



Construindo
a Canaã
do amanhã.



2022-2025

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
CANAÃ DOS CARAJÁS



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA
**CANAÃ
DOS CARAJÁS**

Cuidando das pessoas. Construindo o amanhã.

PREFEITA MUNICIPAL
JOSEMIRA RAIMUNDA DINIZ GADELHA

VICE PREFEITO
ZITO AUGUSTO

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DAIANE CELESTRINI OLIVEIRA





SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL DE ELABORAÇÃO

COORDENAÇÃO:

Ana Lúcia Araújo Costa – Coordenadora Departamento de Planejamento em Saúde, administração e Finanças.

COLABORADORES

Eliana Veloso do Vale – Coordenadora do Departamento de Desenvolvimento das Redes Assistenciais

Douglas Pacheco - Coordenador do Departamento de Vigilância em Saúde

Ediana Aparecida Delesposte – Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Andressa – Coordenadora da Divisão de Assistência Farmacêutica

Luciana Romão Sales – Coordenadora do Departamento de Regulação dos Serviços de Saúde

Juliana Queiroz – Hospital Municipal Daniel Gonçalves

Melissa Aparecida Silva- Hospital Municipal Daniel Gonçalves

Karla Lidianne Pereira Dias – Coordenadora CTA/SAE

ANDREIA PACHECO – Coordenadora de Saúde Mental

Gizele Moreira Rodrigues – Coordenadora de Programas da Atenção Básica

Wedem Lisboa – Tecnologia da Informação

APOIO:

Conselho Municipal de Saúde





GLOSSÁRIO

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CCZ - Centro de Controle de Zoonoses

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial Centro de Atenção Psicossocial

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestora Regional

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

CADSUS – Sistema de Cadastramento de usuários do SUS

CBO – Código Brasileiro de Ocupações

CEREST – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

DDRAS - Departamento de Desenvolvimento da Rede Assistencial de Saúde

DCQA - Divisão de Controle de Qualidade dos Alimentos

DCDM – Divisão de Controle de Drogas e Medicamentos

DIGISUS -

ESF- Equipe de Saúde da Família

ESB – Equipe de Saúde Bucal

FMS - Fundo Municipal de Saúde

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica



NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica Programa

PAS – Programação Anual de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PBF – Programa Bolsa Família Programa

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PlanejaSUS – Planejamento do SUS

PNSF - Nacional de Suplementação de Ferro

PNI - Programa Nacional de Imunização

PPA- Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada Integrada

PS – Plano de Saúde

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNH – Política Nacional de Humanização

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

RAG - Relatório Anual de Gestão

RAS – Redes de Atenção à Saúde

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do Município

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIA- Sistema de Informação Ambulatorial



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SIM - Sistema de Informação Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SISÁGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da água

SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do útero

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama

SIS/Pré-natal - Sistema de Informação em Saúde de Pré-natal

SISVAN- Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SAE – Serviço de Atenção Especializada em Aids

SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SAS – Secretaria de Atenção a Saúde

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento Unidade Regional de Saúde





SUMÁRIO

	Páginas
1 – Introdução	12
2 – Apresentação do Município	14
2.1 – Organização e Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde	16
3 – Análise Situacional	17
3.1 – Condições de Saúde da População	17
3.1.1 – Condições Geográficas, Demográficas e Socioeconômicas	17
3.2 – Panorama Demográfico	17
3.3 – Natalidade	19
3.4 – Índice de Envelhecimento	19
3.5 – Características dos nascidos vivos, residentes em Canaã dos Carajás, 2020	19
3.6 – Panorama Socioeconômico	21
3.6.1– Resultado de IDSUS Municipal	22
4 – Perfil de Morbi-Mortalidade	24
4.1 – Mortalidade Geral	24
4.2 – Mortalidade Materna	26
4.3 – Mortalidade Infantil	27
4.4 – Taxa de morbidade	30
4.4.1 – Principais causas específicas de internação	30
4.4.2 – Principais Doenças de Notificação Compulsória	31
5 – Hanseníase	35
6 – Tuberculose	38
7 – Pandemia Covid-19	44
8 – Rede De Serviços De Saúde Municipal	47
9 – Atenção Primária E Redes De Atenção À Saúde	55
9.1 APS Forte No SUS	55
9.2 Serviços Municipais de Atenção à Saúde Mental	66
9.3 Ações Estratégicas e Programas Assistenciais para Agravos e População Prioritária	67



