.

Fonte: DATASUS/MS

A População Economicamente Ativa – PEA no município, ano de 2012 foi de 7.391pessoas (IBGE) o que representou 22,09 % da população total.isso 34,03% da população ocupadas acima de 15 anos de idade.

A base da economia do município reside na agricultura com o cultivo de mandioca e abacaxi, os principais produtos e na extração de vegetais, principalmente madeira em tora, causando desmatamento na área, sem uma política efetiva de reflorestamento ou manejo ambiental.

Almeirim é um município de grande potencial florestal, ainda insuficientemente explorado. Destaca-se a produção de madeira em tora de espécies de rápido crescimento para a produção de papel e celulose (Tabela 4). Almeirim possui grande riqueza de produtos florestais não madeireiros, que, no entanto, possuem pouca participação na economia formal do município.

Tabela 34 - Perfil da produção extrativista e da silvicultura em Almeirim, 2015.

Produto	Ano2015	
	Quantidade	**Valor daProdução (Mil Reais**
Açaí (fruto) (t)	103	237
Castanha-do-Pará (t)	188	347
carvão vegetal (t)	8	11
Lenha (m^3)	209.690	3.355
madeira em tora m^3	91636	18253
madeira em tora para papel e celulose m^3	669.747	26.120

FONTE: IBGE/ 2010

Produção madeireira de florestas nativas. O setor florestal, já importante na economia formal de Almeirim, possui um grande potencial de expansão no município diante dasperspectivas e oportunidades para o uso racional das florestas naturais em regime de manejo florestal (em concessões de florestas públicas e florestas privadas). De fato, dados do IBGE, que consideram apenas uma estimativa da produção total em tora de florestas naturais em Almeirim, já estimam o valor da produção em R$ 39 milhões, o que seria grosseiramente equivalente a 10% do PIB municipal. Entretanto, se analisarmos dados mais detalhados da atividade madeireira na Amazônia, providos pelo Imazon, temos que o setor florestal de Almeirim de atuação em florestas nativas pode ter gerado em 2009 uma renda bruta de R$ 51 milhões4, o que já seria equivalente a 12% do PIB municipal (Tabela 7). Uma vez que há algumas discrepâncias entre os levantamentos do IBGE e Instituto do Homem e Meio

Ambiente da Amazônia - Imazon, não é possível concluir se esta renda estimada da indústria madeireira local está incluída no cálculo do PIB municipal.

Tabela 35. Perfil da produção madeireira de florestas nativas em Almeirim,2006-9.

Descrição	Valor	Fonte das informações
Produção de madeira em tora para fins industriais (2008/2009) (m3)	209.003,20	Imazon
Produção de madeira serrada pela indústria (2008/2009) (m3)	58.140,20	Imazon
Produção de compensados (2008/2009) (m3)	1.043,00	Imazon
Rendimento médio no processamento de madeira (produção processada / produção em tora) (2009)	0,28	Imazon
Empregos gerados pela indústria madeireira local (florestas e indústria) (2009)	2.037,00	Imazon

O nível de empregos no ano de 2010 no município apresentou maior numero de trabalhadores por conta própria.

Em 2015, o salário médio mensal era de 3.2 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 17.4%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 8 de 144 e 10 de 144, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 154 de 5570 e 1738 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 47.1% da população nessas condições, o que o colocava na posição 102 de 144 dentre as cidades do estado e na posição 1869 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

O numero de pessoas trabalhando por conta própria representa 39,77% dos trabalhadores (tabela 6)

Tabela 36 - Perfil de Empregos 2015

Empregados,	Total
com carteira de trabalho assinada,	2877
militares e funcionários públicos estatutários,	1264
sem carteira de trabalho assinada,	2267

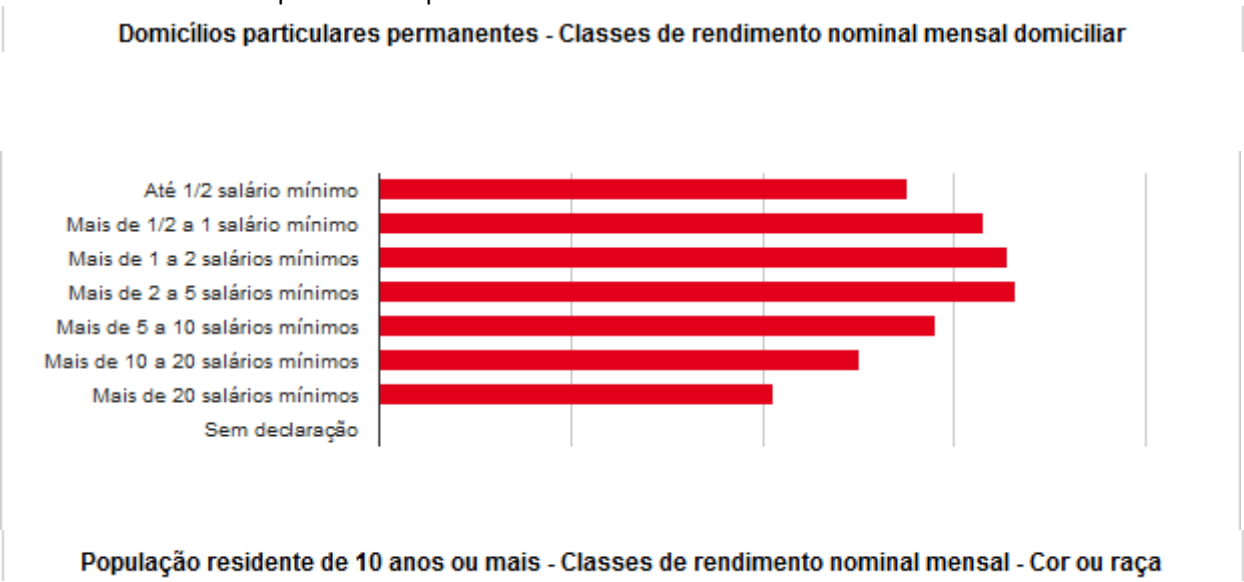
Conta própria,	4232

Fonte: IBGE

O município não é considerado turístico, a área de fluxo de pessoas ocorre, principalmente, pelo distrito de Monte Durado, devido o Projeto Jari e por sua fronteira com o município de Laranjal do Jari, AP. O principal transporte é o fluvial com grande quantidade de embarcações não cadastradas pelos órgãos responsáveis.

No Estado e no município um dos desafios ainda refere-se ao acesso aos principais recursos públicos, como a energia elétrica. A cobertura da população é de apenas 79,9% dos domicílios causando entrave no desenvolvimento socioeconômico do município. A energia elétrica como bem de consumo na história do Estado tem sido subsidiada às grandes empresas e produzida em larga escala através da construção de hidrelétricas servindo também ao restante do país, mas não tem sido assegurada à população local em suas residências.

Gráfico 10 – Domicílios particulares permanentes e Classe de rendimento



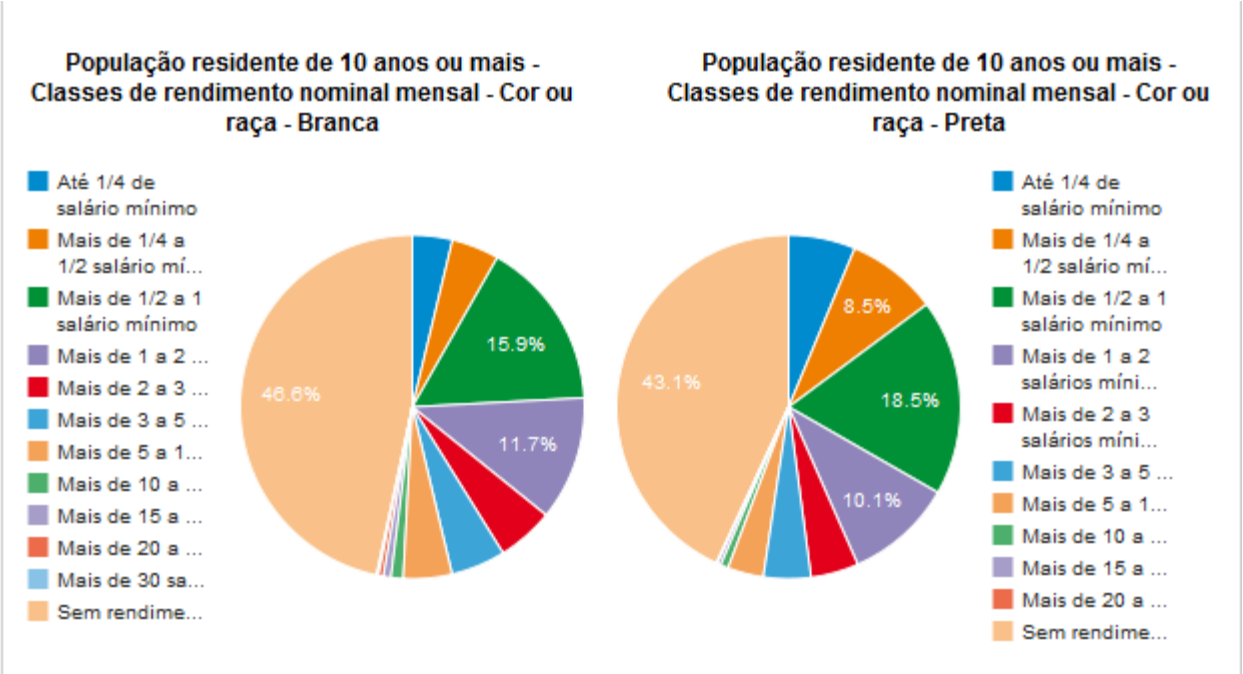
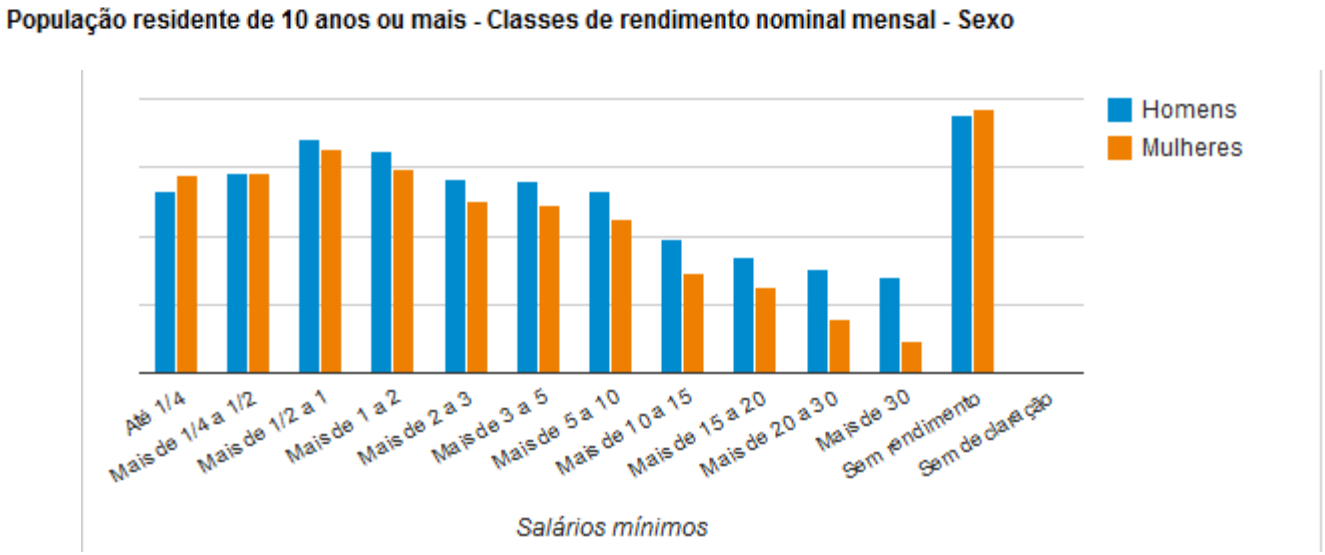


Gráfico 11 – População residente de 10 anos ou mais



Economia.

Em 2014, tinha um PIB per capita de R$ 16153.90. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 24 de 144. Já na comparação com cidades do Brasil todo, sua colocação era de 2354 de 5570. Em 2015, tinha 93% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação às outras cidades do estado, estava na posição 41 de 144 e, quando comparado a cidades do Brasil todo, ficava em 1430 de 5570.

Produto Interno Bruto Municipal: a economia de Almeirim está baseada majoritariamente no setor Industrial (indústria de celulose e transformação), que representa 47% do PIB municipal (Tabela 1), seguido pelo setor de prestação de serviços, com valor adicionado de 35%.

A agropecuária tem pouca participação no PIB do município.

Embora a participação de base agrícola seja insignificante para o PIB municipal, a produção agropecuária é importante para a subsistência das populações rurais do município.

Tabela 37 -Descrição do PIB por setor da economia de Almeirim, 2014.

Descrição	Valor	Unidade
Valor adicionado bruto da agropecuária	81.111	mil reais
Valor adicionado bruto da indústria	162.661	mil reais
Valor adicionado bruto dos serviços	119.576	mil reais
Valor adicionado bruto Total	483.460	mil reais
Impostos sobre produtos líquidos de subsídios	57.146	mil reais
PIB a preços correntes	540.606	mil reais

Fonte: Diretoria de Coordenação de Contas Nacionais (IBGE Cidades, 2014)

EDUCAÇÃO (nível educacional da população)

os níveis de escolaridade

Tabela 38 - Matrícula na Educação Infantil por dependência em Almeirim - 2010 À 2014

Ano	**Creche 03 anos**		**Total Creche**	**Pré-Escola 04 e 05 anos**		**Total Pré-Escola**	**Total Geral**
Dependência	Municipal	Privada		Municipal	Privada		
2010	242	-	242	1054	98	1152	1394
2011	41	28	69	1299	94	1393	1462
2012	16	30	46	1191	112	1303	1349
2013	14	69	83	1148	87	1235	1318
2014	80	62	142	1281	91	1372	1514

Fonte: MEC/censo escolar

Olhando o crescimento da população em idade escolar de 0 a 05 anos no quadro 05 e analisando os dados de matrícula inicial da Educação Infantil em Almeirim no quadro 6, percebemos uma evolução ao longo dos últimos 05 anos. Observa-se que, de um total de 1.394 matrículas iniciais em 2010,

envolvendo a Rede Municipal e Privada, o número aumentou para 1.514 em 2014. Contudo, mesmo havendo acréscimo na matrícula, a demanda de crianças fora da escola, suscitada pelo crescimento populacional, e consequentemente pela falta de estrutura física das escolas de Educação Infantil que não comportam a atual demanda é considerável, principalmente no que se refere ao atendimento as crianças de 03 anos de idade.

Tabela 39 - Matrícula na Educação Infantil por localização – 2010 À 2014

Ano	**Educação Infantil**		
Localização	Urbana	Rural	Total
2010	1.115	279	1394
2011	1.136	326	1462
2012	1.048	301	1349
2013	955	363	1318
2014	1.088	432	1514

Fonte: Seduc/censo escolar

O quadro 07 permite constatar que o predomínio da oferta de vagas, é na área urbana. Na área rural, ampliou-se o número de matrículas nos últimos anos, entretanto, ainda há uma demanda muito grande a ser atendida. Sabe-se também que a oferta de vagas e a qualidade do ensino da Educação Infantil do Campo, constitui-se um grande desafio no contexto de Almeirim, principalmente no que diz respeito a espaços físicos, uma vez que, em muitas comunidades, sequer existem escolas voltadas ao atendimento desse segmento e em outras, não há infraestrutura adequada para esse atendimento.

Tabela 40: Número de matrículas do Ensino Fundamental no Brasil, Pará, Almeirim.

Ano	Brasil		Pará		Almeirim	
2007	95,20	29.027.842	92,90%	1.394.152		8.333
2008	96,30	28.657.106	94,40%	1.393.910		8.179
2009	96,70	28.619.791	94%	1.386.549		8.067
2010		31.005.341		1.550.781	86,44 %	8.179
2011	97%	27.519.381	95,30%	1.356.091		8.061
2012	97%	27.251.458	95,60%	1.382.993		7.868
2013	97,10%	27.188.710	95,80%	1.382.782	95,8%	8.226

Fonte: Fonte: IBGE – Educa Censo: Qedu: organizado por Meritt/SEMED-Almeirim

Contudo, o Brasil, o Estado do Pará, assim como o Município de Almeirim, apesar da significativa expansão do atendimento escolar, ainda não atingiram plenamente a universalização do Ensino Fundamental, assim como esse nível demanda investimentos na melhoria de sua qualidade e, consequentemente, logre êxito na redução das distorções idade série.

Tabela 41: Percentual da população de 06 a 14 anos que frequenta a escola – Brasil, Região Norte, Estado do Pará, Baixo Amazonas e Almeirim.

Brasil	98,4%
Região Norte	97,1%
Estado do Pará	97,3%
Baixo Amazonas	95,9%
Almeirim	95,8%

Fonte: Estado, Região, Brasil. IBGE Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio-PNAD: 2013

Tabela 42: Percentual de pessoas de 16 anos com pelo menos o Ensino Fundamental concluído – Brasil, Região Norte e Estado do Pará, Baixo Amazônia e Almeirim.

Brasil	66,7%
Região Norte	53,4%
Estado do Pará	44,6%
Baixo Amazonas	47,0%
Almeirim	27,5%

Fonte: Estado, Região, Brasil. IBGE Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio-PNAD: 2013.

Pesquisas realizadas permitem constatar que de 2010 a 2013 a média de reprovação escolar no Município de Almeirim girou em torno de 27, 5% e o índice de evasão em 14%. Uma visão mais detalhada ressalta que o percentual médio de evasão gira em torno dos 6% nos anos iniciais e 8% nos aos finais do Ensino Fundamental, o percentual de reprovação nos anos inicias apresenta-se em 12,5% e 15% nos anos finais. Os dados a seguir representam com maior nitidez essa problemática.

Tabela 43. Número de matrícula no Ensino Médio por Escola (Pública) no Município – 2014.

Dependências	Matrícula
Colégio Estadual de Ensino Médio Frei Constâncio	1.166
Colégio Estadual de Ensino Médio José Agostinho Guerra	368
Total	1.534

Tabela 44: IDEB observado e projetado para o Ensino Fundamental.

Ano	**Anos iniciais**		**Anos finais**	
IDEB observado	Meta projetada		IDEB observado	Meta projetada
2009	2,9	3,1	3,7	3,7
2011	3,6	3,6	3,4	3,9
2013	3,2	3,9	3,3	4,4
2015	-	4.2	-	4.7
2017	-	4.5	-	5.0
2019	-	4.8	-	5.2
2021	-	5.1	-	5.5

Conforme os dados acima, observa-se que o Município ainda tem muito a percorrer para atingir a meta estabelecida pelo MEC até 2021. Para os anos

iniciais do Ensino Fundamental, deve-se retomar as reflexões e ações no sentido de averiguar os motivos pela qual o Município regrediu o índice de 2013 em relação ao de 2011, para então retomar o crescimento para os anos seguintes. Observa-se que em relação aos anos finais do Ensino Fundamental, os últimos resultados, relativos ao ano de 2009, evidencia-se também regressão o que distância significativamente o Município da meta projetada.

Tabela 45 - Matrícula inicial da EJA por dependência administrativa no período de 05 anos.

Ano / Dependência	Municipal	Privada	Total
2010	1001	-	1001
2011	891	-	891
2012	884	-	884
2013	684	-	684
2014	771	-	771

Fonte: Censo Escola (2010 a 2014)

Tabela 46: População residente de 15 anos ou mais de idade alfabetizadas, analfabeta funcional e analfabeta absoluta.

População geral do Município de Almeirim	Total de pessoas com 15 anos ou mais de idade	Taxa de alfabetizaçã o	Total	Taxa de analfabetis mo absoluto	Total	Taxa de analfabetis mo funcional	Total
33.614	**21.702**	**86,1%**	**18.685**	**19,5%**	**4.232**	**33,4%**	**7.248**

Fonte IBGE, Censo Demográfico 2010.

Embora longe de serem exclusivos da Educação de Jovens e Adultos os problemas da educação, em geral, se configuram como uma dívida social adquirida pelo país ao longo dos anos. E em resposta a esses desafios, o Município necessita implantar, ampliar políticas, diretrizes e ações visando estruturar um cenário de possibilidades que sinalize para uma efetiva política pública municipal para a superação da meta proposta.