10 – Programa Bolsa Família	67
10.1 Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família	67
11 – Programa Academia de Saúde	67
12 – Programa Saúde da Criança	68
12.1 Atenção à Saúde da Criança e Aleitamento Materno	68
12.2 Semana Do Bebê – Nascimento E Desenvolvimento Seguros	69
13 – Programa de atenção à Saúde da Mulher	73
13.1 Prevenção e Controle de Câncer de Colo e de Mamas	74
14 – Programa de Planejamento Reprodutivo	77
15 – Atenção ao Pré-natal e Puerpério	80
16 – Atenção à Saúde do Adulto e Idosos	80
16.1 Atenção à Saúde do Adulto e Idoso	80
17 – Programa de Combate a Hanseníase	80
17.1 IST, HIV / AIDS e Hepatites Virais	81
18 – Combate ao Tabagismo	81
19 – PSE Programa Saúde na Escola	82
20 – Vigilância Alimentar E Nutricional (Van)	83
20.1 Parcerias Com A Fundação Vale	84
20.1.1 Ciclo Saúde	85
20.1.2 Projeto Ser Criança	86
20.2 Objetivo Geral	88
20.3 Objetivos Específicos	89
21 – Vigilância Em Saúde	89
21.1 Setor De Vigilância Epidemiológica	92
21.2 Imunização	92
21.3 Setor De Vigilância Sanitária E Saúde Do Trabalhador – SEVISSAT	93
21.4 Saúde Do Trabalhador	94



21.5 Setor De Vigilância Ambiental, Controle De Endemias E Zoonoses.	95
22 – Assistência Ambulatorial E Hospitalar Especializada	95
22.1 Serviço Municipal de Atenção Domiciliar (SAD)	96
22.2 Centro de Especialidade	96
22.3 CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento	97
22.4 Assistência Hospitalar	98
23 – Assistência Farmacêutica	100
23.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica	101
23.2 Determinantes E Condicionantes	102
23.2.1 Aspectos Socioeconômicos	102
23.2.2 Promoção da Saúde	103
24 – Gestão Em Saúde	104
24.1 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	104
24.2 Participação e Controle Social	106
24.3 Regulação e Auditoria	107
25 – Planejamento	108
26 – Financiamento	109
27 – Processo De Monitoramento E Avaliação	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXO: RESOLUÇÃO CMS-PA, Nº 02/2022	125



FIGURAS

PÁGINAS

Figura 1: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde	17
Figura 2: Fluxograma de atendimento na UBS (Saúde Mental)	66
Figura 3: Fluxograma de Atendimento nas UBS (Planejamento Familiar)	78



LISTA DE TABELAS

TABELAS

Páginas

Tabela 1: Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária, Canaã dos Carajás, ano 2020.	18
Tabela 2: Distribuição da população estimada, faixa etária, Canaã do Carajás, ano 2016 - 2020.	18
Tabela 3: Distribuição de indicadores demográficos, Canaã do Carajás, ano 2011-2020.	19
Tabela 4: Percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultas pré-natal de residentes em Canaã dos Carajás, período de 2011-2020.	21
Tabela 5: Taxa de aprovação no Ensino Fundamental por esfera administrativa, Canaã dos Carajás, 2016 a 2020.	23
Tabela 6: Remuneração Média (R\$) total e por sexo do trabalhador formal, região de Carajás 2018.	24
Tabela 7: Taxa de mortalidade geral em residente de Canaã dos Carajás, 2016- 2020	25
Tabela 8: Óbitos segundo de residentes no município de Canaã dos Carajás, por grupo de causas (cap CID10), 2016 a 2020	25
Tabela 9: Nº de óbito infantil segundo localidade: Brasil, Região Norte, Estado, Sudeste paraense, Parauapebas, Região Carajás e Canaã dos Carajás, 2016.	30
Tabela 10: Nº de indicadores de vigilância de programas prioritários, 2016	30
Tabela 11: Internação por residência em Canaã dos Carajás, 2016-2020.	31
Tabela 12: Principais doenças de notificação compulsória, casos confirmados de pacientes residentes em Canaã dos Carajás, período de 2016 a 2020.	32
Tabela 13: Casos de sífilis congênicas confirmados de pacientes residentes em Canaã dos Carajás, quanto a realização de pré-natal período de 2011 a 2021.	33
Tabela 14: Taxa de incidência, mortalidade e taxa de incidência em menores de 5 anos. AIDS, Canaã 2001-2015.	34
Tabela 15 : Taxa de Incidência da Hanseníase em Canaã dos Carajás - 2011 a 2020	36
Tabela 16: Indicadores de Hanseníase em Canaã dos Carajás 2011-2015.	37
Tabela 17: Notificações de agravos/doenças relacionadas ao trabalho no período entre 2012-2016 em Canaã dos Carajás.	42
Tabela 18 - Cobertura vacinal em menores de 1 ano 2011 a 2020 em Canaã dos Carajás.	42
Tabela 19 – Estabelecimentos por tipo e esfera jurídica em dezembro de 2020 em Canaã dos Carajás/PA.	50
Tabela 20: Recursos Humanos por ocupações em geral Nível superior e atendimento SUS/Não SUS, Dez/2021, Canaã dos Carajás/PA	50
Tabela 21 - Recursos Humanos por ocupações em geral Nível Técnico e atendimento SUS/Não SUS, Dez/2021, Canaã dos Carajás/PA.	51
Tabela 22: Recursos Humanos por ocupações em geral Nível Elementar e atendimento SUS/Não SUS, Dez/2021, Canaã dos Carajás/PA.	51
Tabela 23: Classificação do Serviço por esfera jurídica em Dezembro de 2020 em Canaã dos Carajás/PA.	52
Tabela 24 : Classificação do Serviço por esfera jurídica em Dezembro de 2020 em Canaã dos Carajás/PA.	52
Tabela 25: Classificação do Serviço por esfera jurídica em Dezembro de 2020 em Canaã dos Carajás/PA.	53
Tabela 26: Série Histórica de leitos por Leitos/ Mil Habitantes em Canaã dos Carajás, 2010-2020.	54
Tabela 27: Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade, segundo dados do CNES, Canaã dos Carajás, DEZ de 2021.	54
Tabela 28: Relatório quadrimestral de cadastro, Canaã 2021	57
Tabela 29: Resultado de indicadores, Canaã 2021.	59



Tabela 30: Resultado de indicadores da região de Carajás 3º quadrimestre de 2021 e indicador sintético de 2021.	60
Tabela 31: Famílias Atendidas e Valor Total Empregado no Programa Bolsa Família, no Município de Canaã - 2016 a 2020	67
Tabela 32 : Indicadores Semana do bebê ano 2015 e 2016	71
Tabela 33: Crianças de 0 a 9 anos cadastradas no E-SUS, Canaã dos Carajás 2021.	72
Tabela 34: Prevenção e Controle de Câncer de Colo e de Mamas em mulheres com faixa etária de 40 a 69 anos.	76
Tabela 35: Proporção de Mulheres de 25 a 64 anos que Realizaram Exames Citopatológicos do Colo do Útero - 2016 a 2020	77
Tabela 36: Escolas pactuadas x nº de educandos em Canaã PSE para 2021/2022	82
Tabela 37: Escolas pactuadas x nº de educandos em Canaã PSE para 2021/2022	85
Tabela 38: Atividades realizadas no Projeto Ser Criança em Canaã dos Carajás, PA, 2013/2014:	87
Tabela 39: Atividades de formação do grupo de Promotores da Saúde Nova Geração em Canaã dos Carajás, PA, 2014:	87
Tabela 40 : Ações realizadas pelos Promotores da Saúde Nova Geração em Canaã dos Carajás, PA, 2014:	88
Tabela 41: Indicadores de vigilância em saúde ano 2016-2020	90
Tabela 42: Evolução dos procedimentos sujeitos a vigilância sanitária, Canaã 2016-2021	93
Tabela 43: Leitos Hospitalares por especialidade e natureza jurídica em Canaã dos Carajás 2017.	99
Tabela 44: Leitos por especialidade saúde complementar, em Canaã dos Carajás 2017.	99
Tabela 45: Série Histórica de Leitos por estabelecimentos em Canaã dos Carajás, 2007-2015.	100
Tabela 46: Valores de financiamentos da assistência farmacêutica nas três esfera de gestão.	101
Tabela 47: Série histórica de Transferências de recursos de custeio por bloco de financiamento Fundo a Fundo, 2017-2021, Canaã dos Carajás, PA.	111
Tabela 48: Série histórica de Transferências de recursos de Investimento por bloco de financiamento Fundo a Fundo, 2017-2021, Canaã dos Carajás, PA.	112
Tabela 49: Série histórica de Indicadores Municipais, 2013-2016, Canaã dos Carajás, PA.	112
Tabela 50: Diretrizes, Metas, indicadores e Ações Nacional, Estadual e Municipal	113