3.3.3Condições de vida e ambientais

A saúde tem estreita relação com as condições de vida, trabalho e ambiente, incluindo acesso a bens e serviços de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

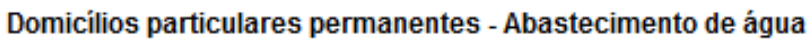
O Saneamento básico é um dos maiores problemas enfrentados, devido a infra-estrutura do município principalmente na sede do Município, onde há

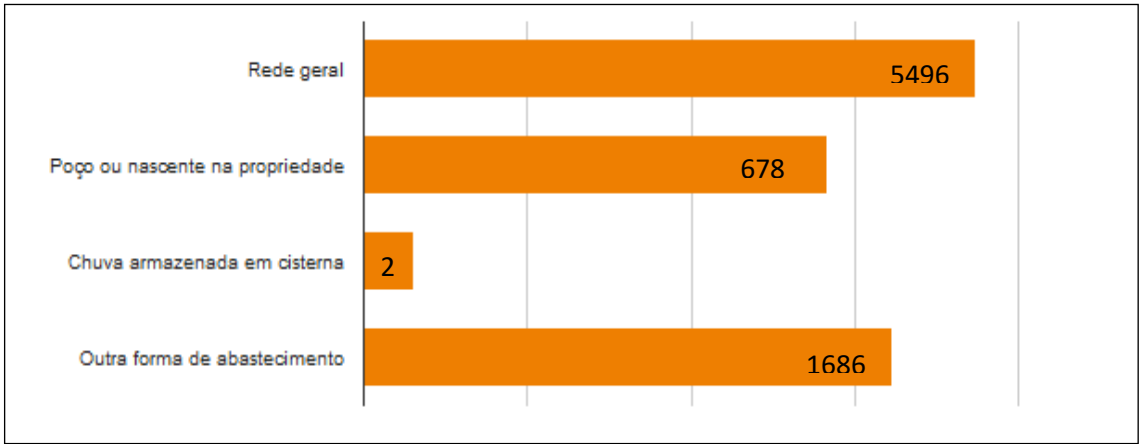
uma estrutura adequada é no Distrito de Almeirim, Monte Dourado, Munguba, Planalto e São Miguel.

A distribuição de água na sede do Município é pelo SAAE sob responsabilidade da Prefeitura Municipal. Vale ressaltar que o poder público não cobra por este serviço aos usuários. Segundo os dados disponibilizados pela Divisão de Saneamento de Água (DSA) existe, na sede do município, 3.100 residências e 2.139 ligações, o que representa um atendimento de apenas 69% da demanda. Na sede do município a captação de água é feita através de 32 poços que abastecem a cidade (composta por 05 bairros), distribuídos em 03 sistemas de abastecimento, localizados nos bairros de Nova Vida, Buritizal e Matinha. A água dos poços é bombeada para uma caixa central que, em seguida, é repassada para a rede de distribuição através de bombeamento, sem receber nenhum tipo de tratamento, e os demais domicílios abastecem em rios, Igarapés etc....

No distrito de Monte Dourado, local de implantação do Projeto Jari, o abastecimento e distribuição de água estão sob a responsabilidade da empresa de Abastecimento de Água da Jarí Celulose, que atende 100% das residências localizadas na vila de Monte Dourado e Planalto, na Vila de Munguba o Abastecimento de Água é de responsabilidade da Empresa CADAM e na Vila de São Miguel o Abastecimento de água é responsabilidade da Prefeitura Municipal e Jarí, e em algumas comunidades rurais há pequenos sistema público de abastecimento de água potável sem receber nenhum tratamento (Comunidade Braço, Pedral, Bandeira, Vila Nova, Rep. Pilão) sob responsabilidade da Prefeitura Municipal, nas demais comunidades, a água provém de poços amazônicos ou são diretamente captadas dos rios e igarapés.

Gráfico 12 – Domicílios particulares com Abastecimento de Agua





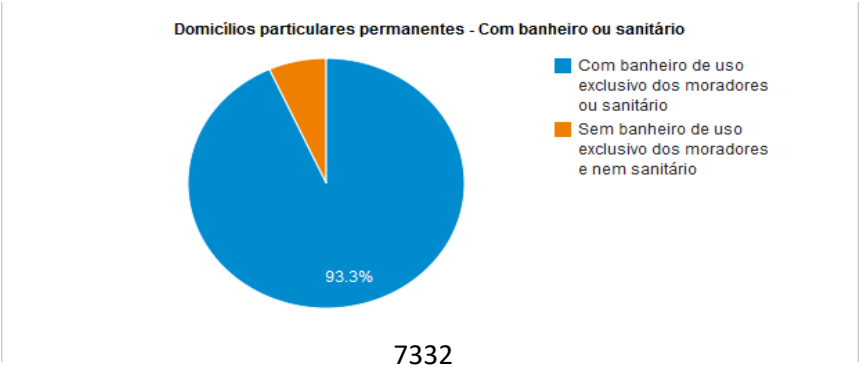
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Esgotamento sanitário

Não existe nenhum sistema de esgotamento sanitário e tratamento do esgoto domiciliar na sede e zona rural do município de Almeirim. Nestas localidades, o destino dos dejetos e águas servidas é dado individualmente e indiscriminadamente pela própria população, de acordo com as suas possibilidades, sendo, que o mais comum é a utilização de “fossas negras”. No distrito de Monte Dourado, sede do projeto Jari, Vila Munguba e Vila Planalto, por sua vez, segundo o Plano de Desenvolvimento Local Sustentável, todos os domicílios são atendidos pelo sistema de esgotamento sanitário e tratamento dos detritos. Vale ressaltar que essa cobertura de saneamento somente é verificada nas áreas que foram planejadas. Infelizmente na vila de São Miguel o destino final de esgoto sanitário da vila é lançado diretamente no igarapé do Inferno braço do Rio Caracuru sem nenhum Tratamento.

O serviço público desconhece e não apresenta dados suficientes para estimar o numero e tipos de fossas a existentes no município.

Gráfico 13 – Domicílios com Banheiro e Sanitário



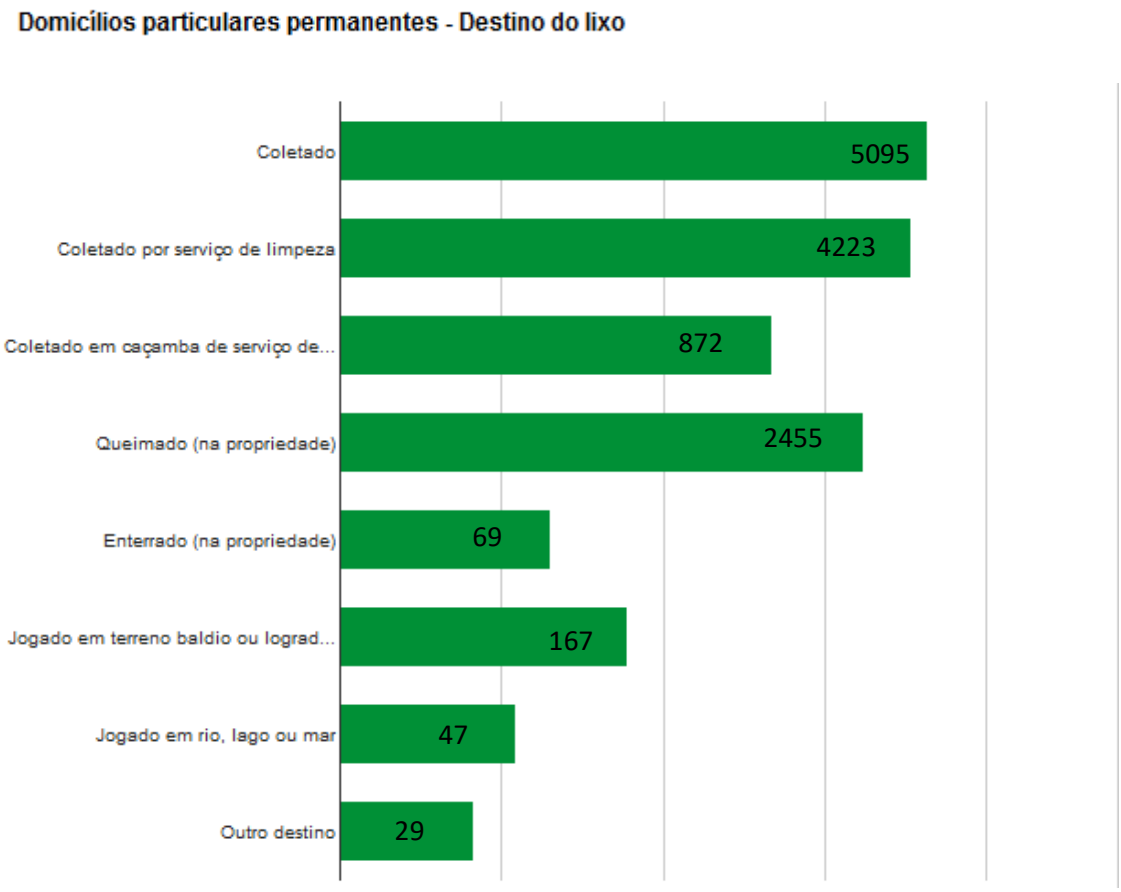
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Sistema de Coleta de Lixo:

O lixo éo problema crucial de Almeirim. A coleta é realizada diariamente, jogada em lixão na periferia da cidade fazendo surgir novas doenças e o possível aparecimento de casos de doenças consideradas endemicas como a dengue entre outras por falta do adequado destino final do lixo.

Já Monte Dourado tem um sistema adequado de coleta e destino final do lixo é o aterro Sanitário.

Gráfico 14 – Domicílios com Destino de Lixo



SITUAÇÃO DO MEIO AMBIENTE.

O desmatamento indiscriminado provocou profundas modificações das paisagens naturais do Distrito de Monte Dourado . Nem mesmo as matas ciliares foram respeitadas, com a cultura do de Eucalipto matéria prima para fabrica de celulose, desmatamento para extração de madeira para exportação

no projeto de manejo florestal da Jarí e aindahouve grande investimento na pecuária e mais matas desmatadas para ampliação dos pastos, inclusive das ciliares para facilitar a ida do gado até as margens dos ribeirões, a exploração de ouro peloo que acabou provocando assoreamentos, erosões além da POLUIÇÃO POR MERCURIO E OUTROSmateriais pesados que usam na extração do ouro.

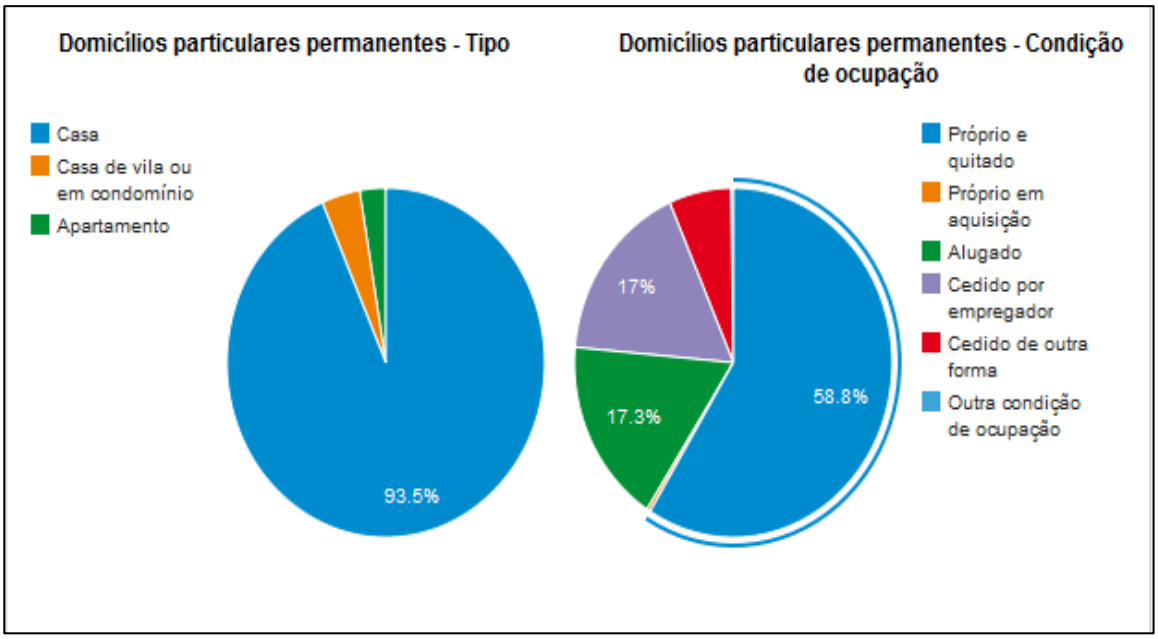
Nesse eixo, deverão ser identificadas as medidas intersetoriais que se configuram determinantes e/ou condicionantes da situação de saúde ou da atenção à saúde, desenvolvidas nas respectivas esferas de governo.

A partir dessa identificação, caberá analisar a integração do setor saúde nos espaços de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas. Como exemplo, figuram: meio ambiente/saneamento, ciência e tecnologia, defesa do consumidor (Ministério Público) e educação (como a formação de profissionais para o setor saúde).

CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

Conforme censo 2010 existem 7.624 domicílios particulares permanente no Município. Conforme demonstrado abaixo

Gráfico 15 – Tipo de Domicílios



Fonte: IBGE

Tabela 47 – proporção de comicilios

	1991	2000	2010
% da população em domicílios com energia elétrica	**72,33**	**78,01**	**86,42**
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	45,83	39,82	46,54

FonteIBGE

Perfil epidemiológico

Dentre as principais funções da Vigilância Epidemiológica estão à coleta de dados; processamento de dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; divulgação de informações pertinentes.

Fazem parte das atividades desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica de Almeirim os seguintes serviços:

Monitoramento de Doenças Diarréicas Agudas: Responsável pela detecção de surto através do monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), investigação de agravos transmitidos por alimentos de notificação individual e de surtos.

 Estatísticas Vitais: responsável pelas informações relacionadas à natalidade (SINASC) e mortalidade (SIM), permitindo analisar os eventos relativos ao nascimento e morte, vigilância e análise epidemiológica, além de construção de indicadores para uso de estatísticas demográficas e de saúde.

 Vigilância de Doenças de Notificação Compulsória: responsável pela Vigilância de Agravos Agudos e Não Transmissíveis. Em relação aos agravos agudos, ressalta-se a vigilância e controle dos agravos imunopreveníveis: sarampo, rubéola, tétano,meningite e poliomielite. O monitoramento dos agravos de notificação compulsória é estratégico para o planejamento hábil de ações preventivas e curativas em situações de relevância para a saúde coletiva do município.

 Vigilância de Agravos Crônicos e ISTs: Responsável pela vigilância e controle de agravos crônicos e Doenças Sexualmente Transmissíveis, a fim de priorizar as seguintes doenças: tuberculose, hanseníase, AIDS e Hepatite.

 Gerencia de DST/AIDS e Hepatites virais: Coordena o Programa Municipal DST/Aids e Hepatites Virais e tem como objetivo reduzir a incidência do HIV/Aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids no município, proporcionando expansão da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas portadoras de HIV/Aids e outras DST; a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; o aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV; o aumento da cobertura das ações de prevenção nas populações com maior vulnerabilidade (profissionais do sexo, usuários de drogas, etc); a redução do estigma e da discriminação.

 Setor de controle das Endemias e Zoonoses: Coordena a vigilância dos agravos transmitidos por vetores(animais), os principais agravos trabalhados pelo Setor de Controle de Zoonoses os atendimento Anti-rábico humano (Mordeduras); Dengue; Leptospirose; Hantavirose; Malária; leishmaniose; Febre Amarela; Febre Maculosa; Acidente por Animais Peçonhentos; Teníase/ Cisticercose/ Esquistossomose; Doença de Chagas Aguda, entre outros. Os principais objetivos do setor são a Vigilância dos Agravos Humanos; Monitoramento e Controle Vetorial, através de visita técnica domiciliar, orientações em geral, realização de Ações Coletivas (Ação Leishmaniose, Campanha de Vacinação).

 Programa Municipal de Imunizações (PNI): responsável pelo controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis, através do armazenamento, distribuição, coordenação e supervisão de todas as atividades em imunização realizadas no município, sejam elas de rotina, especiais ou de Campanha. Também é responsável pela avaliação e apoio técnico nas investigações de notificações de eventos adversos pós-vacinais.

3.3.4Perfil de Morbimortalidade

A) Mortalidade geral

Tabela 07 -mortalidade segundo alguns capítulos do CID-10 p/Residência – 2020

Capítulo CID-10	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	42
II. Neoplasias (tumores)	14

III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	10
V. Transtornos mentais e comportamentais	1
VI. Doenças do sistema nervoso	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	56
X. Doenças do aparelho respiratório	17
XI. Doenças do aparelho digestivo	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	13
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	23
Total	193

FONTE:SIM/DATASUS

As Doenças isquêmica do coração (IAM) representam 44,64% dos óbitos no capítulo das doenças do aparelho circulatório, as outras formas de doenças cardíacas representam 21,42%, as Doenças cerebrovasculares 19,64% e doenças hipertensivas 12,50% dos óbitos desse capitulo.

As doenças por covid-19 representam 90,47% cada uma dos óbitos no capitulo das doenças Infecciosas e parasitarias.

Os acidentes foram a causa de 47,82 %, dos óbitos no capítulo das causa externas, destes, 72,72% foram por Outras causas externas de traumatismos acidental, 47,82% foram por Afogamento e submersão acidentais; 54,54% por Agressões disparo, objeto cortante contundente.

As neoplasias representam 6,73 % dos Óbitos, sendo que destes 30,76% são neoplasia maligna do estomago sendo o maior numero de óbitos do grupo de causas por neoplasias, seguida por Neopl malig tecido linfát hematopoét e correlato com 23,07.

As Doenças do aparelho circulatório representam 8,80% dos óbitos, sendo que destes 58,82% foram por Gripe/Pneumonia é a maior causa dos óbitos no capítulo das doenças do Aparelho Respiratório, e as doenças crônicas das vias aéreas inferiores representam 11,76 % dos óbitos e Restante doenças do aparelho respiratório 29,42% dos óbitos desse capitulo.

Tabela 08 - Mortalidade por Capitulo CID 10, segundo Faixa etária no ano de 2020

Faixa etária	Menor 1 ano	1 a 4 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total

óbitos	15	1	1	5	10	9	11	21	37	29	54	193

FONTE:SIM/DATASUS

A maioria dos óbitos 27,98% ocorreram na faixa de 80 a mais anos e em segundo 17,54% na faixa etária de 60 a 69 anos, 15,02% na faixa etária de 70 a 79 anos, na faixa etária de 50 a 59 anos 10,88%, na faixa etária de menor de 1 ano 7,77%, na faixa etária de 40 a 49 anos 5,70%, na faixa etária de 20 a 29 anos 5,18%, de 30 a 39 anos 4,66%, 2,59% na faixa etária de 15 a 19 anos 0,51% de 1 a 4 anos e 10 a 14 anos de idade cada.

Tabela – 09 Mortalidade por Capitulo CID 10, segundo sexo,raça/cor no ano de 2020

Capítulo CID-10	sexo		Cor/Raça					Total
	Masc	Fem	Branca	Preta	Parda	Indígena	Ignorado	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	24	18	4	3	32	1	2	42
II. Neoplasias (tumores)	8	6	2	3	8	-	1	14
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	-	-	-	2	-	-	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	5	1	1	8	-	-	10
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	-	1	-	-	-	-	1
VI. Doenças do sistema nervoso	-	2	-	-	2	-	-	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	28	28	6	1	49	-	-	56
X. Doenças do aparelho respiratório	12	5	3	1	13	-	-	17
XI. Doenças do aparelho digestivo	4	-	-	-	4	-	-	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3	1	2	-	2	-	-	4
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	9	4	2	-	11	-	-	13
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	1	-	1	4	-	-	5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	20	3	2	-	20	1	-	23
Total	120	73	23	10	155	2	3	193

FONTE:SIM/DATASUS

Os óbitos segundo a raça/cor, 80,31% ocorrem em pessoas que se identificaram como parda, 11,91% na Branca, 5,18% na Preta e 2,60% dos óbitos não informaram. 62,17% dos óbitos foram do masculino e 37,83% do sexo Feminino.

Taxa Bruta de Mortalidade

Expressa a frequência anual de mortes.

A taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população quanto a idade e sexo.

Tabela 10 - Taxa bruta de mortalidade (por mil hab)*.

Ano	2016	2017	2018	2019	2020
Taxa	3,21	3,74	3,16	3,43	5,66

Fonte: IBGE: Censo Demográfico (2010) e projeções populacionais 2011-2015.

No período, observa-se valores crescentes nos anos de 2016 a 2019 mas insuficientes para alcançar o parâmetro de 4,4 ao ano, somente no ano de 2020 ultrapassou-se esse parâmetro em virtude da pandemias da COVID-19, subtende-se haver uma sub notificação de DO nos anos anteriores.

Como esse indicador está fortemente influenciado pela estrutura etária da população, e os dados da tabela não estão padronizados, as comparações devem ser apreciadas com reservas.

Tabela 11- mortalidade segundo alguns capítulos do CID-10 por ano p/Residência

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	2	7	3	42
II. Neoplasias (tumores)	16	14	14	19	14
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	1	1	1	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	6	8	2	10
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	-	-	1	1
VI. Doenças do sistema nervoso	3	1	2	-	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	35	34	27	32	56
X. Doenças do aparelho respiratório	9	16	7	12	17
XI. Doenças do aparelho digestivo	5	8	7	4	4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	-	-	-	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2	1	4	4	4
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	6	10	5	14	13
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	2	2	4	
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3	6	3	3	5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	17	27	21	18	23
Total	110	128	108	117	193

FONTE:SIM/DATASUS

Na tabela mostra a serie histórica de óbitos de 2016 a 2020 nota-se que com relação a óbitos por *Algumas doenças infecciosas e parasitárias* no ano de 2020 houve um aumento muito expressam-te em relação aos outros anos isso causado pelo óbitos por COVID-19, as doenças do aparelho circulatório uma

tendência crescente, talvez por sequelas do COVID-19, assim como as causas externas também um aumento significativo.

Mortalidade proporcional por idade

Mede a participação dos óbitos em cada faixa etária, em relação ao total de óbitos.

Elevada proporção de óbitos de menores de um ano de idade está associada a más condições de vida e de saúde.

O deslocamento da concentração de óbitos para grupos etários mais elevados reflete a redução da mortalidade em idades jovens – sobretudo na infância – e o consequente aumento da expectativa de vida da população.

Outras variações de concentração de óbitos sugerem correlação com a frequência e a distribuição de causas de mortalidade específica por idade e sexo.

Tabela 12 -Mortalidade proporcional (%) por faixa etária (em anos) 2011 e 2015

Ano de Ocorrência	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
2020	7,77	0,51	0	0,51	2,59	5,18	4,66	5,69	10,88	19,17	15,02	27,97
2016	9,9	0,9	0,9	0,9	5,45	6,36	7,27	5,45	5,45	15,45	18,18	24,54

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Observa-se, entre 2020 e 2016, significativo deslocamento da mortalidade proporcional para faixas etárias maiores, como resultado da redução da mortalidade na faixa etária menor de 1 ano a 39 anos de idade e do aumento da expectativa de vida. Essa transição está mais adiantada nas faixas etárias 50 – 59, 60 a 69, 70 – 78 e 80 e +, devido aos óbitos ocorridos por COVID-19.

Mortalidade Proporcional segundo capítulos do CID-10.

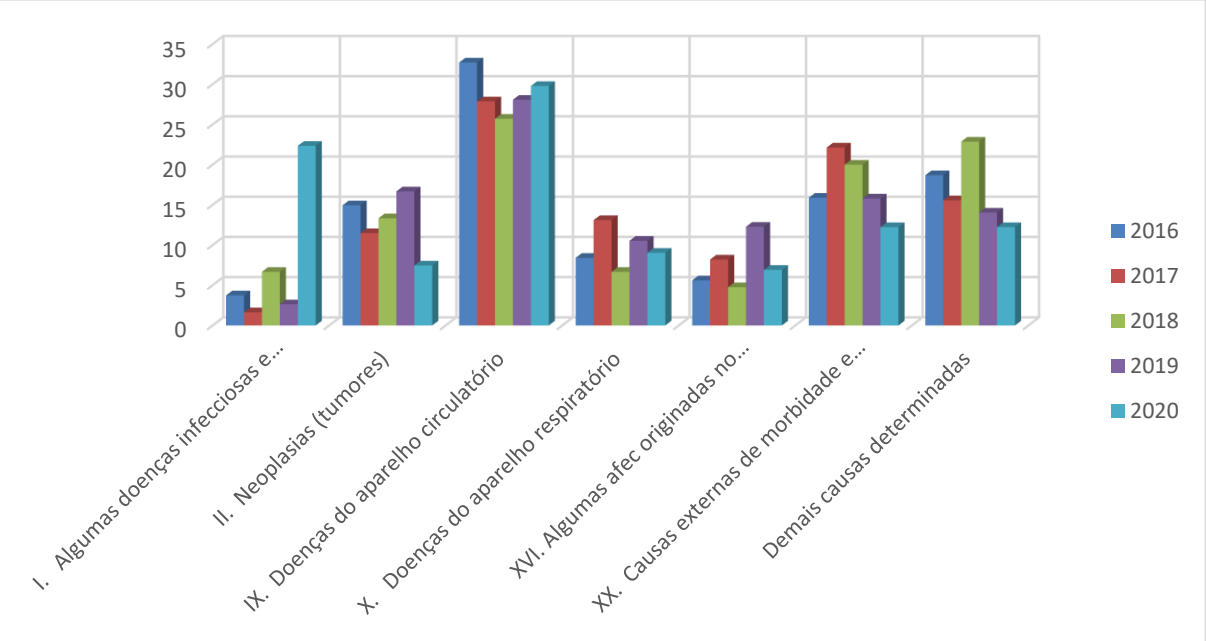
Tabela 13 - Mortalidade Proporcional por grupo de causas, ano de 2016 a 2020;

Capítulo CID-10	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,74	1,64	6,67	2,63	22,34
II. Neoplasias (tumores)	14,95	11,48	13,33	16,67	7,45
IX. Doenças do aparelho circulatório	32,71	27,87	25,71	28,07	29,79
X. Doenças do aparelho respiratório	8,41	13,11	6,67	10,53	9,04
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	5,61	8,20	4,76	12,28	6,915
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	15,89	22,13	20,00	15,79	12,23

Demais causas determinadas	18,69	15,57	22,86	14,04	12,23
Total	100	100	100	100	100

Fonte: **SIM**

Gráfico 03 - demonstrativo de mortalidade proporcional por grupo de causas



Fonte: SMS/SIM 2016 a 2020- Dados preliminares

Observa-se, no período de 2016 a 2020, uma elevação dos coeficientes de mortalidade por Algumas doenças Infecciosas e Parasitarias (principalmente no ano de 2020) isso ocorreu por causas dos Óbitos por COVID-19, nas doenças do aparelho respiratório há uma oscilações dos óbitos anuais, em 2020 ficando abaixo do ano de 2017 onde houve o maior nº de óbitos por causa dessa doença, nas doenças do aparelho circulatório a partir do ano de 2019 mostra uma tendência de elevação culminando com o ano de 2020 essa elevação, e as causas externas (acidentes e violências) que no ano de 2017 apresentou uma elevação dos óbitos por essa causa chegando ao ano de 2020 com redução significava dos óbitos.

As neoplasias no ano de 2019 houve um aumento dos óbitos, por outro lado há redução nas taxas de mortalidade no ano de 2020, outro dado preocupante é o óbitos por Algumas afec originadas no período perinatal, tendo uma tendência de crescimento no ano 2019 ficando a níveis de redução nos anos de 2020 e mostrando tendência não aceitáveis.

Tabela 14 - Percentual de Óbitos Gerais, Óbitos Mal Definidos e Óbitos sem Assistência Médica:

Ano	Óbitos Gerais	Óbitos Mal Definidos		Óbitos sem Ass. Médica	
		N.º	%	N.º	%
2016	110	3	2,72	0	0
2017	128	6	4,68	1	0,78
2018	108	2	1,85	0	0
2019	117	2	1,70	0	0
2020	193	5	2,59	0	0

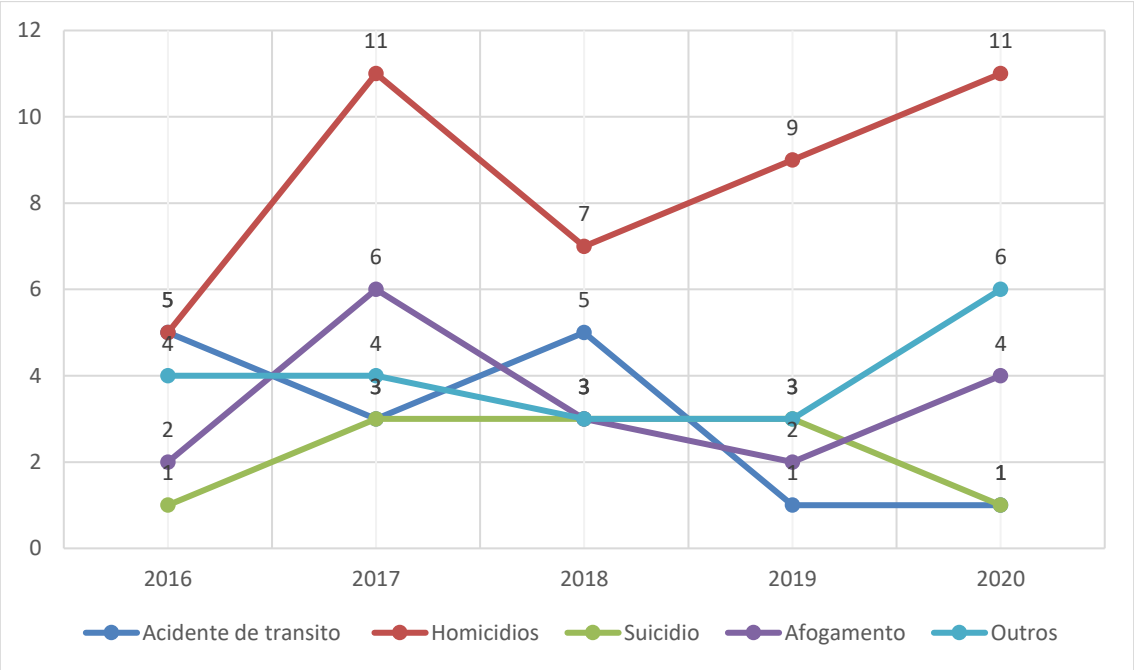
Fonte: SIM

Nesta tabela podemos observar a melhoria nas ações de vigilância epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde, que reflete na melhoria da qualidade dos serviços de vigilância em saúde, tal como observa-se um n.º relativamente baixo e uma considerada baixa de óbitos com causas mal definidas nos anos apresentados. O que se observa-se também nos óbitos sem assistência médica, com uma perspectiva de zerar os óbitos por residência sem assistência medica.

OBITOS CAUSAS EXTERNAS

As causas externas exercem grande impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população, pois atingem um número muito maior de pessoas do que aquelas que se encontram diretamente envolvidas, e seus efeitos ultrapassam o sofrimento individual e coletivo, incidindo na cultura e no modo de viver das pessoas.

Gráfico 04 - Nº absoluto de mortalidade de causas externas, segundo tipo de causa - Almeirim,2016 a 2020.



Fonte:: DATASUS

A análise da mortalidade por causas externas segundo tipo de causa, aponta o crescimento dos homicídios que superam as mortes por acidentes de trânsito e representam uma das principais causas externa de mortalidade em Almeirim passando de 05(cinco) mortes em 2016 para 11 em 2017 e 07 (sete) em 2018, 09 (nove) em 2019 e 11(onze) em 2020. No últimos anos observa-se também a elevação da mortalidade por acidente e suicídio.

Planilha 15 - Óbitos externos por categoria CID 10 sexo Período:2020

Categoria CID10	Masc	Fem	Total
V29 Motociclista traum outr acid transp e NE	1	-	1
V90 Acid embarcacao caus afogamento submersao	1	-	1
V93 Acid bord emb s/ac bem n caus afog submers	1	-	1
W06 Queda de um leito	1	-	1
W69 Afogamento e submersao em aguas naturais	-	1	1
W74 Afogamento e submersao NE	2	1	3
W77 Risco resp dev desmor queda terra outr subst	1	1	2
X20 Contato c/serpentes e lagartos venenosos	1	-	1
X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	1	-	1
X93 Agressao disparo de arma de fogo de mao	4	-	4
X94 Agressao disparo arma fogo de maior calibre	1	-	1
X99 Agressao objeto cortante ou penetrante	6	-	6
Total	20	3	23

Apesar da mortalidade por acidentes de trânsito em 2020 estar abaixo de outras mortes por causas externas, observa-se essa mudança no seu perfil por

conta das restrições impostas por causa da pandemia. A comparação dos óbitos por Agressão segundo tipo de arma aponta 26,08% de óbitos por objeto cortante ou penetrante (arma branca) destes todos do sexo masculino no período avaliado.

Os indivíduos do sexo masculino representaram a maior proporção dentre os óbitos 86,95%, variando de 47,82% para agressões a 8,69% para afogamento.

Tabela 16 - Óbitos por grupo CID causas externa 2020

Grupo CID10	Total
Acidentes	11
. Acidentes de transporte	3
... Motociclista traumat em um acidente de transpo	1
... Acidentes de transporte por água	2
. Outras causas externas de traumatismos acidentai	8
... Quedas	1
... Afogamento e submersão acidentais	4
... Outros riscos acidentais à respiração	2
... Contato com animais e plantas venenosos	1
Lesões autoprovocadas intencionalmente	1
Agressões	11
Total	23

Fonte: SMS/ SIM/

Os acidentes foram a causa de 47,82 %, dos óbitos no capítulo das causa externas, destes, 72,72% foram por Outras causas externas de traumatismos acidental, sendo 50,00% foram por afogamento e submersão acidental; as agressões tambem foram a causa de 47,82% dos óbitos no capitulo das causas externas, destes 54,55% por Agressões objeto cortante ou penetrante, e 45,45% por agressão por disparo de arma de fogo.

Tabela 17 - Óbitos por acidentes e grupo CID 10causas externa por faixa etária

Categoria CID10	1 a 4 anos	10 a 14 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	Total
Acidentes	1	1	3	2	2	1	1	11

Fonte: SMS/CE – SIM/

Entre os óbitos por acidentes, a faixa etária mais prevalente foi a de 20 a 29 anos 27,27%, 30 a 39 e 50 a 59 com 18,18% cada e 9,09% as demais faixa etaria cada uma..

Gráfico 05 - Taxa de Mortalidade por Neoplasias, por 100.000 hab, segundo sexo – Almeirim,2020.

	MAS	FEM	TOTAL
032-052 NEOPLASIAS	8	6	14
. 032 Neopl malig do lábio, cav oral e faringe	1	-	1
. 034 Neoplasia maligna do estômago	2	1	3
. 036 Neopl malig do fígado e vias bil intrahepát	1	-	1
. 039 Neopl malig da traquéia,brônquios e pulmões	1	1	2
. 041 Neoplasia maligna da mama	-	1	1
. 042 Neoplasia maligna do colo do útero	-	1	1
. 045 Neoplasia maligna da próstata	1	-	1
. 048 Linfoma não-Hodgkin	1	-	1
. 050 Leucemia	-	2	2

Fonte: SESPA/SIM/DATASUS

Ao analisar a mortalidade por neoplasias segundo sexo, em 2020 destacam-se os óbitos por neoplasias maligna do estomago com predominância do sexo masculino, e ainda óbitos por neoplasia do colo de útero, e a Leucemia, nota-se que 57,14% dos óbitos por neoplasias foram no sexo masculino.

B**) Mortalidade Infantil**

Mortalidade Infantil/ 2020.

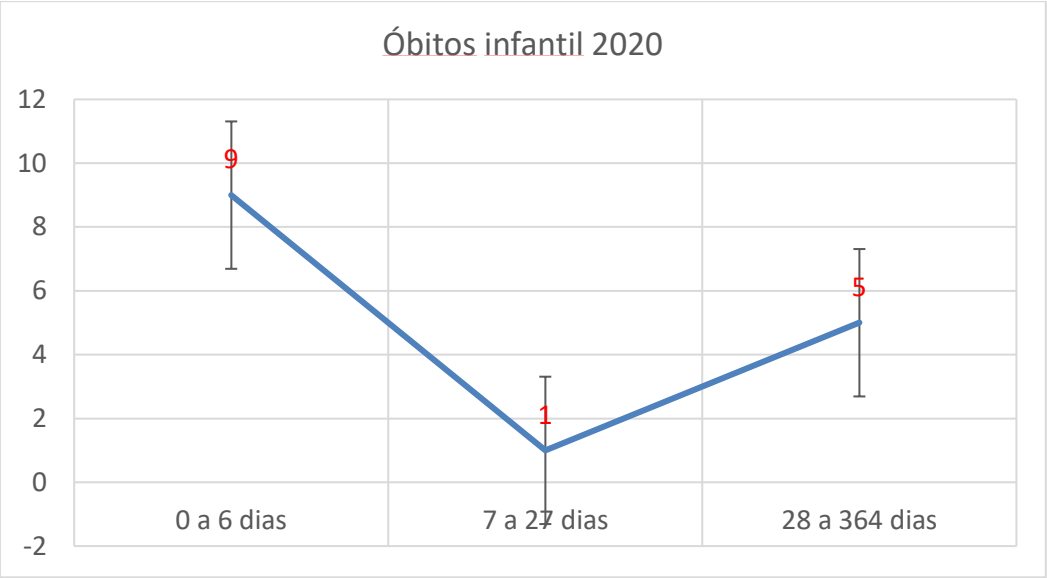
A taxa de mortalidade infantil representa 19,23 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Representando 7,77 % da Mortalidade geral;

A taxa de mortalidade neonatal representa 1,57 / 1.000 N. V.

A taxa de mortalidade pós neonatal representa 6,44 /1.000 N V

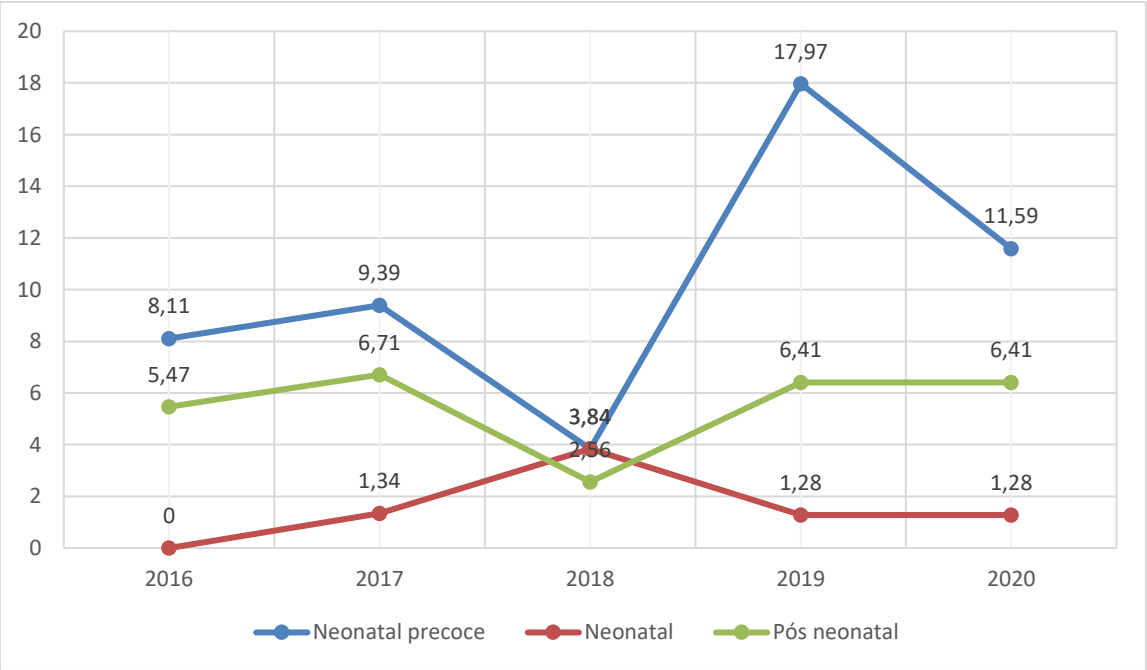
A taxa de mortalidade neonatal precoce representa 11,59 / 1.000 N. V.

A taxa de mortalidade por Alg afecções origin no período perinatal representa 16,75 / 1.000 N.V



Óbitos infantil de 0 a 6 dias (neonatal precoce), de 07 a 27 dias (neonatal) e de 28 dias a 364 dias (pós neonatal).

Gráfico 06 - Coeficiente de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal – (por 1.000 NV) Almeirim, 2016 a 2020



Fonte: SESPA/ – SIM/SINASC-

Nota-se no gráfico que a mortalidade neonatal precoce sempre é a maoir prevalências dos óbitos infantis nos anos analisados, principalmente no ano de 2019, essa taxa de mortalidade infantil no neonatal e pós neonatal vem ao longo dos anos oscilando entre o aumento em 2017 e decrescendo nos anos

de 2018 e subindo significativamente em 2019 com um decréscimo no ano de 2020, como mostra o gráfico acima.

Planilha 18 - Nº absoluto de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal por ano

Ano	Neonatal precoce	Neo-natal 7 a 27 dias	Pos neonatal > 28 dias	Infantil < 1ano
2016	6	0	4	10
2017	7	1	5	13
2018	3	3	2	8
2019	14	1	5	20
2020	9	1	5	15

Fonte: SESPA/ – SIM/

A redução da mortalidade infantil é evidenciada no gráfico, alcançando no de 2018, taxas abaixo de 10 óbitos infantis por 1000 nascidos vivos, porém mantendo o aumento nos anos de 2019, e 2020 com taxas acima de 19 óbitos por 1000 NV e abaixo de 25obitos por 1000 NV EM 2019.

Tais resultados refletem além de piores indicadores sociais no município, as ações integradas desenvolvidas por todos os pontos de atenção do SUS atenção materno infantil, são incipientes.

C) **Mortalidade Materna**

Apesar de ser um indicador com muita variabilidade ano a ano, a queda da razão de mortalidade materna em Almeirim de zero para o ano de 2016 a 2020, aponta uma clara tendência de redução deste indicador.

Infecção Sexualmente transmissíveis

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) tem como finalidade coletar, transmitir e disseminar dados sobre doenças transmissíveis que são de notificação obrigatória, para a adoção de medidas de prevenção e controle. O Sinan também fornece informações para analise do perfil de morbidade dessas doenças, observa-se que houve uma diminuição no numero de notificações em relação aos anos anteriores de 2012 conforme mostra tabela abaixo.