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos	Páginas
Gráfico 1: Evolução do percentual de nascidos vivos de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, residentes em Canaã dos Carajás, 2011-2020.	20
Gráfico 2: Evolução do percentual de nascidos vivos por parto normal, residentes em Canaã dos Carajás, 2011 a 2020.	21
Gráfico 3: Evolução da mortalidade por causa externa no período 2011-2020 em Canaã dos Carajás.	26
Gráfico 4: Evolução da mortalidade materna no período 2011-2020 em Canaã dos Carajás.	27
Gráfico 5: Nº de óbitos infantis segundo abrangência e ano em Canaã 2011-2020.	28
Gráfico 6: Comparativo Microrregião, Região de Saúde e Município de Nº de óbito infantis segundo abrangência e ano, 2007-2016.	28
Gráfico 7: Nº de óbitos infantis segundo gênero por mês e ano em Canaã 2015-2016.	28
Gráfico 8: Nº de óbitos infantis segundo grupo etário mês e ano em Canaã 2016-2020.	29
Gráfico 9: Nº de óbitos infantis segundo capítulo CID10 em Canaã 2016.	29
Gráfico 10: Taxa de incidência, mortalidade e taxa de incidência em menores de 5 anos. AIDS, Canaã 2002-2015.	35



Gráfico 11: Número de casos de HIV em Tratamento em Canaã dos Carajás, 2008-2016.	35
Gráfico 12: Taxa de Incidência da Hanseníase em Canaã dos Carajás - 2011 a 2020	36
Gráfico 13: Total de pacientes, Percentual de Cura de casos novos, coeficiente de detecção de Hanseníase- Canaã dos Carajás, 2011 a 2015.	37
Gráfico 14: Numero de contatos de MH registrados e percentual de contatos examinados em Canaã dos Carajás 2011-2015.	38
Gráfico 15: Evolução da Taxa de Incidência de Tuberculose 2011-2020.	38
Gráfico 16: Série Histórica das taxas de Incidência e Mortalidade de tuberculose por 100.000 habitantes em Canaã dos Carajás, 2008-2015.	39
Gráfico 17: Percentual de Casos bacilíferos curados e percentual de Casos com teste HIV realizado em Canaã dos Carajás, 2008- 2015.	40
Gráfico 18: Número de casos novos de todas formas de tuberculose e Número de casos novos de tuberculose pulmonar, Canaã dos Carajás, 2012-2015.	40
Gráfico 19: Percentual de cura e abandono de casos novos de tuberculose pulmonares com confirmação laboratorial. Canaã dos Carajás, 2012 a 2015.	41
Gráfico 20: Cobertura vacinal em menores de 1 ano 2011 a 2020 em Canaã dos Carajás.	43
Gráfico 21: Casos De Covid-19 Por Mês Em Canaã Dos Carajás Ano 2020-2022.	46
Gráfico 22: Nº de Óbitos por covid-19 por mês em Canaã dos Carajás 2020-2022.	46
Gráfico 23: Rede assistencial por Tipologia.	48
Gráfico 24: cobertura de Leitos por 1.000 habitantes 2010-2020.	54
Gráfico 25: Evolução de indicadores em Canaã no Período Q1, Q2 e Q3 de 2021.	60
Gráfico 26: Usuários novos cadastrados por quadrimestre no CAPS de Canaã dos Carajás, 2021.	66
Gráfico 27: Evolução do Planejamento Reprodutivo Quadrimestral ano 2021.	79
Gráfico 28: Evolução do Nº de Internações no Hospital Municipal Daniel Gonçalves no período de 2012 – jun. 2017.	100



I – INTRODUÇÃO

O governo refere-se à ação prática, e se ela pretende ser eficaz, o processo de governo e o processo de planejamento devem coincidir, no presente, como um cálculo que precede e preside a ação.

Carlos Matus

Este documento apresenta uma proposta de diretrizes para a gestão da saúde em Canaã dos Carajás no período de 2022 a 2025. A proposta foi desenvolvida com base na descrição do território de saúde da cidade, assim como na análise situacional de saúde de seus moradores e da estrutura, ações, processo de trabalho e políticas de saúde.

O Plano Municipal de Saúde (PMS), documento norteador para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, com vigência para o quadriênio 2022 a 2025, está alinhado ao plano de governo da gestão municipal, políticas de saúde Estadual e Nacional e à Conferência Municipal de Saúde, cujas propostas foram atualizadas na XI Conferência realizada em 15 de outubro de 2021 entre o serviço e controle social. O PMS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), consolidando-se como fundamental instrumento de planejamento.. O Plano Municipal de Saúde 2022-2025 tem como referenciais normativos principais: o Decreto Federal no. 7.508/2011(BRASIL, 2011b), a Lei Complementar no. 141/2012 e a Portaria Ministerial 2.135/2013(BRASIL, 2013b).

É um importante instrumento de gestão, estruturado a partir das diretrizes de saúde aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), as quais expressam as linhas prioritárias de ação a serem seguidas, seus objetivos que expressam a situação almejada e as metas, que expressam um compromisso para alcançar os objetivos. Para isso são elaboradas as ações para o atingimento das metas inseridas na Programação Anual de Saúde (PAS) e discutidos e referendados pelo CMS.

O presente PMS foi elaborado pela equipe técnica representativa das diretorias, consideradas as propostas aprovadas na Conferência Municipal de Saúde pelos segmentos legitimamente representados e dá continuidade ao Plano anterior, de forma que não haja



solução de continuidade, e poderá ser atualizado mediante as necessidades incidentes no perfil epidemiológico, conforme se apresentem durante o período de sua vigência.

Recentemente a Saúde da humanidade apresentou particularidades devido à contaminação pelo novo Coronavírus (Sars-Cov-2), que tomou proporções pandêmicas, conforme declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, devido à gravidade e rápida disseminação geográfica. Em pouco tempo, o Evento de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) chegou ao Brasil e o Ministério da Saúde conferiu ao mesmo a importância de Evento de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e foram acionadas medidas sanitárias urgentes de prevenção e enfrentamento.

Considerando o panorama da Saúde em Canaã dos Carajás, os serviços foram reorganizados para lidar com a situação sem precedentes epidemiológicos quanto à alarmante velocidade de contaminação, sem, contudo, negligenciar as demais demandas de saúde que não deixaram de coexistir. A política municipal de saúde tem procurado fortalecer a Atenção Básica com ampliação de oferta de novos serviços que atendam às necessidades da comunidade, desenvolvidos por equipes multiprofissionais, com foco na excelência e aprimoramento contínuo do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde.

Este Plano apresenta breve análise situacional do município proporcionando informações gerais das condições em que vive a população Canaãense que estão expostos os principais indicadores de morbimortalidade. Na análise em relação à gestão da saúde estão apresentados os instrumentos de Planejamento, Controle e Avaliação, informações sobre o Financiamento da Saúde no município, questões do Trabalho e Educação em Saúde, Logística e Patrimônio, Assistência Farmacêutica, Informações e Informática em Saúde e Participação popular.