Planilha 20 -CASOS NOTIFICADOS

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meningite	05	0	0	0	00		
Doença de Chagas	0	0	0	0	00	01	
Doença exatematica(sarampo rubéola)	0	0	03	0	00		
Leptospirose	0	0	01	0	00		02
Sífilis Congênita	03	01	01	0	00		
Dengue	01	01	0	01	00	01	02
Leishmaniose Tegumentar Americana	39	94	117	82	82	140	68
Sífilis em gestante	02	01	0	0	02	07	
- sífilis em adulto	06	04	20	06	00	01	01
- Condiloma acuminado	12	01	05	0	00		
- Hepatite Viral	12	03	0	03	07	06	06
- Febre tifóide	01	18	0	0	01		01
- Tétano Acidental	01	01	0	0	00		
- Acidente animais peçonhentos	208	191	187	139	126	143	153
- Atendimento anti-rábico	36	25	104	90	79	82	49
- síndrome do corrimento cervical / uretrr	33	16	0	17	10	07	02
- Herpes Genital e síndrome ulcera	03	02	0	0	00		
Tuberculose	11	12	02	12	11	08	13
Hanseníase	12	11	12	07	12	05	11
TOTAL	385	381	452	358	330	401	307

FONTE: SINAN/Municipal

Embora isto não signifique uma melhoria da qualidade de informações ou da Vigilância, ainda parte dos casos notificados mostra incoerência nos dados, pela falta de preenchimento de todos as cazelas e a maioria dos registros refere-se a agravos detectados a partir de um processo patológico já instalado. (acidentes por animais peçonhentos, doenças de transmissão sexual, Leishmaniose e atendimento anti-rábico entre outras afecções), evidenciando a falta de uma busca mais ativa através dos profissionais de saúde que atuam nas emergências ambulatórios hospitalares e ESFs, porém as medidas de promoção, proteção e prevenção estão sendo pouco eficazes, significando para a vigilância dos agravos uma preocupação epidemiológica no controle dos mesmos. No caso da Sífiliscongênita no ano de 2012 não houve nenhuma notificação talvez pela pouca suspeição de casos, mostraque prejudica a qualidade da vigilância destes agravos; 1) a pouca suspeição dos casos, pode ser devida a falta de condição diagnostica, a procura espontânea da clientela; 2) a falta de classificação da meningite pela LCR; 3) a inabilidade na adoção de medidas de controle, principalmente com relação aos contatos e vigilância.

Agravos e doenças não transmissíveis

Doenças crônicas não transmissíveis

É meta da SMS, implantar na estrutura da Vigilância Epidemiológica o Serviço de Vigilância e Prevenção das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), conforme prevê a Política Nacional de Promoção de Saúde e em concordância com os dados do SIH/SUS e do Sistema de Informações sobre Mortalidade, que demonstram que as principais causas de mortalidade no município são as doenças e agravos não transmissíveis, como as doenças do aparelho circulatório; neoplasias e as causas externas.

Como as doenças crônicas não transmissíveis são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco modificáveis, como tabagismo, a atividade física, a alimentaçãoinadequada, obesidade e a dislipidemia; o monitoramento da prevalência dos fatores de riscos e as ações de promoção da saúde e de prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco devem ser realizadas de maneira integrada e abrangente.

Neste contexto e baseado na análise da situação de saúde do município, justifica-se a necessidade da implantação do Serviço de Vigilância e prevenção das Doenças e Agravos Não Transmissíveis através da abordagem de temas referentes às ações de:

- Vigilância e prevenção das DCNT;
- vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- a vigilância da saúde do trabalhador;
- Vigilância e prevenção de Violências e acidentes;

C) Morbidade e Fatores de Risco

Dengue

A definição de caso confirmado de dengue baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da

doença em todo o país.Conforme dados do SINANhouve um surto de casos de dengue no ano de 2014 no Município de Almeirim, ressalta-se que a maior Incidência ocorreu no distrito de Monte Dourado, Distrito este,queno período avaliado realizou os ciclos de LIRA (Levantamento rápido do Índice deInfestação) e/ou LIT (Levantamento de Índice e Tratamento). No entanto, verificamos baixopercentual de cobertura nos ciclos realizados, questionando assim, a qualidade na realizaçãodos mesmos. Destaque para o município de Fronteira Laranjal do Jari -AP, com uma das menores incidência de dengue e uma cobertura nos ciclos de LIRA incipientes. Ressalta-se ainda que a cidade de Almeirim, pode haver subnotificação de casos, visto queos mesmos não cumpriram osciclo no período avaliado. Dentre outros aspectos relevantes,ressaltamos que muitos destes casos acabam por serem descartados pela falta de sorologia emtempooportuno.Soma-se a estes indicadores o fato de que o município não possuir número de agentes de combate às endemias compatíveis com a necessidade, odescumprimento da carga horária dos profissionais e a falta de materiais de trabalho. Estesdados retratam que se os gestores e profissionais das equipes frente aos Programas de Combate as endemias fossem atendidos nos seus planos de ações preparados para planejar e executar suas responsabilidades, não iria expor a populaçãoa riscos evitáveis.

Tabela 21 - Número de casos notificados Dengue em Residentes

ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
casos notificados	1	4	2	3	40	3	4

Fonte: SINAN

Analisando a Tabela abaixo, observamos uma baixa cobertura realizada pelo municípiodeAlmeirim no combate ao aedes aegypti, e a falta de informação de nº de Imóveis visitados pelo ACE, no Sistema de Informação do Plano Nacional de Controle da Dengue – SISPNCD, referente ao5º e 6º ciclo do ano de 2015, estando no ano de 2016 com uma infestação predial de 1,5% acima do preconizado pelo Ministério da Saúde que recomenda menor que 1%.

Tabela 22 - Número e Proporção de Imóveis Visitados no Programa de Controle da Dengue

ANO	1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo		4º Ciclo		5º Ciclo		6º Ciclo		7º Ciclo		Total Pactuado (meta)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
2016	2991	35,18	3676	43,24	4918	57,85	4968	58,44	507	5,96	0		0		8500
2015	1553	18,23	5105	60,05	5486	64,54	499	5,87	0		0		NA	NA	8500
2014	1339	15,75	3193	37,56	3436	40,42	4623	54,38	3935	46,3	1174	13,81	NA	NA	8500
2013	1997	23,49	2074	24,4	1039	12,22	2899	35,28	385	4,52	1095	12,88	NA	NA	8500

Fonte:SISPNCD

Apesar desses indicadores registrados não foram suficientes paraatingir as metas pactuadas, no caso de imóveis visitados deveria alcançar no mínimo 80% da meta pactuada e atingiu o Maximo58,44%, no 4º ciclo do ano de 2016, devidos a problemas de Recursos Humanos compromissados e falta de agente em MonteDourado, existem alguns dados registrados no sistema de informações alimentados de forma descompromissada como no caso de deposito inspecionado nos imóveis através do levantamento de índice mais tratamento onde foram registrados materiais rodantes classificado D1 e D2 .

ÁREA DE INFESTAÇÃO DO MOSQUITO EM MONTEDOURADO

Figura 04 : Mapa de infestação por Aedes Aegipty em Monte Dourado

Malária

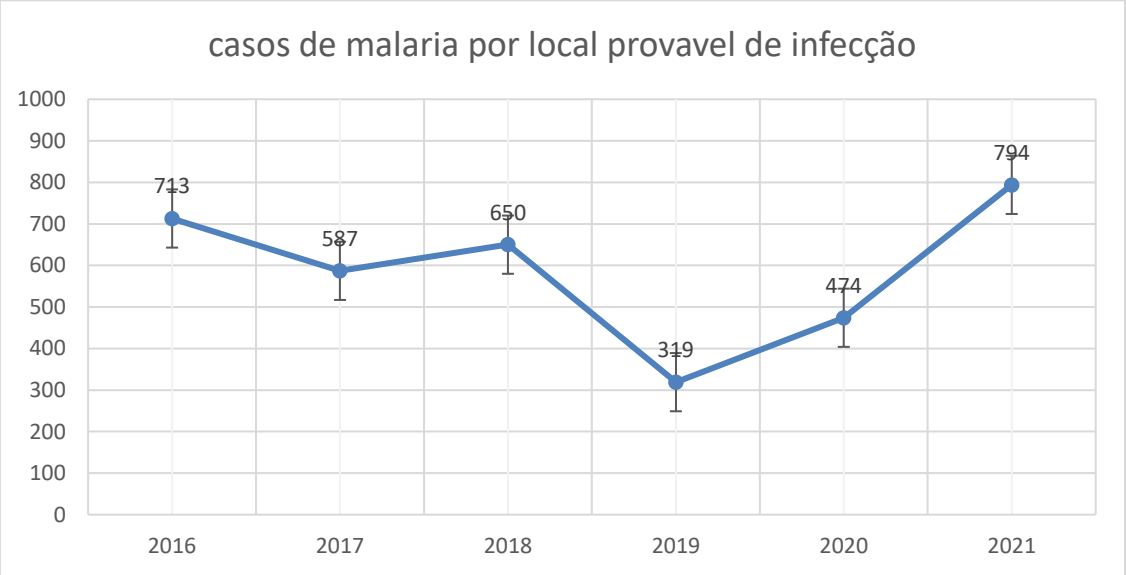
È o número de exames positivos de malária, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado Estima o risco de ocorrência de malária, numa determinada população em intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir a doença.

Está relacionada à exposição de indivíduos à picada de fêmeas de mosquitos do gênero Anopheles infectadas pelo protozoário do gênero Plasmodium.

No Brasil, as áreas endêmicas localizam-se na Região da Amazônia Legal, com graus de risco expressos em valores do IPA: baixo (0,1 a 9,9) médio (10,0 a 49,9) e alto (maior ou igual a 50,0).

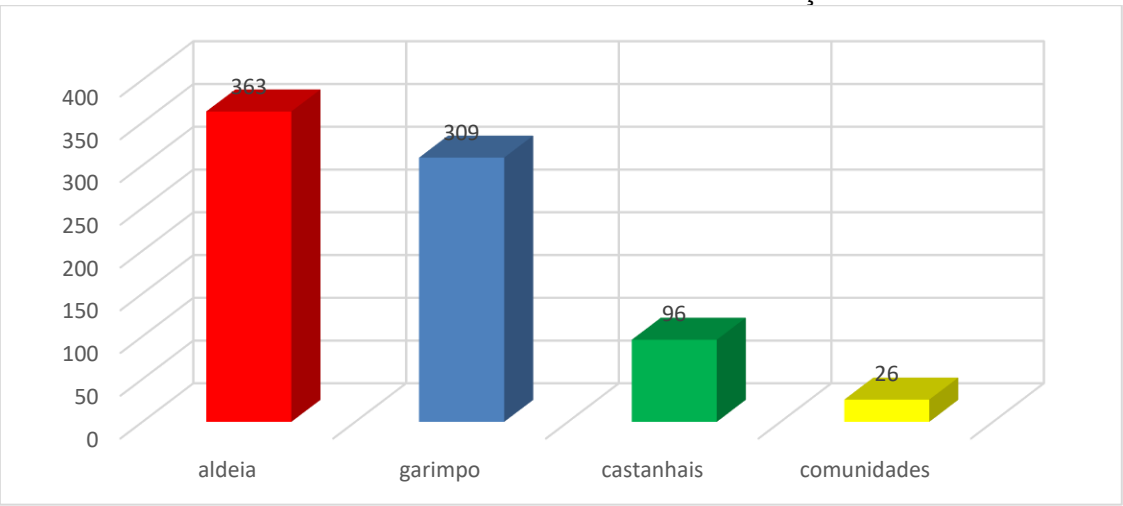
.

Gráfico 07: **N º de casos de Malária** no Município de Almeirim



Fonte: SIVEP Malaria

Gráfico 09: Nº de casos Malária Local Provável de Infecção 2021



Conforme demonstra o sistema de informação de ocorrência da malária (SIVEP), observa-se que não houve um controle eficaz nos anos de 2016 a 2020 para redução do número de casos da malaria, nas área de grande infestação ficando com médio risco, esses resultados devem-se a falta de estratégias integradas da Gestão Municipal em parceria com o Estado e União, porem no de 2019 observa-se uma redução dos casos de malária de mais de 49% em relação ao ano de 2018, e pela falta de um acompanhamento, com realizações de ações constantes dentro das áreas de difícil acesso aonde está os focos da malária, contribuíram para o aumento de casos, o município também precisa buscar parcerias e o envolvimento necessário dos atores envolvidos, conforme as diretrizes emanadas do nível estadual, para inserção das estratégias que Visem o fortalecimento integrado das ações no combate a malária, com contratação de recursos humanos, aquisição de veículos, para medidas complementares.

A falta dessas medidas complementares somada a dificuldade de inserções das equipes a áreas de difícil acesso como Garimpos, castanhais e área indígenas deve ter sido a causa principal do aumento significativo da malária nas áreas citadas.

Em hipótese alguma deve-se relaxar a vigilância epidemiológica e as medidas de controle. Na malária o mosquito é autóctone da região e problemas sócio-economico-culturais ainda deixam as pessoas residirem e explorarem essas áreas bastante expostas ao risco de contrair a doença além de outros agravos transmitidos por vetores.

Porém a área Indígenas e garimpos ficam descobertas por parte do município pela dificuldade de acesso e falta de recursos financeiros e estrutural, sendo que a área indígena está sob a responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde do Índio (SESAI), Ministério da Saúde.

Conforme o gráfico de nº de casos por local provável de infecção numa serie histórica de 2016 a 2021, mostra um quadro preocupante com um aumento de 2020 a 2021, isto é muito preocupante pois vem aumentando o grau de risco do município na transmissão de malária Falciparum devido sua gravidade e letalidade.

Nota-se no gráfico com o nº de casos de malária por local provável de infecção no ano de 2021 a área indígena foi quem registrou o maior números de casos de malária com 363 casos.

Em seguida a região de garimpo registrou 309 casos, em terceiro região de castanhal Alto paru registro 96 casos, e em áreas aonde estavam controladas que são comunidades adjacentes foram registrados 96 casos..

Tabela 23 - Número e IPA Anual de malária no município de Almeirim

2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
Nº	IPA	Nº	IPA	Nº	IPA	Nº	IPA	Nº	IPA	Nº	IPA	Nº	IPA
486	11,30	713	16,6	587	13,7	650	15,2	319	7,4	474	11,1	792	18,5

Fonte : SIVEP MALARIA

3.4. FLUXOS DE ACESSO

Acesso a via de transporte

Município de Almeirim é influenciado diretamente pelo seu sistema viário, que cria os fluxos entre as comunidades, estabelecendo assim os elos, e influenciando indiretamente no desenvolvimento do município e de seu Sistema de Saúde.

Ressalta-se que apesar da Cidade de Almeirim, ser o centro das regiões algumas referências de serviços se configuram ainda no Distrito de Monte Dourado, por ser o grande pólio industrial da Região do Vale do Jarí.

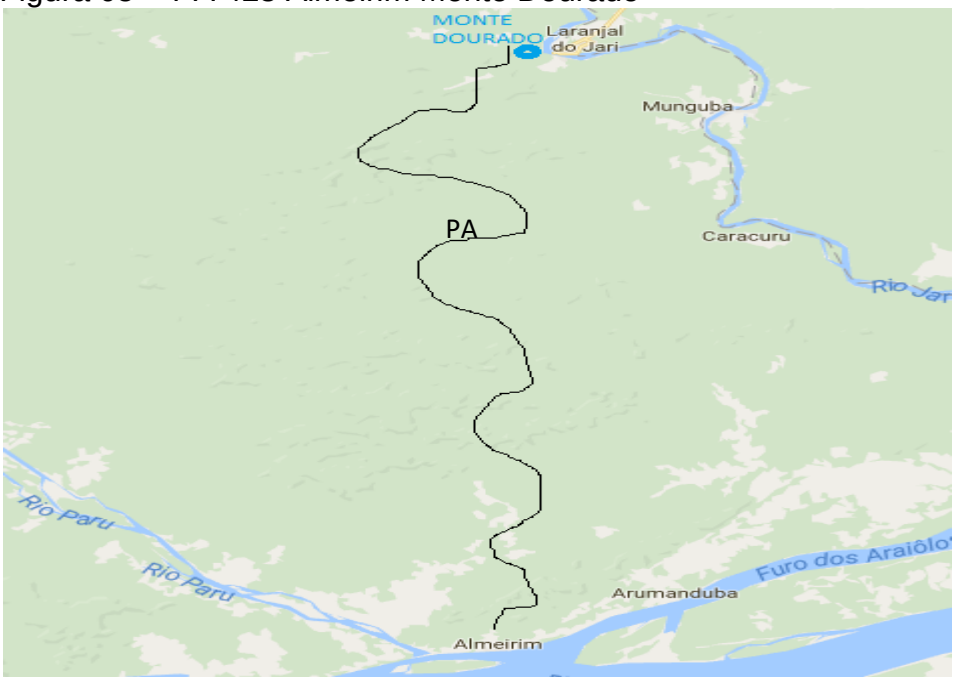
Essa caracterização, é fundamental para organização da atenção as urgências e emergências, sobretudo devido o tempo resposta ser fator determinante do resultado assistencial.

De acordo com o DNIT (Última Atualização: 2013), as condições das estradas estão na seguinte situação:

1. PA-423 – Pista simples Planejada, em Razoável estado de conservação.

Desta forma a PA -423 Rodovia Almeirim Panaica e demais estradas vicinais, assim como o trecho hidroviário muito utilizados pelos ribeirinhos, passam a ter fundamental importância nos fluxos da região.

Figura 05 - PA 423 Almeirim Monte Dourado

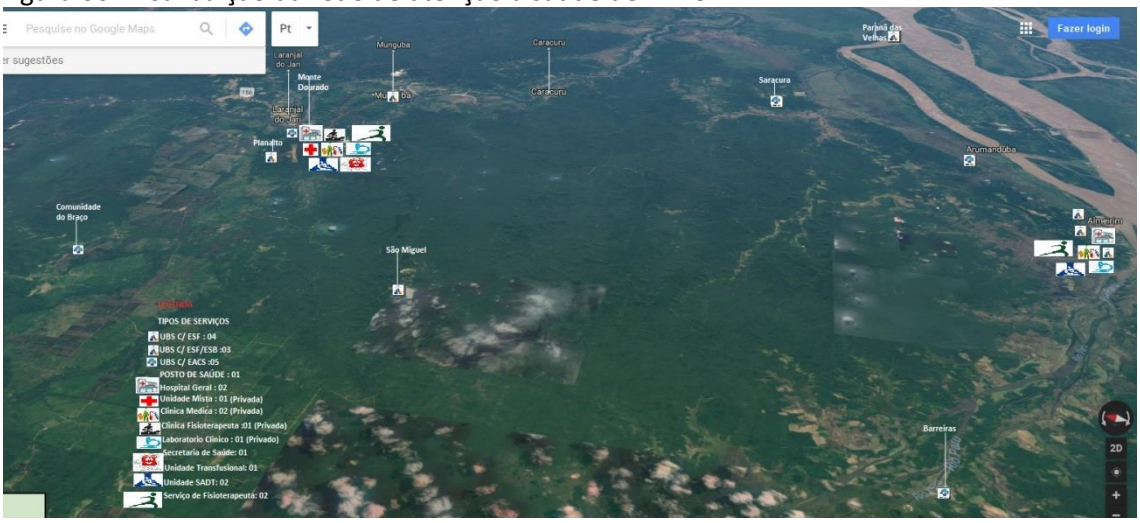


2.4.1 - Acesso a Ações e Serviços de Saúde

A organização do SUS está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços). Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o art. 198 da Constituição Federal (CF). A Constituição ao estatuir que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

O Sistema de Saúde de esta organizado em rede básica de atenção à saúde formatada em Unidades de Saúde de Família, Unidades Básicas unidades Matriciais de Saúde. A distribuição da rede de atenção à saúde de Almeirim pode ser visualizada no mapa abaixo.

Figura 06: Distribuição da rede de atenção à saúde de Almeirim



A rede de atenção à saúde do Município de Almeirim está formada por Unidades de Saúde da Família, Centros de Saúde, Postos de Saúde, Laboratórios Municipal, Academia da Saúde e Hospitais Municipal.

Figura 10- Organização do fluxo de acesso aos serviços de Saúde Almeirim

Fonte : SESA

Ações e serviços de saúde

Considerando o disposto no art. 197 da Constituição Federal de 1988, que estabelece que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, Publicou a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando O Decreto Nº 7.508/2011, o Município de Almeirim realiza suas ações e serviços de saúde, em consonância coma RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores Regional (CIR).

3.5. Recursos financeiros

3.5.1. Financiamento

O Sistema Único de Saúde -SUS é constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde, sob gestão pública, com direção única em cada esfera de governo, art. 9º Lei 8080 – I, art. 198 CF.

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

Para operacionalizar essas ações, a Lei Complementar n° 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio de fundos de saúde, que são unidades orçamentárias gerenciadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios.

Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

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

Em meio a este cenário, com o objetivo de possibilitar maior autonomia aos gestores da saúde no gerenciamento financeiro dos recursos transferidos da União, em 28 de dezembro 2017, foi publicada a ***Portaria do Ministério da Saúde, de n. 3.992***, que trata de alteração das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS.

Como principal mudança, a nova normativa estabeleceu que, a partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais Entes federados na modalidade fundo a fundo, passam a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: ***Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde*** e ***Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.***

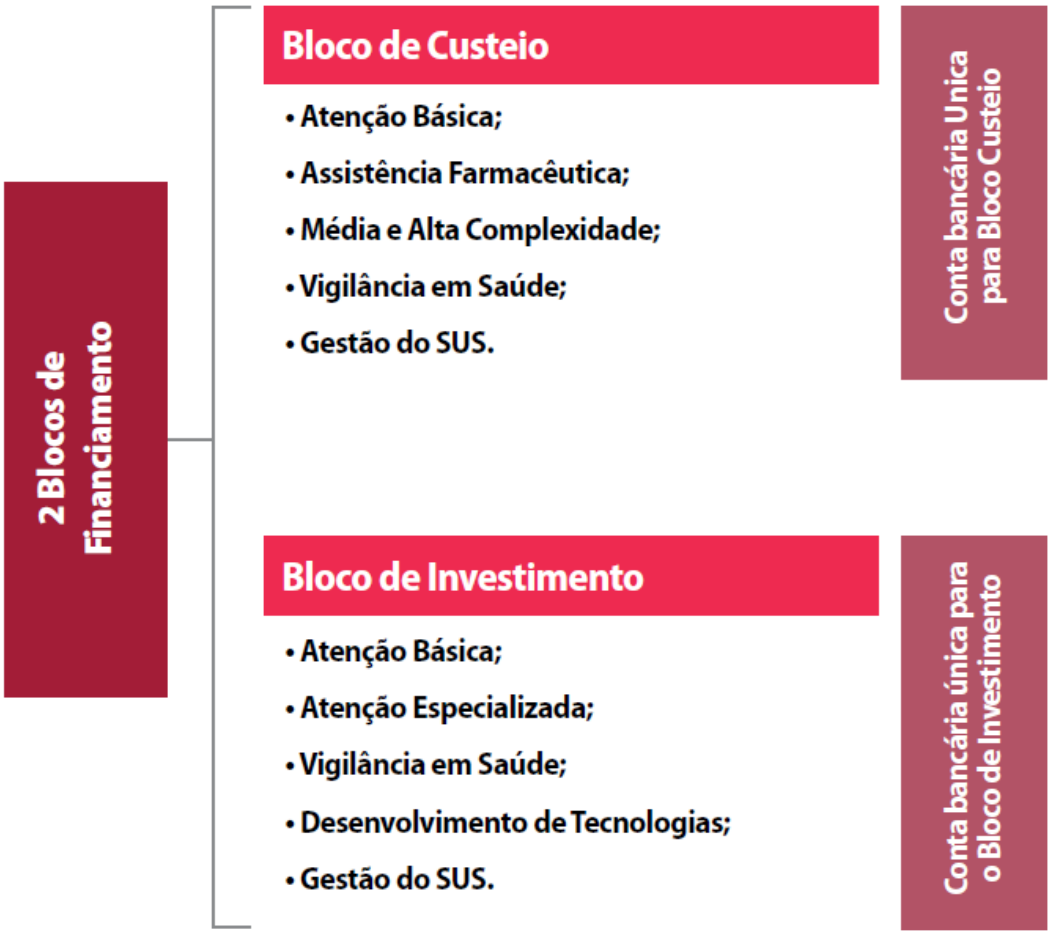
Com a nova metodologia de repasses, muitos gestores estão com dificuldades em identificar a maneira correta da utilização dos recursos, e, diante do cenário, a maior preocupação é manter o comprometimento da prestação dos serviços de saúde.

RECEITA EM 2020

RECEITA COM SAÚDE (BLOCO)	2020			
Bloco	FEDERAL	MUNICIPAL	ESTADO	TOTAL
Custeio	11.159.252,11	8.314.850,26	372.329,00	19.846.431,37
Investimento	628.157,00	0	0	628.157,00
TOTAL	11.787.409,11	8.314.850,26	372.329,00	20.474.588,37

FONTE:FNS/SESPA/SIOPS

Conheça como ficaram o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços públicos de saúde com a **Portaria 3.992/2017**.



Apesar das mudanças no modelo de repasse, que possibilitam maior autonomia na utilização dos recursos financeiros durante o exercício financeiro vigente, vale ressaltar a importância de que os recursos federais permaneçam

vinculados às normativas que deram origem aos repasses. Desta forma, ao final do ano, a execução dos recursos deve estar vinculada:

Serie Histórica de Despesas 2017 a 2020

DESPESAS COM SAÚDE (Por Subfunção)	Liquidadas Até o Bimestre			
	2017	2018	2019	2020
Atenção Básica	5.959.090,42	4.629.297,46	5.016.221,80	3.840.569,47
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	5.694.020,40	9.051.727,22	13.357.105,21	10.131.301,24
Suporte Profilático e Terapêutico	0	0	0	0
Vigilância Sanitária	352.145,00	34.028,86	21.983,10	0
Vigilância Epidemiológica	734.179,20	534.999,14	690.760,15	679.103,60
Alimentação e Nutrição	34.905,60	0	0	0
Outras Subfunções	1.454.156,80	5.396.480,15	3.726.199,48	2.815.796,40
TOTAL	**14.228.497,42**	**19.646.532,83**	**22.812.269,74**	**17.466.770,71**

Fonte: SIOPS

Aporte de recursos em Ações e Serviços Públicos de Saúde

Sobre a aporte regular e obrigatório dos municípios em Ações e Serviços de Saúde (LC 141/2012), de no mínimo 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos próprios acrescidas das transferências constitucionais, o município de Almeirim vem cumprindo o disposto (Tabela abaixo).

Tabela 72 - Percentual de aplicação municipal em Saúde em Almeirim - Pa, na sériehistórica de 2016 a 2020

Município	2016	2017	2018	2019	2020
150050 Almeirim	15,02	20,61	16,97	17,15	16,04

Fonte:SIOPS

Na análise per capita, a evolução dos gastos em saúde no município entre 2016 e 2020 mostra que, no primeiro ano, o gasto foi de R$ 402,04 por habitante/ano e, em 2017 o valor foi de R$ 427,21 por habitante/ano, em 2018 R$ 591,85 e chegou em 2019 a R$ 668,16 por habitantes. Houve uma redução do gasto *per capita* 2020, contudo, em 2016 o valor foi menor de todos os anos.

Tabela 73– aplicação per capita dos recursos na saúde – comparativo 2016 - 2020

Municípios	2016	2017	2018	2019	2020
Almeirim	402,04	427,21	591,85	668,16	512,09

Fonte: SIOPS

As informações que podem ser compreendidas do Gráfico abaixo, são de que a fonte de recursos municipal aumentou em valores monetários, de R$ 13.380.574,10 em 2016, para R$ 14.228.497,42 em 2017, em 2018 R$ 19.646.532,83 e baixou para R$ 17.466.770,71 em 2020.

Tabela - Evolução de recursos aportados para o SUS em Almeirim

	2016	2017	2018	2019	2020
Despesas R$	13.380.574,10	14.228.497,42	19.646.532,83	22.812.269,74	17.466.770,71

FONTE: :RAG / SIOPS.

Nota-se uma tendência de queda nas despesas total com a Saúde no Município no ano de 2020, essa queda da aplicação de recursos na área de saúde se da devido a queda de arrecadação do Município em consequência da Pandemia da COVID-19.

Já a Receita de impostos transferidos legais para o Município continuou caindo de 47,65% em 2016 para 40,77% em 2017 e começou subindo para 41,90% em 2018, 45,63% em 2019 e caiu um pouco em 2020 para 44,75%, isso o grau de dificuldade na economia municipal. Importante salientar, também, que a Receita liquida caiu de 20,67% em 2012 para 3,80% em 2016.

Tabela 74 - %R.Imp. Transf.Const.Legais por Municípios e Ano

Municípios	2016	2017	2018	2019	2020
Almeirim	47,65	40,77	41,90	45,63	44,75

Fonte :SIOPS

Tabela 75 - %R.Líquida Total por Municípios e Ano

Municípios	2016	2017	2018	2019	2020
Almeirim	3,80	4,42	3,67	1,28	3,09

Fonte :SIOPS

Blocos de Financiamento

Pela existência de recursos disponíveis nas três esferas de gestão do SUS, sua plena utilização representa um enorme desafio. Neste aspecto, destaca-se a divisão de recursos em Blocos de Financiamento (conforme Portaria nº 204 de 29 de Janeiro de 2007), bem como as regras para uso dos

recursos estaduais e municipais, considerando os sistemas orçamentários e financeiros de ambos.

Salienta-se que os blocos federais não são fatores de dificuldade para a aplicação dos recursos, uma vez que tem esfera ampla (p. ex. toda a Atenção Básica). A dificuldade enfrentada pela SMS na aplicação dos recursos de transferências refere-se ao entendimento da SES, que impede a livre transferência de recursos entre vínculos, mesmo que provenientes de um mesmo Bloco de Financiamento e independentemente da origem.

Com a diminuição da arrecadação, por parte das três esferas de governo, amplia-se a chance de ocorrerem atrasos em repasses ou, em casos mais críticos, o corte dos mesmos. Visto que a despesa não pode ser atrasada ou cortada com a mesma facilidade que a receita, o desafio do Gestor Municipal é o mais complicado das três esferas, considerando que este é o gestor que se encontra mais próximo das necessidades da população.

Outra análise possível é quanto à execução financeira por Bloco de Financiamento. Os Blocos de Financiamento mais representativos no financiamento do SUS para o município são: 'Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC)' e 'Atenção Básica'. O primeiro aportou em 2016 R$ 6.087.283,96 e teve despesas empenhadas nos mesmos valores. O segundo contribuiu com R$ 5.801.750,30 e, como o primeiro, apresentou despesas empenhadas nos mesmos valores.

Ano / Período: 2016 / 6º Bimestre
Município: Almeirim

Execução Financeira - Por Bloco					
	Receitas				
	Transferências fundo a fundo		Oper. Crédito/ Rend.	Recursos Próprios (4)	Total (5)
Bloco de Financiamento	Federal (1)	Estadual (2)			
Atenção Básica	2.944.849,30	0,00	0,00	2.856.901,00	5.801.750,30
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	3.230.383,96	0,00	0,00	2.856.900,00	6.087.283,96
Vigilância em Saúde	712.002,85	0,00	0,00	468.072,29	1.180.075,14

Assistência Farmacêutica	185.573,70	0,00	0,00	75.891,00	261.464,70
Bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	50.000,00	0,00	0,00	0,00	50.000,00
RECEITAS TOTAL:	7.122.809,81	0,00	0,00	6.257.764,29	13.380.574,10

Fonte :SIOPS

Ainda sobre os Blocos, interessante observar que: 1) os recursos municipais são menores que dos outros anos apenas no Bloco de MAC foi maior;

Orçamento

O orçamento da SMS foi ampliado consideravelmente de 2013 a 2014, passando de R$ 18.499.139,90 no segundo ano analisado para R$ 18.781.142,92 no terceiro ano referenciado (Tabela abaixo).

Tabela 76 - Orçamento da SMS – comparativo 2012 a 2016

Ano	Assist Farmacêutica	Atenção Básica R$	Investimento R$	MAC R$	Vigilância em Saúde R$	TOTAL R$
2012	300.650,00	6.363.372,10	1.171.384,15	6.804.190,36	1.478.005,00	16.117.601,61
2013	369.335,48	8.889.140,14	585.141,12	7.470.807,71	1.184.715,45	18.499.139,90
2014	180.968,32	8.959.326,88	1.102.565,89	6.799.980,74	1.738.301,09	18.781.142,92
2015	510.847,29	5.316.249,31	761.880,28	6.887.984,77	2.592.760,11	16.069.721,76
2016	261.464,70	5.801.750,30	50.000,00	6.087.283,96	1.180.075,14	13.380.574,10

Fonte SIOPS

O orçamento inicial para o ano de 2017 está previsto em R$ 31.112.850,00 o que demonstra um aumento superior a cento e seis (106) mil de reais, ao orçamento inicial de 2015. De acordo com a LOA 2017, no quadro consolidado das dotações por órgãos do governo e da administração, a dotação prevista para a SMS é da ordem de 23,29% (LOA 2017, pg3) do total das dotações do município, patamar inferior à dotação fixada em 2016, a qual representou 22,62% (LOA 2016,), e da dotação prevista em 2015, que foi de 18,81% (LOA 2015,).

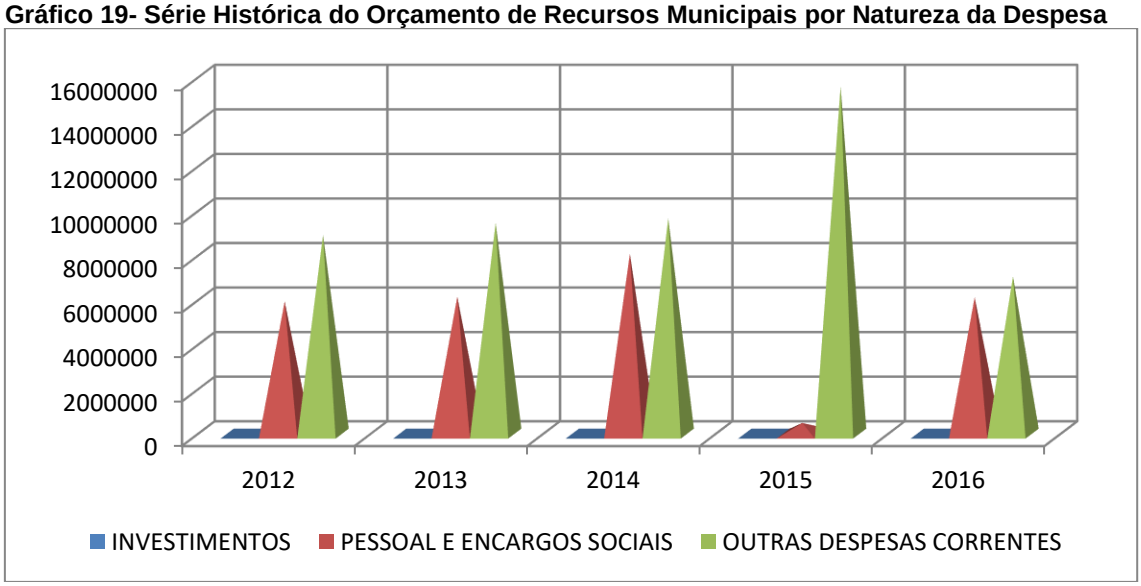
Também é possível observar dos dados sobre o orçamento que no ano de 2016 o orçamento executado (empenhado) foi inferior ao orçamento inicial, enquanto que nos anos seguintes o executado foi sempre inferior ao inicial. Este cenário reflete um contingenciamento nos gastos com a saúde no município, ao passo que a demanda pelos serviços é crescente. Fenômeno

ainda mais sentido com a evidente crise econômica por que passa o país, o que leva mais pessoas a procurar o SUS.

Quanto ao orçamento de recursos municipais definidos para ASPS, de 2014 a 2017 o orçamento final foi ampliado de R$ 23.109000,00paraR$ 31.112.850,00.

A maior fatia dos recursos municipais são utilizadas para pessoal e encargos sociais, cuja participação no orçamento de recursos próprios passou de 38,52% em 2012 para 45,79% em 2016 e previsão para 2017 de participação ainda maior. Em sentido inverso, o recurso municipal para despesas com investimentos caiu de 3,61% em 2012 para praticamente 1,45% em 2016 Gráfico abaixo:

Gráfico 19- Série Histórica do Orçamento de Recursos Municipais por Natureza da Despesa



Emendas Parlamentares

Um importante instrumento de captação de recursos para a saúde é através de emendas parlamentares (§ 9º, Art. 166, da CF/88). No ano de 2016 ocorreu um importante incremento no número de emendas, passando de 1 emenda em 2015 para 03 emendas em 2016. O montante de recursos, somados os dois anos, atinge quase 3 milhões e 500 mil reais. Salienta-se que, após a data de ingresso, o recurso financeiro possui 2 anos para que possa ser aplicado, conforme escopo determinado pelo objeto de cada emenda parlamentar.

Como desafio para os próximos anos está ampliar e reforçar a captação de recurso financeiro junto aos parlamentares, além de monitorar, junto às áreas finalísticas, a aplicação dos recursos dentro do período de 2 anos.

Diagnóstico Geral

A situação econômica do município sofre impactos consideráveis da crise financeira pela qual atravessa o país. Espera-se grandes dificuldades no financiamento para atender à demanda crescente em serviços de saúde, causada pela queda de arrecadação geradas pelas grandes empresas estabelecidas no Município.

Merece atenção a Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016), que instituiu o Novo Regime Fiscal com o objetivo de no médio e longo prazo reverter o desequilíbrio fiscal existente. Durante a vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) equivalerão, a partir de 2018, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos pela inflação do período, apurada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Aliado ao cenário de incerteza econômica pela qual atravessa o Município, importante ressaltar que:

A capacidade de financiar os sistemas de Saúde vem sendo ameaçada na maior parte dos países devido a mudanças no perfil demográfico (envelhecimento da população combinado com adiminuição das taxas de natalidade), ao aumento da incidência de doenças crônicas que consomem muitos recursos durante longos períodos, ao aumento da expectativa de vida, a constante introdução de novas tecnologias e medicamentos e, em alguns casos mais específicos, ao custo associado à violência e morte por causas externas. (Brasil. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasil)

Esse cenário gera uma enorme pressão para ampliar os recursos investidos no setor, o que leva a um desafio para sustentar o financiamento público de saúde de forma persistente, econômica e criativa.

Judicialização da Saúde

Sendo o município o principal executor dos serviços de saúde, esse sofre a pressão dos cidadãos e, consequentemente, é alvo direto de demandas judiciais.

O fenômeno crescente por acesso a serviços e medicamentos pela via judicial é denominado de judicialização da saúde. A situação tem trazido preocupação, pois influencia tanto na gestão da política de saúde quanto na alocação dos recursos financeiros. A tabela a seguir demonstra as principais demandas judicializadas em

Tabela 77- Número de processos demandados por via judicial em Almeirim, por assuntos relacionados à Saúde.

Medicamentos

Internação psiquiátrica/residencial terapêutico

Cirurgia

Internação hospitalar

Pode-se perceber, pela tabela acima, que o acesso à medicação é o tema mais judicializado da saúde do município. A partir de uma análise mais detalhada sobre as causas das demandas judiciais, verifica-se que a falta de condições financeiras, falta de medicamentos e também a falta de informação da população são os motivos mais recorrentes das ações (SILVEIRA, 2015).

Destaca-se que a SMSA ainda não possui dados suficientes quanto ao impacto financeiro dessas ações judiciais. Dessa forma, faz-se necessário adotar critérios de controle e sistematização para quantificação dos gastos e mapeamento dos processos judiciais. De posse das informações, será possível traçar estratégias de racionalização da judicialização como, por exemplo: melhorar o planejamento e a gestão dos recursos, ampliar a comunicação pública, em linguagem acessível e que atinja ao maior número de pessoas sobre o funcionamento, acessos e ofertas nos serviços públicos.

3.6. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

No campo da gestão, a Secretaria Municipal de Saúde tem se pautado pelosprincípios de excelência em gestão pública, com foco no planejamento

integrado aoorçamento para a obtenção de resultados eficientes, eficazes e efetivos. Ampliando, aomesmo tempo, os espaços de diálogo, de parceria e de corresponsabilidade, a atualadministração busca potencializar suas funções e sua capacidade de conduzir osprocessos de trabalho e a produção qualificada de bens e serviços públicos de saúdepara a população.

3.6.1 Gestão Estratégica e Participativa

Análise da Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde

compete: planejar, executar, coordenar, orientar, supervisionar e executar as atividades médicas, odontológicas e sanitárias. Dispõe de 18 (dezoito) competências:

Planejar, prestar e fiscalizar o atendimento médico-ambulatorial preventivo, curativo e de urgência;

Adotar medidas de proteção à criança e à maternidade;

Promover a educação e assistência à família, quanto ao planejamento familiar;

Promover a educação para a saúde e assistência médico-sanitária nas escolas municipais;

Executar ou apoiar as ações que visem o controle ou a erradicação de doenças transmissíveis;

Executar os programas vinculados ao Sistema Único de Saúde;

Gerir os recursos do Fundo Municipal de Saúde de acordo com a legislação inerente;

Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substancias de interesse para a saúde;

Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento cientifico e tecnológico;

Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano;

Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substancias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

Executar ou apoiar a política de sangue e seus derivados;

Executar ou apoiar a política de sangue e seus derivados;

Regionalização da Saúde

Almeirim tem uma população de 33.614 habitantes, de acordo, com o censo de 2010 do IBGE possui 143 comunidades com 02 distritos municipais, pertencente administrativamente ao 9º Centro Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde Publica – SESPA, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado - PDR pertence a Região de Saúde do Baixo Amazonas.

Figura 09–Região de Saúde do Baixo Amazonas

3.6.2 Planejamento

Planejamento é compreendido como um processo que leva aoestabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução dedeterminados objetivos (Paim e Teixeira, 2006, p. 76). No âmbito do SUS, oplanejamento em saúde envolve a atuação integrada dos três entes federativos(União, Estados e Municípios) de forma que a ação governamental efetive aorganização do trabalho, por meio da definição de papéis e de corresponsabilidades na alocação de recursos (humanos, físicos, tecnológicos efinanceiros).

Na SESA, todas as áreas se envolvem com o planejamento em saúde: agestãoparticipativa, a partir das decisões tomadas e planos estratégicos definidospelo Gabinete (Secretários e assessores) e coordenadoriasgerais; a gestão descentralizada, por meio das unidades distritais, equipes de monitoramento efóruns de serviços e áreas, como a atenção primaria; e o controle social, pela via daparticipação de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde na fiscalização deserviços e na avaliação e proposição de planos para implementação pela SESA.

O planejamento no SUS é norteado por princípios, legislação einstrumentos específicos. Os principais requisitos serão demonstrados a seguir.

É atividade obrigatória e contínua;

Ascendente e integrado;

Deve ser integrado ao planejamento governamental geral;

Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nascomissõesintergestores regionais, bipartite e tripartite;

Articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e agestão do SUS;

Deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão dasaúde; e

Considera as necessidades de saúde da população.