A gestão participativa e o controle social são fundamentais nesse contexto, uma vez que permite o planejamento horizontal e ascendente e a garantia de transparência na gestão e desenvolvimento de ações e serviços. Para análise e definição do eixo central foram priorizados dados destacados dentre os indicadores de saúde da população que proporcionou o planejamento de programas e ações nas áreas da gestão da saúde, promoção e assistência a saúde e investimentos em infraestrutura bem como as diretrizes da Política Estadual e Nacional.



O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Canaã dos Carajás, compreendendo o período de execução de 2022-2025, apresenta os direcionamentos da política municipal de saúde com enfoque em áreas que exigem ação imediata do poder público e da sociedade. A seguir são apresentadas as principais necessidades e problemas de saúde da população e do sistema de saúde descritos no referido Plano, evidenciando a direcionalidade das Diretrizes, Objetivos e Metas elencados.

Com 38.103 habitantes (estimativa IBGE,2020), ritmo alto de crescimento populacional, com população predominantemente adulta, economicamente ativa e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal considerado Médio (0,673), a população de Canaã dos Carajás apresenta hábitos e estilo de vida que interferem nos resultados em saúde.

2 – APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Canaã do Carajás foi criado por meio da Lei nº 5.860, de 5 de outubro de 1994, sancionada pelo então governador Carlos José Oliveira Santos, tendo sido desmembrado do município de Parauapebas, com sede na localidade de Canaã do Carajás, que passou à categoria de cidade, com a mesma denominação. Sua instalação aconteceu em 1º de janeiro de 1997, com as posses do prefeito Cimar Gomes da Silva, do vice-prefeito e vereadores eleitos no pleito municipal de 3 de outubro de 1996.

O Município nasceu a partir de um assentamento agrícola. O Projeto de Assentamento Carajás, localizado na região sudeste do Pará, foi implantado a partir de 1982 pelo Grupo Executivo das Terras do Araguaia e Tocantins (GETAT), do Governo Federal. O objetivo era atenuar os conflitos pela posse da terra na região, principalmente na área conhecida como Bico do Papagaio. Ao longo de três anos, 1.551 famílias foram assentadas na área que ficou conhecida como Centro de Desenvolvimento Regional, CEDERE. Até 1985, 816 famílias haviam recebido o título definitivo de terra. Porém, naquele mesmo ano, as atividades de assentamento dos sem-terra terminam e o GETAT foi extinto. Só em outubro de 1994, através da Lei Estadual 5.860, o CEDERE é desmembrado de Parauapebas e vira município - o de Canaã dos Carajás.



Seu nome tem origem bíblica e significa "Terra Prometida". A escolha é resultado da grande quantidade de evangélicos que moram na cidade. Canaã dos Carajás tem uma formação basicamente agrícola e sua economia gira em torno da cultura do arroz, milho e feijão. A agricultura é tão forte em Canaã que é comum ver nos núcleos urbanos do município a presença de pequenos roçados, hortas caseiras e escolares, destinados tanto ao consumo local, como também à merenda escolar. Mas a população também tira da pecuária o seu sustento. Essa atividade vem crescendo na região, tanto para o grande como pequeno produtor.

O rebanho vai quase todo para o corte e, em menor volume, para a produção de leite. A indústria madeireira também é expressiva na região, rica em certas espécies, como o mogno. Sem falar do comércio, que proporciona aos produtores a negociação de seus produtos. Como a cidade ainda é muito recente, o setor de turismo é pouco explorado, mas pode contar com as belezas naturais como a sua maior atração.

Limita-se ao norte com o Município de Parauapebas, a leste com Curionópolis e Sapucaia, ao Sul com Agua Azul do Norte e a Oeste com Parauapebas.

A partir de Canaã dos Carajás o acesso a capital do Estado é possível através da rodovia PA 160 até Parauapebas em seguida a PA 275 até a cidade de Marabá e seguindo pela PA 160 até Goianésia do Pará, a partir deste ponto através da PA 475, chega-se a Belém.