A legislação principal que trata sobre os instrumentos de planejamento egestão no SUS é a seguinte: Art. 165 a 169 da CF/1988; Art. 36 da Lei n° 8.080,de 1990; Lei n° 8.142, de 1990; Lei Complementar n° 101, de 2000; Decreto n°7.508, de 2011; Lei Complementar n° 141, de 2012; Portaria n° 2.135, de 2013; eEmenda Constitucional n° 95/2016.

O ciclo de planejamento precisa estar sincronizado com essa lógica parapermitir a harmonia das políticas de saúde com as demais políticasgovernamentais, bem como para promover o monitoramento e avaliação continuadas ações. Os principais instrumentos de planejamento em saúde e gestão são:

Principais instrumentos de planejamento em saúde e planejamentogovernamental:

Planejamento em Saúde Planejamento Governamental

Plano Municipal de Saúde Plano Plurianual

Programação Anual de Saúde Lei de Diretrizes Orçamentárias

Relatório de Gestão Lei Orçamentária Anual

Diante dos avanços obtidos, tanto pela existência de normativas específicas, quanto pelas ações coordenadas e planejadas em co-gestão, os desafios ainda existentes para o planejamento em saúde em Almeirim são:

integração dos instrumentos normativos de planejamento e gestão, em especial no monitoramento e avaliação (M&A) integrados;

planejamento estratégico visando a previsão de recursos, o equacionamento de dificuldades estruturais/organizacionais, a manutenção das políticas públicas intersetoriais; a educação permanente, a qualificação dos processos de trabalho e a descentralização do planejamento (incluindo o M&A).

consolidação da democracia representativa ampliada e da democracia participativa na construção dos Planos Municipais de Saúde, Programações Anuais de Saúde e na composição das Equipes de Monitoramento Regional

Automatização da elaboração dos instrumentos de gestão e a criação de uma sala de situação de saúde, que propicie o Monitoramento e a Avaliação permanentes sobre os principais processos de trabalho e resultados em saúde esperados.

Com o planejamento descentralizado, compartilhado, apoiado por ferramentas tecnológicas que propiciem a ampliação da participação e o monitoramento constante, espera-se garantir o desenvolvimento institucional ldirecionado à melhoria dos indicadores de saúde da população.

O planejamento, ferramenta vital tanto na organização do serviço como na tomada de decisões, está presente em todos os setores da Secretaria Executiva de Saúde.

Tendo por objetivo ordenar e tornar o sistema de atenção à saúde eficiente, e acessível a todos, para tal o município de Almeirim tem planejado para organizar a rede municipal de forma a atender as necessidades da

população usuária em obediência aos princípios fundamentais do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização.

De acordo com a Lei 8.080/90, no âmbito municipal a direção do SUS municipal é exercida por uma Secretaria de Saúde que defini objetivos, finalidade, atribuições, cargos, estrutura organizacional, dentre outros aspectos de relevância para o Município.

O Plano Municipal de Saúde é um Instrumento de fixação de políticas, diretrizes e metas de governo na área da saúde, o Plano Municipal de Saúde expressa a vontade política do gestor que assumi responsabilidades para executar as ações de saúde do em seu território.

Articulação Interfederativa

O Decreto 7.508/11 reconhece como instâncias de decisão do SUS as Comissões Intergestores; Tripartite, no âmbito nacional; Bipartite, na esfera estadual; e Regional, no campo das Regiões de Saúde. Desta forma, atesta que o processo de diálogos entre os entes federados, em fóruns de abrangência nacional, estadual e regional, é de fundamental importância para a sustentabilidade e governabilidade da construção consensual das regras de gestão compartilhada.

3.6.3Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Ações voltadas a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, com vistas à gestão do trabalho e educação na saúde.

Gestão do Trabalho

Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros.

É bom atentarmos ao fato que no quadro de pessoal apresentado nas tabelas abaixo, existem alguns profissionais, oriundos de outras esferas governamentais, que, com a implantação do SUS, foram cedidos ao município.

É desejo da equipe que dirige a Secretaria Municipal da Saúde do município de Almeirim, aprimorar e implantar a qualidade total no atendimento em sua rede básica de saúde, com a ampliação das equipes de ESF, de pessoal qualificado nas Unidades Básicas de Saúde. É intenção avançar na qualidade do atendimento à população com um atendimento humanizado, visando a obtenção de uma melhora nos indicadores de saúde do município.

Já existe a preocupação em realizar Concurso Público para diversas categorias da saúde, além de formar novas equipes de ESF e expansão do ESB, para as quais é pensado em aumentar para mais 02 equipes, sendo cada uma formada por 01 médico, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde, 1 odontólogo e 1 ACD (para cada 4 mil habitantes) com uma jornada de trabalho de 40 horas semanais por profissionais.

Também será formada equipes do CAPS I para atuar na sede do Municipio e dar suporte as Unidades de Saúde, oferecendo, inclusive, retaguarda nas especialidades médicas psiquiatras, para as equipes de SF, tudo isso visando a qualidade dos serviços prestados, fazendo com que o município atinja melhores condições de vida da população, diminuindo os fatores desencadeantes de doenças e óbitos (evitáveis), pois se isto for alcançado, haverá maior resolutividade das políticas e ações de saúde. A ampliação e adequação da equipe de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, se dará conforme a necessidade e disponibilidade de recursos financeiros, bem como da estrutura física dos locais de trabalho.

Educação na Saúde

A secretaria busca implantar o plano de educação na saúde e coordenar a implantação da Política de Educação Permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde e planejar, acompanhar e avaliar estas ações que envolvem as três esferas do governo, na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Visando o cumprimento da sua missão institucional de promover o fortalecimento do sistema formador e do sistema de saúde, o Secretaria busca a promoção de ações no sentido de articular e integrar órgãos educacionais, entidades de classe e movimentos sociais.

3.7. Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde e Gestão

3.7. 1Participação, Controle Social

A Lei Federal número 8142, de vinte e oito de novembro de 1990, publicada após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei número 8080/1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, oficializando, em cada esfera de governo, duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

Conferência Municipal de Saúde

As Conferências de Saúde são importantes oportunidades que a população tem para opinar sobre a definição das políticas e programas de saúde, ocorrem a cada quatro anos e têm caráter consultivo. Os Conselhos de Saúde têm caráter deliberativo, têm a função de defender os interesses de todos nas práticas das políticas de saúde e são eleitos, preferencialmente, durante as Conferências de Saúde.

A X Conferência Municipal de Saúde foi realizada no município em 2021. As palestras abordaram o seguinte tema: **“Reconstruindo o SUS em Almeirim Pós - Pandemia. Primeira Infância e Melhor Idade Priorizada nas Políticas Públicas Municipais”.** sob os sub-temas Situação Atual da Saúde no Município de Almeirim; Relatório da Situação Atual da Saúde do Município; A Intersetorialidade no desenvolvimento Infanto Juvenil, O Desenvolvimento de Políticas Públicas voltadas para a Melhor Idade, Financiamento do SUS, Composição, Eleição, Organização e Funcionamento do Conselho de Saúde. Participação da sociedade na efetivação do direito humano na sociedade. A mesma contou com aproximadamente 90 participantes que aprovaram as propostas **apresentadas ANEXO I**, elegeu as entidades que irão compor o Conselho Municipal conforme disposto no regimento eleitoral.

Conselho Municipal de Saúde

A sociedade se organiza visando propor ações, projetos e acompanhar a execução destas propostas, dessa forma estão efetivando o CONTROLE SOCIAL, que acontece em três instâncias: Município, Estado e Federal.

O conselho municipal de Saúde de Almeirim foi criado pela lei nº 110 de 19 de abril de 1991, este reuni-se mensalmente ordinariamente ou extraordinariamente na sede da secretaria municipal em uma sala da secretaria municipal de saúde. O referido conselho NOMEADO através do decreto nº 353/GAB/PMA/2021 de 26 de novembro de 2021. Atualmente o C.M.S é composto por 12 membros, sendo 50% (cinquenta por cento) para entidades de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) para entidades dos trabalhadores de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) para representação dos poder Público Executivo Municipal e para os prestadores de serviços as determinações de paridade conforme a resolução Nº 333. Relatamos aqui o compromisso do Conselho Municipal de Saúde que nos anos de 2019 e 2020 teve como objetivo primordial contribuir para a melhoria das condições de saúde no município com o monitoramento das ações e dos recursos da Secretaria Municipal de Saúde

3.7.2 Ouvidoria do SUS no Município

A Ouvidoria proporciona aos cidadãos, a oportunidade para realização de críticas, reclamações, denúncias, sugestões e elogios relativos às ações e serviços de saúde.

As Ouvidorias do SUS são unidades de importância estratégica para a gestão. Essa nova cultura denota maturidade democrática firmada em seu compromisso com a ética e o reconhecimento de sua representatividade junto aos legítimos interesses do cidadão.

Dentre as práticas nesse sentido, é de fundamental importância a criação de alternativas de canais de informação e de escuta da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias do SUS. Ou seja, tornando-as, além de um espaço de recepção das manifestações dos cidadãos, uma fonte atualizada de informações para melhor qualificar a gestão do SUS.

Portanto, a implementação e implantação de uma ouvidoria do SUS, bem estruturada e articulada com as três esferas de governo, e com a participação do cidadão, vêm consolidar a Ouvidoria do SUS como um instrumento da democracia

participativa. Caminha também na perspectiva de fortalecer as estratégias da gestão participativa, com a ampliação do processo de controle social, e com a inserção do cidadão como co-responsável da gestão do SUS.

A ouvidoria Municipal está em processo de implantação.

3.7.3 Regulação e Auditoria em Saúde

A Auditoria é assistencial e implica em um conjunto de técnicas que visam verificar estruturas, processos, resultados e a aplicação de recursos financeiros deforma planejada, independente e documentada, baseada em evidências objetivas e imparciais, para determinar se as ações, serviços e sistemas de saúde encontram-se adequados quanto à eficiência, eficácia e efetividade, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e critérios técnicos, operacionais e legais estabelecidos.

O Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto de Gestão traz a Regulação como uma diretriz importante para a garantia da atenção à saúde em todos os níveis de atenção. A regulação começa desde a solicitação do procedimento pelo profissional na unidade de Saúde. No município ainda não está implantado o complexo regulador, mas dispomos de PROJETO DE IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR DO MUNICIPIO DE ALMEIRIM (em anexo), uma central de Marcação de consultas e Exames nas especialidades, através da portaria nº (em anexo)

Os procedimentos são agendados por demanda de referência das UBS e através do SISREG e CER, se faz o agendamento. Ainda enfrentamos muitas dificuldades para realização dos agendamentos dos procedimentos de média e alta complexidade em função do número reduzido de cotas e grande demanda, os quais são referenciados para os municípios de Santarém, Itaituba e Belém, Capital do Estado. Tivemos um avanço significativo em virtude realização da PPI (programação Pactuada Integrada).

De forma contínua e atenta aos anseios e necessidades da população, a SESPA, amplia cada vez mais sua área de atuação e inserção no contexto “Saúde”, buscando subsídios e/ou pactuações, para melhor atender os usuários que buscam este serviço.

Para melhorar tais problemas pretendemos capacitar os profissionais para implantação da política de regulação, com protocolos, fluxogramas, classificação de risco, acolhimento, além de implementar as ações de controle, avaliação e auditoria.

3.7.3.1Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde – CNES

A Portaria do Ministério da Saúde/SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000, torna obrigatório a Seção de Cadastros – CNES, instituído a todos os estabelecimentos que são prestadores de serviços de saúde no Brasil. Em Almeirim esta sob a responsabilidade da equipe de Produção da Secretaria Executiva de Saúde. A equipe tem a responsabilidade de alimentar regularmente a base de dados do cadastro nacional de saúde, onde gerencia, operacionaliza o sistema validando e criticando os dados coletados pelas Fichas Cadastrais do Estabelecimento - FCES, permitindo a atualização e manutenção do sistema de acordo com o cronograma estipulado do Ministério da Saúde; de acompanhar através de sistemas específicos os serviços de saúde que utilizam o backup do CNES para os processamentos dos sistemas do DATASUS; de gerenciar as informações cadastrais de todos os estabelecimentos de saúde conveniados coma gestão municipal/SUS; de treinar e acompanhar com suporte técnico os estabelecimentos de saúde com erros e informações indevidas; de identificar o estabelecimento em relação a sua constituição legal e jurídica, sua caracterização e seu perfil nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos considerados estratégicos e serviços ambulatoriais e hospitalares, podendo conter dados sobre: estabelecimentos básicos, conjuntos, equipamentos, leitos, residências terapêuticas, mantenedoras, profissionais, dados de identificação, dados residenciais e bancários, vínculos, equipes e caracterização.

3.7.3.2 TFD - TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO

Outro fator de dificuldade é a insuficiência de recursos para o Tratamento fora do domicilio TFD.

O tratamento fora do domicilio – TFD instituído através da portaria GM/MS Nº 55 de 24/02/1999 e portaria Municipal nº 001 de 01 de abril de 2011, consiste em garantir o encaminhamento do usuário para o tratamento médico a ser realizado em outra localidade, quando esgotados todos os meios de atendimento onde reside.

A atual equipe do programa é composta por uma enfermeira, um médico, duas assistente Social uma técnica de enfermagem e mais 02 (duas) profissionais de nível médio que prestam serviço na Secretaria de Saúde e Hospital de Monte Dourado. Para atender às demandas do programa a Secretaria de Saúde dispõem de uma funcionaria na casa de apoio em Santarém e outra em Belém aos usuários. Santarém, Itaituba e Belém, são os destinos para referencia e realização dos tratamentos da grande maioria dos usuários, as consultas eletivas são com agendamento prévio e disponibilizamos transporte fluvial, já às urgências disponibilizamos de transporte tipo Aéreo para o deslocamento dos usuários.

Setor de transporte da secretaria de saúde tem como objetivo a garantia da continuidade das ações e serviços da saúde, assumindo a responsabilidade pelo deslocamento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para as referencias em saúde para Monte Dourado, seja da zona rural e sede do município.

As ações do setor dependem da articulação dos setores de marcação, tratamento fora do domicilio, atenção básica, Hospital Municipal, vigilâncias epidemiológica e sanitária, dentre outros. As consultas eletivas e procedimentos de média e alta complexidade são agendados pela central de marcação e ou TFD, com referencia a atenção básica somos responsáveis atualmente pelo deslocamento de profissionais equipes de saúde da família, como também pelos usuários caso necessitam de deslocamento para urgência e ou consultas e procedimentos eletivos, seja para a sede ou outra referencia nas demais localidades onde ainda não tem implantado o serviço de atenção primária, dispomos de um veiculo exclusivo para o deslocamento de usuários para as urgências e emergências e eletivos. Para as urgências e emergências hospitalares dispomos de 03 (três) ambulâncias para atender esse tipo de demanda.

Tabela 78 – Numero de Atendimento de Urgência via aérea

URGENCIA EMERGENCIA VIA AÉREO TFD ALM/STM/BEL							
	2018		**2019**		**2020**		**TOTAL**
	BEL	STM	BEL	STM	BEL	STM	
Cardiologista			1	1		2	4
Cirurgião Vascular		1					1
Endocrinologista				2			2
Escalpelamento					1		1
Gastroenterologia		3					3
Hepatologia						1	1
Menigite		1					1
Nefrologia		1		1			2
Neuro Psiquiatra		1	1				2
Neurocirurgia	2	3		2		1	8
Neurologista		1					1
Oconclogia	1		1		1		3
Ortopedia / traumatologia	1	2		2		7	12
Peritonite		1					1
Queimado				1			1
Urologia		1					1
UTI adulto				1		1	2
UTI neonatal	1	6		2		2	11
total	**5**	**21**	**3**	**12**	**2**	**14**	**57**

Fonte: REG/TFD MUNICIPAL

Matriz Priorização dos problemas do **estado de Saúde da População**

ordem	**Problema**	PONTUAÇÃO (0-3)				
		Magnitude (*Qual o tamanho do Problema?*)	Transcendência (*Qual a importância política, cultural e técnica do Problema?)*	Vulnerabilidade (*Há conhecimento, recursos materiais ou financeiros para resolução dos Problemas?)*	Custo estimado	Total de pontos (0-12)
1º	Elevada taxa de mortalidade infantil no município de Almeirim no ano de 2020	3	3	3	2	11
	Alta Taxa de óbitos por COVID-19	3	3	3	3	12
	Alto número de mortalidade por acidente (trânsito e outros)	3	3	3	2	11
	Elevado número de morte por agressões (homicídios e outros)	3	3	3	2	11
	Alta Proporção de óbitos por doenças hipertensivas, cerebrovasculares e insuficiência cardíaca.	3	3	2	3	11
	Elevado Numero de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	3	3	2	3	11
	Elevado numero de óbitos por Diabetes Mellitus	3	3	2	3	11
	Alta Proporção de óbitos por Neoplasias (câncer)	3	3	2	3	11
	Elevado numero de óbitos por doenças no fígado	3	3	3	2	11
	Elevação do número de óbitos por doenças isquêmicas do coração (IAM)	3	3	2	3	11
2º	Alta proporção de óbitos por Pneumonia	3	2	2	3	10
	Elevado Número de casos autóctones da malária.	3	3	2	2	10
	Elevado nº de internação por Diarreia e gastroenterite origem infeccpresum	3	3	2	2	10
	Elevado nº de internações por Pneumonia	3	3	2	2	10
3º	Elevado Numero de Acidentes por animais peçonhentos	3	3	2	1	9
	Alto nº de internações por complicações da gravidez e do parto	3	3	2	1	9

	Baixo número de Gestante com pré-natal completo	3	3	2	1	9

Matriz Priorização dos problemas do sistema e dos serviços de saúde

ordem	Problema	PONTUAÇÃO (0-3)				
		Relevância (*Qual a importância do Problema?*)	Urgencia (*Qual a intensidade de ameaça à estabilidade do Sistema?)*	Factibilidade (*Há Disponibilidade de recursos disponíveis para o enfrentamento do Problema?)*	Viabilidade (*Há capacidade política, técnica e gerencial para desenvolvimento de ações para resolução do problema?*)	Total de pontos (0-12)
	Alta proporção de casos notificados por COVID-19	3	3	3	3	12
	MEDIA COBERTURA VACINAL POR covid-19	3	3	3	3	12
1º	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	3	3	2	3	11
	Baixa Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré – Natal.	3	3	3	2	11
	Baixa cobertura vacinal (Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Penta valente (3º dose),Pneumocócica 10 - valente (2º dose), Poliomielite (3º dose) e Triplice viral (1ºdose) - com cobertura vacinal preconizada).	3	3	2	3	11
	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	3	3	2	3	11
	Baixo Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	2	3	3	3	11

2º	Baixa Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente Município de Almeirim.	3	3	2	2	10
	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	3	3	2	2	10
	Baixa cobertura de academias de saúde	3	3	2	2	10
3º	Baixa oferta de equipamentos para manutenção da vida.	3	3	1	2	9
	Baixa oferta de UTI/UCI a população.	3	3	1	2	9
	Baixa Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica Municipio de Almeirim..	1	2	3	3	9
	Baixa Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192)	3	3	1	2	9
	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	2	3	2	2	9
4º	Baixa oferta de profissionais nas especialidades (Cardiologia, obstetrícia entre outros)	2	2	2	2	8
	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	2	2	2	2	8
	Ineficiência das Ações de Matricialmente realizadas por CAPS com equipes da Atenção Básica.	3	2	1	2	8
	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	3	2	1	2	8
5º	Baixa oferta de leitos por 1000 habitantes	2	2	1	2	7
	Baixa Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.	2	2	1	2	7
	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata DNCI) encerrados em 60 dias após notificação.	2	2	1	2	7
6º	Baixa Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família(pbf) Municipio de Almeirim.	2	1	1	2	6

	Baixo Nº de Unidades de saúde com serviço de notificação de violência, doméstica, sexual e outras violências.	2	2	1	1	6
	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	2	1	1	2	6
	Estruturação de no mínimo um, componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na região de Saúde.	2	2	1	1	6

MODULO OPERACIONAL COM DEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES DO PMS:

MODULO OPERACIONAL DO PMS			
DIRETRIZ 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS..			
OBJETIVO 1: Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à Atenção Básica..			
INDICADOR: COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.			
OBJETIVO ESPECIFICO	META 2022 - 2025	AÇÕES	RESPONSABILIDADE
Investir no fortalecimento da Atenção Primaria	Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primaria.	Construção de Unidades Básicas de Saúde	SESA/AP
NDICADOR: Proporção de UBS com infraestrutura adequada..			
Ampliar os investimentos de infra estrutura na Atenção Basica	Aumentar a proporção de UBS com infraestrutura adquada.	REFORMA E AMPLIAÇÃO DE UNIDADES BASICAS DE SAUDE	SESA/AP
DIRETRIZ : Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.			
Objetivo : Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase na Construção de Melhorias Sanitárias.			
INDICADOR: Cobertura de saneamento Básico da população vulnerável			
OBJETIVO ESPECIFICO	META 2020 - 2025	AÇÕES	RESPONSABILIDADE

Investir no fortalecimento das ações de Saneamento Básico da população mais vulnerável.	Aumentar a cobertura de saneamento Básico da população vulnerável	CONSTRUCAO DE MODULOS SANITARIOS DOMICILIARES	
Ampliar serviços de Saneamento Básico			SESA/VS
Objetivo : Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.			
INDICADOR: PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ			
OBJETIVO ESPECIFICO	META 2022 - 2025	AÇÕES	RESPONSABILIDADE
Investir na estruturação da vigilância em Saúde ambiental para o controle de doenças de veiculação hídricas	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Realização de coletas de água dos sistemas de abastecimentos de agua do município conforme pactuação para analises.	SESA/Vigilância em Saúde/VISA
INDICADOR: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.			
OBJETIVO ESPECIFICO	META 2022 - 2025	AÇÕES	RESPONSABILIDADE
Ampliar os investimentos em Recursos Humanos	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue em domicílios do Município em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios em cada ciclo.	MANUTENCAO DO PROGRAM DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	SESA/Vigilância em Saúde/ENDEMIAS
DIRETRIZ : Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.			
Objetivo : Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.			
INDICADOR: Proporção de investimentos nas maternidades Municipais.			
OBJETIVO ESPECIFICO	META 2022 - 2025	AÇÕES	RESPONSABILIDADE

Ampliar os investimentos nos cuidados imediatos adequados ao RN	Investir em 100% das Maternidades existentes no município nos	AQUISICAO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE PRA SAUDE	SESA/MAC
Objetivo : Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais.			
INDICADOR: Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar			
OBJETIVO ESPECIFICO	META 2022 - 2025	AÇÕES	RESPONSABILIDADE
Investir na assistência ao pré-natal, parto e Nascimento	Aumentar a Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde.	MANUTECAO DO PROGRAMA DE ATENCAO PRIMARIA	SESA/AP/MC
Objetivo : Monitora a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (programa saúde na escola) e maternidades no território.			
INDICADOR: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos			
OBJETIVO ESPECIFICO	META 2022 - 2025	AÇÕES	RESPONSABILIDADE
Ampliar ações de Planejamento Reprodutivo	Reduzir a Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	MANUTENCAO DO PROGRAMA SAUDE NA ESCOLA	SESA/AP
Objetivo : Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.			
INDICADOR: Proporção de Mulheres e crianças cadastradas no E-SUS (Indicadores do Programa Previne Brasil)			
Investir na Eficiência da execução das Politicas preventivas de saúde da mulher e da criança	Realizar 100% de cadastro de Mulheres e crianças no Sistema de Informação e-sus e acompanhamento.	MANUTENCAO DO PROGRAMA PISO DE ATENCAO PRIMARIA	SESA/AP
DIRETRIZ : Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.			
Objetivo : Implementar a Rede de Atenção às Urgências.			
INDICADOR: Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).(SUS)			
OBJETIVO ESPECIFICO	META 2022 - 2025	AÇÕES	RESPONSABILIDADE

Implantar a oferta de serviços Móvel de Urgência (SAMU) no Município.	Garantir a cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).	MANUTENCAO DO SAMU; AQUISICAO DE AMBULANCIAS DE RESGATE	SESA/MAC
DIRETRIZ : Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde, estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.			
Objetivo :Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.			
INDICADOR: Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.			
OBJETIVO ESPECIFICO	META 2022 - 2025	AÇÕES	RESPONSABILIDADE
Investir na Educação Permanente dos Profissionais do SUS	Realização de ações de educação permanente para qualificação nas áreas prioritárias do SUS.	CAPACITACAO DE PROFISSIOANIS EM SAUDE	SESA/AP/MAC/VS

3 - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI)

Ver Anexo II

4. Recursos Financeiros - Plano Plurianual 2022 a 2025

4. Recursos Financeiros - Plano Plurianual

ÓRGÃO: 04 - Fundo Municipal de Saúde

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: 04.01 - Fundo Municipal de Saúde

função 10: SAÚDE - RECURSOS FINANCEIROS – PPA - PLANO PLURIANUAL - QUADRIÊNIO 2018-2021

PROGRAMA: 0010- Gestão da Politica de Saúde Publica

DESCRIÇÃO DA AÇÃO	2022	2023	2024	2025	Fonte dos Recursos
Subfunção: 122 - Administração Geral					
MANUTENCAO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	2.920.513,50	3.037.334,04	3.189.200,74	3.380.552,78	Tesouro Municipal
DIVULGAÇÃO OFICIAL DAS AÇOES EM SAUDE	153.470,00	159.808,80	167.589,24	177.644,59	Tesouro Municipal
Subfunção: 128 - Formação de Recursos humanosl -					
CAPACITACAO DE PROFISSIOANIS EM SAUDE	10.000,00	12.000,00	14.000,00	15.500,00	Tesouro Municipal
TOTAL	3.293.000,00	3.810.000,00	5.223.000,00	5.642.000,00	
Subfunção: 301 - Atenção Básica					
CONSTRUCAO E AMPLIAÇÃO DE POSTOS DE SAÚDE					Tesouro Municipal
	50.000,00	157.500,00	165.375,00	289.406,00	Convenio
CONSTRUÇÃO E EQUIPAMENTOS DE UPA					Tesouro Municipal
	600.000,00	800.000,00	1.527.962,54	0	Convenio
IMPLANTAÇÃO DE INFORTAZAÇÃO NAS UBS					Tesouro Municipal
	150.200,00	152.600,00	0	0	Convenio
AQUISICAO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE HOSPITALAR, AMBULATORIAL, LABORATORIO E ODONTOLOGICO					Tesouro Municipal
	70.000,00	73.500,00	77.175,00	81.034,00	Convenio

PROGRAMA: 0026- Transporte, Meio de Integração

AQUISIÇÃO DE AMBUNLANCHA E ANBULANCIA DE RESGATE	501.600,00	555.320,00	601.560,00	689.400,00	Convenio
AQUISIÇÃO DE VEICULO AUTOMOTOR ADAPTADO P/ TRANSP. DOENTES E PESSOAS COM DIFICULDADE DE LOCOMAÇÃO, DO INTERIOR PARA SEDE DO MUNICIPIO E CAP ESTADO	230.600,00	235.890,00	0	0	Convenio
TOTAL	732.200,00	791.210,00	601.560,00	689.400,00	

MANUTENCAO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS	1.090.890,00	1.199.979,00	1.319.977,00	1.451.975,00	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DAS ESTRATEGIAS SAUDE DA FAMILIA-ESF	666.410,00	693.066,40	727.719,72	771.382,90	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO BASICA ESTADUAL	1.277.200,00	1.328.288,00	1.394.702,40	1.478.384,55	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DO PROGRAMA FARMACIA BASICA-FB	696.280,00	724.131,20	760.337,76	805.958,03	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DO PROGRAMA SAÚDE INDIGENA	10.200,00	12.100,00	13.600,00	14.500,00	Tesouro Municipal
MANUTENÇÃO DO PROGRAMA SAUDE BUCAL	668.470,00	695.208,80	729.969,24	773.767,39	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DO PROGRAMA SAUDE NA ESCOLA	12.500,00	14.500,00	15.690,00	18.790,00	Tesouro Municipal
MANUTENÇÃO DO PROGRAMA-CAPS	10.000,00	12.100,00	13.500,00	15.890,00	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DE OUTROS PROGRAMAS DE SAUDE	70.000,00	73.500,00	77.175,00	81.034,00	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DO PROGRAMA SISVAN	12.500,00	13.600,00	14.500,00	15.890,00	Tesouro Municipal
OUTRAS ACOES DE SAUDE - VIA CONVENIO ESTADO					Tesouro Municipal
	15.100,00	18.600,00	19.200,00	21.560,00	Convenio
MANUTENCAO ACADEMIA DE SAÚDE	21.500,00	22.600,00	23.100,00	24.560,00	Tesouro Municipal
MANUTENCAO E REFORMA DOS POSTOS DE SAUDE DO MUNICIPIO	50.000,00	55.000,00	86.625,00	89.600,00	Tesouro Municipal
TOTAL	6.841.050,00	7.470.661,40	8.375.811,06	7.429.016,42	

PROGRAMA: 0026- Transporte, Meio de Integração

AQUISIÇÃO DE AMBUNLANCHA E ANBULANCIA DE RESGATE	501.600,00	555.320,00	601.560,00	689.400,00	Convenio
AQUISIÇÃO DE VEICULO AUTOMOTOR ADAPTADO P/ TRANSP. DOENTES E PESSOAS COM DIFICULDADE DE LOCOMAÇÃO, DO INTERIOR PARA SEDE DO MUNICIPIO E CAP ESTADO	230.600,00	235.890,00	0	0	Convenio
TOTAL	732.200,00	791.210,00	601.560,00	689.400,00	

PROGPROGRAMA: 0010- Gestão da Politica de Saúde Publica

Subfunção: 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial					
CONSTRUÇÃO AMPLIAÇÃO E REFORMA DE UNIDADES BASICAS DE SAÚDE	1.236.000,00	1.285.440,00	1.349.712,00	1.430.694,72	Convenio
REFORMA E AMPLIAÇÃO DOS HOSPITAIS MUNICIPAIS				0	Tesouro Municipal
	50.000,00	165.375,00	157.500,00	289406	Convenio
IMPLEMENTAÇÃO DA TELE MEDICINA	101.200,00	104.500,00	0	0	Convenio

CONSTRUÇÃO DO CENTRO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	850.000,00	880.000,00	0	0	Convenio
MANUTENCAO DO SAMU	530.450,00	551.668,00	579.251,14	614.006,21	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	5.257.615,27	5.734.354,26	6.863.222,52	7.758.596,13	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DO PROGRAMA TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO-TFD	361.000,00	381.830,00	386.703,20	409.905,39	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DAS ACOES ESTRATEGICAS-AC	216.300,00	224.952,00	236.199,60	250.371,58	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DAS ATIVIDADES DO HOSPITAL MUNICIPAL DE ALMEIRIM	5.285.000,00	5.799.977,60	7.139.976,88	7.568.375,48	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DAS ATIVIDADES DO HOSPITAL DE MONTE DOURADO	3.852.330,00	3.046.423,20	5.298.744,36	5.374.878,84	Tesouro Municipal
ANUTENCAO DAS ATIVIDADES HOSPITALAR E AMBULATORIAL	820.000,00	861.000,00	904.050,00	949.253,00	Tesouro Municipal
IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA REDE CEGONHA	650.200,00	688.900,00	0	0	Convenio
TOTAL	20.060.095,25	20.605.020,06	22.915.359,70	24.645.487,40	
Subfunção: 304 - Vigilância Sanitária					
PROGRAMA DE VIGILANCIA SANITARIA	220.000,00	228.800,00	90.000,00	80.000,00	Tesouro Municipal
TOTAL	220.000,00	228.800,00	90.000,00	80.000,00	
Subfunção: 305 - Vigilância Epidemiológica					
AQUISICAO DE VEICULOS PRA VIGILANCIA EM SAUDE					Tesouro Municipal
	156.900,00	160.400,00	162.500,00	163.400,00	Convenio
COMBATE A PANDEMIAS	150.000,00	200.000,00	250.000,00	320.000,00	Tesouro Municipal
APOIO AS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO	50.860,00	53.403,00	56.073,00	58.877,00	Tesouro Municipal
MANUTENCAO DOS SERVIÇOS DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE ENDEMIAS - VIG SAÚDE	1.281.320,00	1.332.572,80	1.399.201,44	1.483.153,53	Tesouro Municipal
TOTAL	1.639.080,00	1.139.080,00	1.867.774,44	2.025.430,53	
Subfunção: 512 - Saneamento Básico Urbano					
IMPLANTAÇÃO E AMPLIAÇÃO DE SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA ZONA URBANA	40.000,00	42.000,00	44.050,00	45.153,00	Convenio
CONSTRUCAO DE MODULOS SANITARIOS DOMICILIARES	220.000,00	231.000,00	242.550,00	254.678,00	Convenio
TOTAL	260.000,00	273.000,00	286.600,00	299.831,00	
Subfunção: 511 - Saneamento Básico RURAL					
IMPLANTAÇÃO E AMPLIAÇÃO DE SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA ZONA RURAL	40.000,00	52.500,00	54.100,00	55.729,00	Convenio

TOTAL	40.000,00	52.500,00	54.100,00	55.729,00	
Subfunção: 845 - Outras Transferências					
CONTRIBUICAO PARA O PASEP	145.801,00	155.981,00	163.780,00	171.696,00	Tesouro Municipal
TOTAL	145.801,00	155.981,00	163.780,00	171.696,00	
TOTAL DA UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	33.022.209,75	34.532.491,10	37.725.775,18	38.970.287,72	

ELABORAÇÃO DA PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA DO PMS NOS QUATRO ANOS 2022 a 2025.

Subfunção: 301 - Atenção Básica

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

Objetivo do PMS: Objetivo 1 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.

Programa do PPA: Gestão da Política de Saúde Pública

Ação do PPA: Construção e Ampliação de postos de Saúde

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Implantação de CAPS I	O caps deve trabalhar no sentido de ampliar a capacidade de resolutividade da Atenção Básica através da ampliação da clínica e do cuidado compartilhado com a ESF.	X		662.281,00
CONSTRUCAO DE UNIDADES BASICAS DE SAUDE	AUMENTAR O NUMERO DE ATENDIMENTOS NA SAUDE PUBLICA	X		

Ação do PPA: Construção e Equipamento de UPA

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
CONSTRUCAO E APARELHAMENTO NAS UPA	AUMENTAR O NUMERO DE ATENDIMENTOS NA ATENÇÃO AS URGENCIAS	X		2.927.962,54

Ação do PPA: Implantação da Informatização nas UBS

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Implantação da Informatização nas UBS	Implantação do prontuário Eletrônico PEC nas UBS	X		302.800,00

Ação do PPA: Implementação de equipes Saude da Familia Ribeirinha

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
implantar equipe saúde da familia Ribeirinha	Implantação de equipe saúde da familia Ribeiriha paranã das Velhas	X		162.600,00

Ação do PPA: Manutenção e Reforma de Postos de Saúde

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Revitalização nas Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS	Melhorias na Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS			281.225,00
REFORMA E AMPLIAÇÃO DE UNIDADES BASICAS DE SAUDE	MELHORAR AS CONDIÇÕES DO ATENDIMENTO EM SAUDE	X		

Ação do PPA: Manutenção das Academias de Saúde

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Implantação do Programa Academia de Saúde nas ESF	Realização de atividades continuadas de práticas corporais e atividades físicas, lazer e promoção de modos de vida saudáveis, no território de abrangência.			91.760,00

Ação do PPA: Manutenção do Programa de Atenção Basica

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Iduzir as Equipes de Atenção Basica aderir o Programa Previne Brasil	Ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional			5.478.574,95
MANUTECAO DO PROGRAMA DE ATENCAO BASICA	MANTER O PROGRAMA	X		
Gestão para Organização do Processo de Trabalho das Equipes	Gestão Municipal para o Desenvolvimento da Atenção Básica.			
Realizar exame citopatologico a cada três anos em mulheres na faixa etaria de 25 a 64 anos.	O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras.			
Realizar exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.			

Acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde)			
Monitorar a assistência pré-natal,	Contribui para a análise das condições de acesso da assistência pré-natal			

DIRETRIZ : Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde, estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.

Objetivo :Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.

Ação do PPA: Capacitação de Profissionais em Saúde

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Realização de educação permanente para qualificação das áreas prioritarias do SUS.	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica			51.500,00
CAPACITACAO DE PROFISSIOANIS EM SAUDE	CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DA AREA DA SAUDE	X		

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

Objetivo : Implementar a Rede de Atenção às Urgências.

Ação do PPA: Aquisição de Anbulancha e Ambulancia de Resgate

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Implementar o Serviço de Atendimento Movel de Urgencia	Melhoria no acesso aos serviço de Atendimento Movel Terrestre e Fluvial			2.347.880,00
AQUISICAO DE AMBULANCIA DE RESGATE	ADQUIRIR O EQUIPAMENTO	X		

DIRETRIZ :Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Objetivo : Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Ação do PPA: Aquisição de Equipamentos e Material Permanente Pra HOSP. LABORAT. E ODONTO

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Implementar as Condições de Funcionamento do Centro de Parto	Melhoria dos Equipamentos, Materiais, no Centro de Parto			301.709,00
AQUISICAO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE PRA SAUDE	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS	X		

Objetivo : Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

Ação do PPA: Manutenção do Programa de Atenção Basica - Estadual

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Captar Gestantes nos primeiros meses de gestação para consultas de pré-natal	Mede a cobertura do atendimento pré-natal identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos.	X		57.500,00
MANUTENCAO DO PROGRAMA ATENCAO BASICA-ESTADUAL	MANTER O PROGRAMA			

Ação do PPA: Manutenção do Programa da Atenção Primaria - PAP

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária nos problemas de saúde	Monitorar as internações por causas sensíveis à Atenção Básica e apoiar ações para melhoria da resolutividade da Atenção Básica de modo a prevenir essas hospitalizações			5.478.574,95
MANUTENCAO DO PROGRAMA PISO DE ATENCAO PRIMARIA	MANTER O PROGRAMA	X		
Execução das Politicas preventivas de saúde da mulher e da criança	Manter atualizados o cadastro de Mulheres e crianças no Sistema de Informação esus			

Ação do PPA: Manutenção do Programa de Agentes Comunitarios

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Implantação de Equipes de Saúde da Familia Ribeirinhas	Facilitar o acesso de toda a população adscrita à unidade unidade de Saúde.	X		5.062.821,00
MANUTENCAO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS	MANTER O PROGRAMA	X		

Ação do PPA: Manutenção do Estrategia Saúde da Familia -ESF				
Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
MANUTENCAO DO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA-PSF	MANTER O PROGRAMA	X		2.858.579,02

Ação do PPA: Manutenção do Programa Saúde Indigena.				
Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Cooperar tecnicamente com DSEI, através de parcerias epactuações. Promover ações de educação em saúde	Garantia do acesso desta população, aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade.			50.400,00
MANUTENCAO DO PROGRAMA SAUDE INDIGINA	MANTER O PROGRAMA	X		

Ação do PPA: Manutenção do Programa Farmacia Basica.				
Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) nos estabelecimentos farmacêuticos da AB	Informações acerca do acesso e do uso de medicamentos pela população assistida no SUS.			2.986.706,99
MANUTENCAO DO PROGRAMA FARMACIA BASICA	MANTER O PROGRAMA	X		

Ação do PPA: Manutenção do Programa Saúde Bucal				
Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Expansão de Equipe Saúde Bucal	Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica.			2.867.415,43
PROGRAMA SAUDE BUCAL	MANTER O PROGRAMA	X		

Ação do PPA: Manutenção do Programa Saúde na Escola.				
Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Promoção da saúde do Adolescente e da criança	Garantia do acesso desta população, aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade.			61.480,00
MANUTENCAO DO PROGRAMA SAUDE NA ESCOLA	MANTER O PROGRAMA	X		

Ação do PPA: Manutenção do programa SISVAN.				
Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	

Manutenção do programa SISVAN	O **Sisvan** é um sistema voltado para a gestão das informações da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde e mantém um banco de dados sobre antropometria, formado com base em registros feitos no e-SUS APS, Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na saúde e no próprio **Sisvan**			56.490,00

Ação do PPA: Manutenção de Outros Programas de Saúde.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
MANUTENCAO DE OUTROS PROGRAMAS DE SAUDE	MANTER O PROGRAMA	X		301.709,00

Ação do PPA: Manutenção do Programa de Saúde Mental - CAPS

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Matriciamento realizadas por CAPS com equipes da Atenção Básica.	Ampliação do acesso e a qualificação/ diversificação do tratamento da população com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial.			51.490,00
MANUTENCAO DO PROGRAMA DE SAUDE MENTAL	MANTER O PROGRAMA	X		

Ação do PPA: Outras ações de Saúde - Via Convenio do Estado.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
OUTRAS ACOES DE SAUDE - VIA GOVERNO DO ESTADO	MANTER AS ACOES	X		74.460,00

Ação do PPA: Manutenção do SAMU.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
AQUISICAO DE AMBULANCIA DE RESGATE Implementar o Serviço de Atendimento Movel de Urgencia	Ampliar a oferta de serviços de Saúde			2.275.375,35
MANUTENCAO DO SAMU	MANTER O SAMU	X		

Ação do PPA: Construção, Ampiação e Reforma de UBS.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	

CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO E REFORMA DE UBS	AUMENTAR O NUMERO DE ATENDIMENTO NA SAÚDE PUBLICA	X		5.301.846,72

Objetivo do PMS: Objetivo 1.2 – Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.