A população municipal é de 38.103 habitantes (estimativa do IBGE para 2020). Destes, 97,4% concentram-se na área urbana. Ocupa uma area de 3. 146.821 km2 (IBGE, 2020).

Nos cinco primeiros anos da década em curso há que se destacar pelo menos dois importantes fatos que contribuíram para um novo e expressivo aumento populacional de Canaã: 1) Início da implantação das estruturas de apoio do Projeto S11D; 2) Obras de implantação propriamente dita do Projeto S11D. A consequência imediata dessas ocorrências é o aparecimento, em 2014, de um novo ciclo de investimentos em infraestrutura urbana, desta vez sob o apoio do Projeto S11D, e não mais do Projeto Sossego.

Por conta desses novos e grandiosos investimentos, entre os anos de 2011 e 2015, não é difícil escutar por meio de diversos órgãos públicos e privados em âmbito local, que a população atual de Canaã dos Carajás beira aos 60.000 habitantes. É quase certo que a divulgação do



documento “Relatório Final do Apoio ao Processo de Territorialização da Atenção Básica e VII Seminário do Projeto de Atenção à Saúde Básica – PASBA de Canaã dos Carajás” teve influência nesse pensamento quase que unânime nesta cidade. Esse relatório oficial resulta de um levantamento realizado em 2014 pela Secretaria Municipal de Saúde de Canaã dos Carajás – SEMSA, mais especificamente pelo conjunto de seus Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Agentes de Combate a Endemias – ACE, sob a metodologia criada pela empresa Diagonal.

O estudo foi realizado por meio de visitas a domicílios na área urbana e rural, que resultou na quantificação de 52.862 habitantes, sendo 45.737 (86,5%) em área urbana e 7.125 (13,5%) na zona rural.

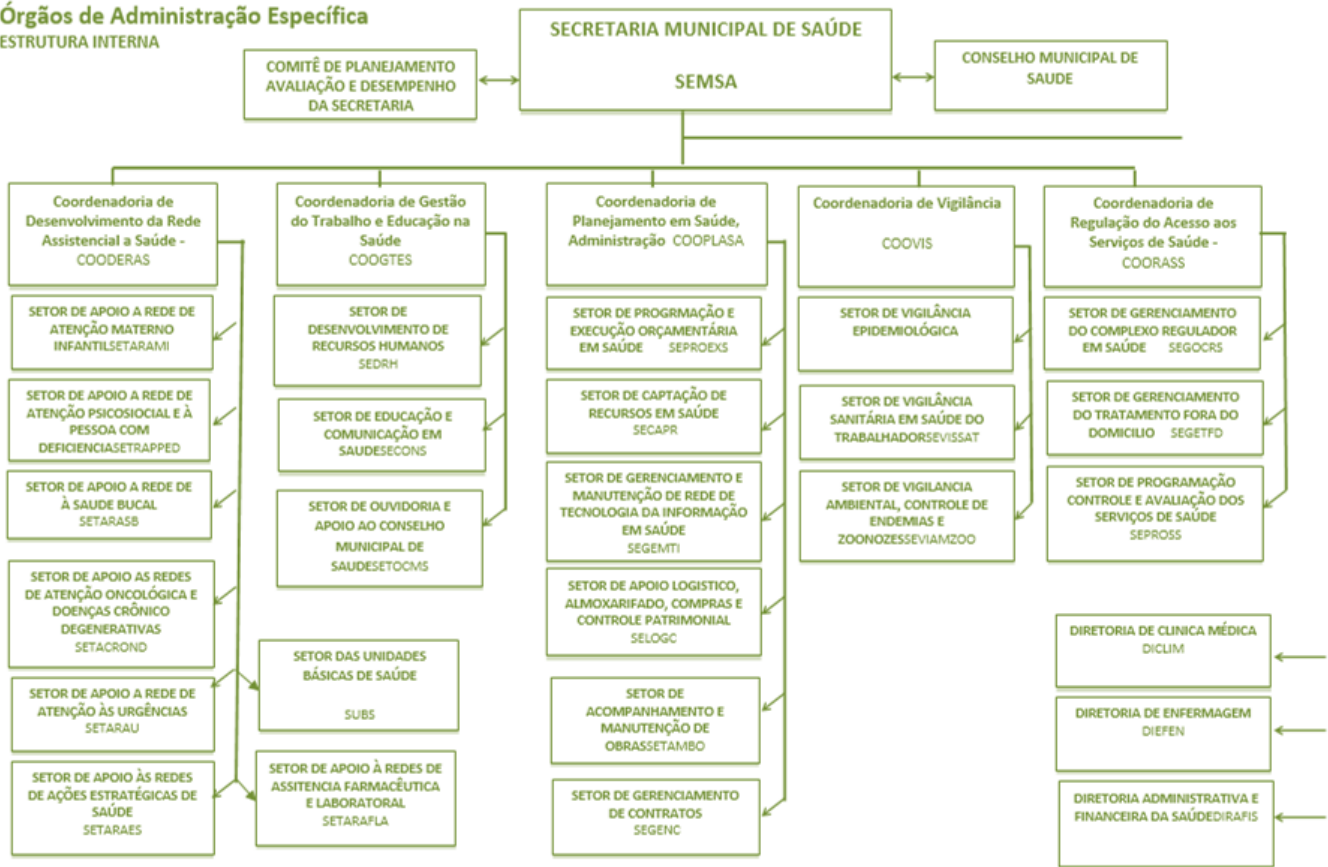
2.1 ORGANIZAÇÃO E ESTUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A secretaria Municipal de Saúde é constituída das seguintes unidade organizacionais: Coordenadoria de Desenvolvimento da Rede Assistencial a Saúde – COODRAS, Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – COOGTES, Coordenadoria de Planejamento em Saúde, Administração e Finanças – COOPLASAF, Coordenadoria de Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde – COORASS, Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COOVIS e Hospital Municipal. Entre a unidades organizacionais estão distribuídas 3 diretorias e 23 setores, além do comitê Gestor, da ouvidoria do sus e conselho Municipal de Saúde.