Programa do PPA: Gestão da Política de Saúde Pública

Ação do PPA: Reforma e Ampliação dos Hospitais Municipais.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
REFORMA E AMPLIAÇÃO DOS HOSPITAIS MUNICIPAIS	REFORMA DO HOSPITAL MUNICIPAL	X		662.281,00

Ação do PPA: Aquisição de Veiculo automot. Adapt. p/ Transp. Doentes e pessoas c/ dificuldade locomoção.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Aquisição de Veiculo de locomoção adaptado	Garantir transporte adquado a pacientes dom dificuldades	x		466.490,00

Ação do PPA: Implantação da Tele Medicina.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Implantação da Tele Medicina	Implantação da Tele Medicina	x		205.700,00

Ação do PPA: Construção do Centro de Serviços Especializados.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Construção do Centro de Serviços especializados	Construção do Centro de Serviços especializados	x		1.730.600,00

Ação do PPA: Construção e equipamentos de Sala de Estabelização de pacientes.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Construção e equipamentos de sala de estabelização	Construção e equipamentos de sala de estabelização	x		1.730.000,00

Ação do PPA: Manutenção da Media e Alta Complexidade - MAC.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
MANUTENCAO DE MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	MANTEER AS ATIVIDADES	X		25.613.788,16

Ação do PPA: Manutenção do Programa Tratamento Fora do Domicilio - TFD.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
MANUTENCAO DO PROGRAMA TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO-TFD	MANTER O PROGRAMA	X		1.539.438,59

Ação do PPA: Manutenção das Ações Estrategicas-AC.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA	Valor (em R$

		SIM	NÃO	**1.000,00)**
MANUTENCAO DAS ACOES ESTRATEGICAS	MANTER AS ACOES	x		927.823,18

Ação do PPA: Manutenção das Atividades Hospitalar e Ambulatorial.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES HOSPITALAR E AMBULATORIAL	MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES HOSPITALAR E AMBULATORIAL	x		3.534.303,00

Ação do PPA: Implantação Do Programa Rede Cegonha.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
Manutenção do Programa rede cegonha	Manutenção do Programa rede cegonha	x		1.339.100,00

Ação do PPA: Manutenção das Atividades do Hospital Municipal de Almeirim.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
MANUTENCAO DAS ATIVIDADES DO HOSPITAL MUNICIPAL	MANTEER AS ATIVIDADES	X		25.793.329,96

Ação do PPA: Manutenção das Atividades do Hospital de Monte Dourado.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
MANUTENCAO DAS ATIVIDADES DO HOSPITAL DE MONTE DOUR	MANTEER AS ATIVIDADES	X		17.572.376,45

Diretriz do PMSA: Diretriz 7 – Reduzir e prevenir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Objetivo do PMS: Objetivo 4. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável .

Programa do PPA: Gestão da Política de Saúde Pública

Ação do PPA: Programa de Vigilancia Sanitária.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
PROGRAMA DE VIGILANCIA SANITARIA	MANTER O PROGRAMA	X		618.800,00

Ação do PPA: Aquisição de Veiculos Pra Vigilancia em Saúde.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
AQUISICAO DE VEICULOS PRA VIGILANCIA EM SAUDE	AQUISICAO DE VEICULO	X		643.200,00

Ação do PPA: Combate a Pandemias.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA	Valor (em R$

		SIM	NÃO	**1.000,00)**
COMBATE A PANDEMIAS	MANTER O COMBATE A PANDEMIAS	X		920.000,00

Ação do PPA: Apoio as Campanhas de Vacinação.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
APOIO AS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO	APOIO AS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO NO MUNICIPIO	X		219.213,00

Ação do PPA: Manutenção dos Serviços de Vigilancia Epidemiologica e outras endemias.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
MANUTENCAO DO PROGRAM DE VIG EPIDEMIOLOGICA	MANTER O PROGRAMA	x		5.496.247,77

Objetivo do PMS: Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase na Construção de Melhorias Sanitarias.

Programa do PPA: Gestão da Política de Saúde Pública

Ação do PPA: implantação e Ampliação de Sistema de Abastecimento de Agua zona rural.

Ação do PPA/PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
CONSTRUCAO DE MODULOS SANITARIOS DOMICILIARES	IMPLANTAÇÃO E AMPLIAÇÃO DE SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE AGUA	x		202.239,00

Ação do PPA: Construção de Modulos Sanitários Domiciliares.

Ação do PPA/PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
CONSTRUCAO DE MODULOS SANITARIOS DOMICILIARES	MANTER O PROJETO	x		948.228,00

Ação do PPA: implantação e Ampliação de Sistema de Abastecimento de Agua zona URBANA.

Ação do PPA/PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	
CONSTRUCAO DE MODULOS SANITARIOS DOMICILIARES	IMPLANTAÇÃO NA ZONA URBANA	x		171.203,00

Diretriz do PMSA: Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Objetivo do PMS: Objetivo 12.1 – Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

Programa do PPA: Gestão da Política de Saúde Pública

Ação do PPA: Manutenção do Fundo Municipal de Saúde.

Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R$ 1.000,00)
		SIM	NÃO	

MANUTENCAO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	MANTER O FUNCIONAMENTO DO FUNDO	X		12.527.601,06
Ação do PPA: Divulgação Oficial das Ações de Saúde Publica.				
Ação do PMS	**Descrição**	**Orçada no PPA**		**Valor (em R$ 1.000,00)**
		SIM	NÃO	
DIVULGAÇÃO OFICIAL DAS AÇOES EM SAUDE	MANTEER AS ATIVIDADES	X		658.312,63
Ação do PPA: Contribuição Para o PASEP.				
Ação do PMS	**Descrição**	**Orçada no PPA**		**Valor (em R$ 1.000,00)**
		SIM	NÃO	
CONTRIBUICAO PARA O PASEP	MANTER OS ENCARGOS	X		637.258,00

6 – Monitoramento e Avaliação

O Plano Municipal de Saúde requer monitoramento e avaliações periódicas, por ser um instrumento plurianual. Será operacionalizado pela Secretaria Executiva de Saúde e acompanhado através de relatórios quadrimestrais de um rol de indicadores a serem construídos, os quais se espera que permitam o acompanhamento do cumprimento das metas e avaliação das ações do PMS, que serão apresentados ao Conselho Municipal de Saúde de Almeirim – CMSA, além de sistematizado anualmente através do Relatório Anual de Gestão - RAG. Ambos serão submetidos à apreciação e aprovação do CMSA.

7. Anexos

1. Proposta da Conferencia de Saúde

RELATÓRIO FINAL DA X CONFERÊNCIA DE SAÚDE DE ALMEIRIM, REALIZADA EM 12 E 13/11/2021

ITEM	PROPOSTAS APROVADAS
001	Fortalecimento dos programas saúde da família, no atendimento social, saúde, assistência social e educação sexual nas escolas e família.
002	Educação em saúde ambiental nas escolas e unidades básicas de saúde
003	Visita da equipe estratégia saúde da família no atendimento infanto-juvenil e melhor idade, nas comunidades (inclusão de exames laboratoriais básico).
004	Realizar reuniões e capacitação a cada seis meses para profissionais da saúde (ACS, Tec. Enfermagem, Auxiliar de Serviços Gerais
005	Fortalecer e realizar atendimentos multiprofissionais as gravidas nas comunidades de difícil acesso
006	Elaborar e definir fluxo de atendimento para os usuários nas UBS
007	Cumprimento de horário de funcionamento das UBS para atender a toda demanda espontânea
008	Equipes de saúde da família específica para atender os idosos, quadrimestral, em todas as comunidades levando os serviços laboratoriais, bem como fazer visitas aos idosos acamados.
009	Ampliar as reuniões e treinamentos bimestral para os ACS
010	Que Haja dentro das Unidades Básicas de Saúde – UBS e Hospitais municipais uma equipe de segurança qualificada
011	Implementação do fluxo de referência e contra referência, do sistema único de saúde municipal, com o cumprimento do horário, para melhor atender a população
012	Implantação de sala de estabilização no município de Almeirim
013	Aquisição de equipamentos de imagem (raio-x fixo e ultrassom), eletrocardiograma e endoscopia
014	Valorização dos profissionais de saúde (conclusão e aprovação do PCCR, insalubridade ajustada em 40%, reajuste salarial, licença prêmio, revisão do cálculo de adicional noturno, capacitação e treinamento específicos por setores e progressão funcional)
015	Implantação do SAMU em Almeirim e Monte Dourado
016	Reformulação e fortalecimento do conselho municipal de saúde
017	Dá suporte logístico e financeiro para a comissão de fiscalização, desenvolver suas atividades na zona urbana e rural
018	Garantir, e dá suporte financeiro ao pleno funcionamento do conselho, conforme orçamento garantido em lei específica PPA e LDO
019	Garantir capacitação/formação continuada aos conselheiros
020	Adequação da lei municipal de criação do conselho de saúde, assegurando que a presidência do conselho seja eleita pela plenária do Conselho de Saúde
021	**Informatizar as UBSs e integrar os sistemas de atendimento**
022	**Dar agilidade na marcação de exames e implantar a central de marcação de consultas.**
023	**Ter qualidade e respeito no transporte de pacientes**
024	**Buscar recursos para as construções de postos de saúde na sede do município e no meio rural**
025	**Captar recursos para a construção do CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial).**
026	**Retomar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.**
027	**Construir o Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM)**
028	**Implantar o Programa Primeira Infância Melhor.**
029	**Construir um Centro de Fisioterapia (SER – Serviço Especializado e Reabilitação).**
030	**Aquisição de veículos para a saúde, e recuperar a frota existente**
031	**Manter e melhorar programas como o Hiperdia (pressão alta) e atendimento domiciliar de pacientes**

032	**Restruturação e ampliação das equipes de Saúde da Família**
033	**Ampliar a equipe de atendimento de saúde para a zona rural**
034	**Implantação efetiva do PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) nas Comunidades**
036	**Atendimento para grávidas nas Comunidades, onde as mulheres farão seus pré-natais com todas as condições humanas e materiais, sem ter que se deslocar até ao Distrito de Monte Dourado ou à sede do Município**
037	**Ampliar o acesso à mamografia e aos preventivos de câncer de próstata, útero e colo de útero**
038	**Realizar mutirões de saúde para atendimento ginecológico, oftalmológico, neurológico e cardiológicos**
039	**Retomar os programas de prevenção das doenças transmitidas sexualmente (DST**
040	**Criar o Centro de Planejamento Familiar**
041	**Debater e concretizar um plano para a recuperação e fortalecimento de atendimento nas casas de apoio aos doentes que precisem se deslocar para tratamento fora do domicilio (TFD**
042	**Ofertar serviços de atendimentos referenciados para os Hospitais de Almeirim e do Distrito de Monte Dourado**
043	**Pleitear junto ao governo do estado e ministério da saúde reforma e ampliação dos Hospitais de Almeirim e Monte Dourado para atender a população**
044	**Focar esforços no sentido de buscar recursos financeiros para o Hospital municipal de Almeirim e Monte Dourado através de Emendas parlamentares**
045	**Ofertar Capacitações, Treinamentos aos profissionais de Saúde**
046	**Intensificar a mobilização da população para se vacinar**

2. Diretrizes, Objetivos, Meta e Indicadores (DOMI)

PROJEÇÃO DE INDICADORES -DOMI- ALMEIRIM

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI) 2021-2025

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

Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar .

MUNICÍPIOS				**ALMEIRIM**				
N	**Tipo**	**Meta**	**indicador**	2021	2022	2023	2024	2025
1	U	↑	**Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família (PBF).**	75	75	80	85	85
2	M	↑	**Cobertura populacional estimada pelo programa academia de saúde**	50	50	60	70	70
3	M	↑	**Cobertura estimadas de equipes aderidas ao PREVINE BRASIL**	100	100	100	100	100
4	M	↑	**Proporção Equipes de Atenção Básica contratualizadas no PSE**	100	100	100	100	100
5	U	↑	**Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.**	40	40	50	60	60
6	U	↑	**Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.**	2	2	3	3	4
7	M	↓	**Proporção de exodontia em relação aos OUTROS procedimentos.**	30	30	40	40	50
8	U	↑	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	75	75	80	80	80
9	M	↑	Proporção de UBS com infraestrutura adequada..	50	50	60	70	70
10	U	↓	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab).	24	24	30	30	35
11	U	↑	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.	0,86	0,88	0,9	0,95	0,95
12	E	↑	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.	1,6	1,6	1,7	1,8	2
13	E	↑	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.	1,54	1,54	1,6	1,65	1,65
14	E	↑	Número de Leitos hospitalares do SUS por mil habitantes.	2,52	2,52	2,52	2,52	2,52
15	E	↑	Doador por milhão da população (pmp) Pará.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
16	E	↑	Percentual de municípios com o Sistema Hórus implantado ou enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService	67	67	80	85	90

17	U	↑	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.	0,23	0,23	0,3	0,35	0,4
18	U	↑	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	0,14	0,14	0,15	0,15	0,15
19	E	↑	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	10	10	12	15	20
20	M	↔	Numero de leitos hospitalares para COVID 19	20	20	20	15	10
21	M	↑	Numero de Centro de atendimento para COVID-19	2	0	0	0	0

Diretriz 2 - Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.

Objetivo 1 - Aprimorar e implantar as redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da rede de urgência e emergência, rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de cuidados à pessoa com deficiência, e da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas.

MUNICÍPIO				**ALMEIRIM**				
N	**Tipo**	**Meta**	**indicador**	2021	2022	2023	2024	2025
22	U	↑	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.	18,87	20	30	35	40
23	E	↑	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré – Natal.	46	50	56	60	60
24	E	↑	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	45	45	45	50	50
25	M	↑	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade em população residente.	4,61	4,61	4,7	4,7	4,8
26	E	↓	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	10	8	6	6	4
27	E	↑	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	95	95	95	95	100
28	U	↑	Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar.	75	75	76	78	80
29		↑	Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – 192).	80	100	100	100	100

Objetivo 2 - **Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.**

MUNICÍPIOS				**ALMEIRIM**				
N	**Tipo**	**Meta**	**indicador**	2021	2022	2023	2024	2025
30	U	↓	Taxa de mortalidade infantil	8	13	10	8	6
31	U	↓	Número de Óbitos Maternos em determinado período e local de residência.	0	0	0	0	0
32	**E**	↔	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) investigados	100	100	100	100	100
33	E	↓	Proporção de óbitos maternos investigados em determinado período e local de residência.	100	100	100	100	100
34	E	↑	Nº de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado.	2	2	5	6	7
35	M	↔	Taxa de mortalidade por covid-19	0	0	0	0	0
36	M	↓	Taxa de incidência da covid-19 (cada 1000-hb)	2	2	2	2	1

Diretriz 3 - **Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.**

Objetivo 1 - **Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.**

MUNICÍPIOS				**ALMEIRIM**				
N	**Tipo**	**Meta**	**indicador**	2021	2022	2023	2024	2025
36	U	↓	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	0	0	0	0	0
38	U	↓	**a)** Para município e região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	12	12	10	8	8

			b)Para município e região com 100 mil ou mais habitantes,estados e Distrito Federal: Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).					
39	U	↑	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	75	80	95	95	95
40	E	↑	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	70	70	75	80	90
41	E	↑	Número de testes de sífilis por gestante. (dois por gestantes)	1400				
42	E	↑	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	100	100	100	100	100
MUNICÍPIOS				**ALMEIRIM**				
N	**Tipo**	**Meta**	**indicador**	2021	2022	2023	2024	2025
43	U	↑	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	100	100	100	100	100
44	U	↑	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.	100	100	100	100	100
45	U	↓	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	0	0	0	0	0
46	U	↑	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	95	95	100	100	100
47	E	↑	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	80	90	100	100	100
48	E	↓	Número de casos autóctones da malária. (IPA	`11	11	8	6	6
49	M	↑	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.	90	90	95	100	100
50	E	↓	Número absoluto de óbitos por dengue.	0	0	0	0	0
51	M	↑	Proporção de escolares examinados para o tracoma nos municípios prioritários.	10	10	10	12	12
52	U	↑	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	80	80	80	80	80

53	U	↑	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	70	75	80	80	80
54	U	↑	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	100	100	100	100	100
Objetivo 2 - Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.								
MUNICÍPIOS				**ALMEIRIM**				
N	**Tipo**	**Meta**	**indicador**	2021	2022	2023	2024	2025
55	U	↑	**Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano.**	100	100	100	100	100
56	U	↑	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em 60 dias após notificação.	80	80	80	95	95
Diretriz 4 - Fortalecer o papel do estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho na área da saúde estabelecidas, pela década de gestão do trabalho e educação em saúde, iniciada em 2013								
Objetivo 1 - Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.								
MUNICÍPIOS				**ALMEIRIM**				
N	**Tipo**	**Meta**	**indicador**	2021	20222	2023	2024	2025
57	E		Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	4	4	4	4	4
58	E	↑	Proporção de novas vagas ou de novos programas de residência em saúde.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
59	E	↑	Número de pontos do Telessaúde Brasil Redes implantados.	1	1	2	3	4
Objetivo 2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS – Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na região de Saúde.								
60	E	↑	Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS, implantados e/ou mantidos em funcionamento.	2		2	2	2

<u>Diretriz 5</u> - Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidades dos municípios, estados e união, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.							
<u>Objetivo 1</u> - Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS.							
61	U	↑	Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde.	1	1	1	1
<u>Diretriz 6</u> - Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.							
<u>Objetivo 1</u> - Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.							
62	E	↑	Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.	N/A	N/A	N/A	N/A
63	E	↑	Proporção de municípios com ouvidoria implantada.	1	1	1	1
64	E	↑	Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado.	1	1	1	1

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção a lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública. 2009; 25(6): 1337 – 1349.

Alves CRL, Viana MRA. Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: COOPMED; 2003.

Barros AJD, Victora CG, Santos IS, Matijasevich A, Araújo CL, Barris FC. Infant malnutrition and obesity in three population based birth cohort studies in Southern Brazil: trends and differences. Cad SaúdePública.2008; 24 Supl. 3:S417-26.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Homogeneidade de coberturas vacinais. In: Anais 2ª Expoepi - Mostra de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Coberturas Vacinais no Brasil: uma análise da tendência 2003 a 2007. Relatório técnico; 2008. Mimeografado.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações. Brasília: 2013; p. 16.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação. Brasília: 2014; 3º ed. p. 35

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. 2015; 1(3): 156 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/portaria_1823_12_institui_politica.pdf >. (Acessado em 12/Jan/2016).

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Cadastro Geral dos Empregados e Desempregados (CAGED). 2015. http://bi.mte.gov.br/bgcaged/caged_perfil_municipio/index.php. (Acessado em 02/Mai/2016).

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: Tuberculose. http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose (acessado em 08/Nov/16).

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: Tuberculose. http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/taxaincidencia-tuberculose-1990-2015-MAIO-2016-corrigida.pdf (acessado em 10/Nov/16).

Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramento e informação em saúde. Rev. Bras. Hipertens.. 2007; 14(2): 84 – 88.

Carniel EF, Zanolli ML, Almeida CAA, Morcillo AM. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. RevBras Saúde Matern Infant., 2006; 6(4):419-26.

Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba. CODAU. http://www.codau.com.br/index.php (acessado em 24/Nov/2016).

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Relatório de Notificações Compulsórias de Doenças/Agravos Relacionados ao Trabalho – Ano 2013. Uberaba: Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba; 2014.
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Consolidado do perfil ocupacional do município; 2015.
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Relatório de Notificações Compulsórias de Doenças/Agravos Relacionados ao Trabalho – Ano 2014. Uberaba: Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba; 2015.
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Relatório de Notificações Compulsórias de Doenças/Agravos Relacionados ao Trabalho – Ano 2015. Uberaba: Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba; 2016.
Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev. Saúde Pública.

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Portal Notícias: SUS gasta R$ 70 milhões com fraturas em idosos. http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamento/csegsf/detalhesnoticias/10021.
Falcão IV, Carvalho, EMF, Barreto, KML, Lessa, FJD, Leite, VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade reprodutiva atendidas pelo Sistema Único de Saúde. Rev. Bras. de Saúde Matern. Infant.. 2004; 4(1): 95 – 102.
Francisco, WCE. Mortalidade infantil no Brasil. Brasil Escola. http://brasilescola.uol.com.br/brasil/mortalidade-infantil-no-brasil.htm>. (acessado em 08/Ago/2016).
Goldenberg R, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, 16. Pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública, 2005; 21(4):1077-86.
Iriart JAB, Oliveira RP, Xavier SS, Costa AMS, Araújo GR, Santana, VS. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(1):165-174.
Kac G, Velásquez-Meléndez G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. Cad Saúde Pública. 2003;19 Supl. 1:S4-5.
Laguardia FC, Quintino, ND, Gusmão, RB, Moraes, CAL, Oliveira PBB, organizadores. Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde: Projeto Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais (Resolução SES nº 4.238/2014). Belo Horizonte: SES-MG, 2014.
Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Caderno de Saúde Pública, 2004; 20 Suppl1:S20-33.
Leão E, Corrêa EJ, Mota JAC, Viana MB. Pediatria ambulatorial. 4ª ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2005.

Martins IS, Marinho SP, Oliveira DC, Araújo EAC. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(6):1553-65.
Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. J Pediatr. 2000; 76 Supl3:S285-97.
Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Nupens/USP; 2000.

Oliveira BRG, Viera, CS, Collet, N, Lima, RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. Rev. Bras. Epidemiol. 2010; 13(2): 268 – 277. http://www.scielo.br. (acessado em 15/Out/2012).
Organização Internacional do Trabalho (OIT). Juventude e trabalho informal no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasilia: OIT, 2015.
Pereira, MG. Mortalidade. In: Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Editora: Guanabara Koogan; 1995. Capítulo 6, pág. 126.
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Brasil. IDH. http://www.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html (acessado em 24/Nov/2016).
RIPSA. Comitê Temático Interdisciplinar (CTI) Natalidade e Mortalidade. Grupo de Trabalho *ad hoc*. Relatório final (mimeo, 4 páginas). Brasília, 2000.
Rozenberg A, Nitschke CAS, Martinez-Almoyna M. Como o TARM trata o pedido de ajuda médica urgente dentro do primeiro minuto. In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS. Elementos de uma Regulação Médica dos Serviços de Ajuda Médica – SAMU. 1999; p. 82.
Santos GPG. Desemprego, informalidade e precariedade: a situação do mercado de trabalho no Brasil pós-1990. Pro-posições**.** 2016; 19(2):151-161.