Figura 1: Organograma da Secretária Municipal de Saúde



Anexo II – Lei Nº 624/2014
Órgãos de Administração Específica
ESTRUTURA INTERNA



3- ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

3.1.1 Condições Geográficas, Demográficas e Socioeconômicas

3.2 PANORAMA DEMOGRÁFICO

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



Em 2020, o município de Canaã dos Carajás alcançou uma população estimada de 38.103 habitantes (IBGE). O Município é altamente urbanizado, com taxa de urbanização próxima a 90% e densidade demográfica de 8,49 hab./km² (IBGE/2010).

Ao analisar a estimativa demográfica de Canaã dos Carajás, por sexo e faixa etária, obtém-se que o Município é composto predominantemente por população jovem, sendo a faixa etária mais numerosa a que compreende 20 a 29 anos, seguida pela faixa etária de 30 e 39 e a população idosa representada no grupo menos numeroso (Tabela 1).

Tabela 1 : Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária, Canaã do Carajás, ano 2020.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0 a 4 anos	1.872	1.789	3.661
5 a 9 anos	1.844	1.818	3.662
10 a 14 anos	1.903	1.923	3.826
15 a 19 anos	1.776	2.007	3.783
20 a 29 anos	3.440	4.197	7.637
30 a 39 anos	3.209	3.644	6.853
40 a 49 anos	2.344	2.266	4.610
50 a 59 anos	1.238	1.095	2.333
60 a 69 anos	535	562	1.097
70 a 79 anos	247	240	487
80 anos e mais	75	79	154
TOTAL	18.483	19.620	38.103

Fonte: - 2000 a 2020 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

Tabela 2 : Distribuição da população estimada, faixa etária, Canaã do Carajás, ano 2016 - 2020.

FAIXA ETÁRIA	2016	2017	2018	2019	2020
0 a 4 anos	3.372	3.428	3.515	3.591	3.661
5 a 9 anos	3.540	3.552	3.563	3.595	3.662
10 a 14 anos	3.442	3.552	3.661	3.755	3.826
15 a 19 anos	3.544	3.607	3.663	3.725	3.783
20 a 29 anos	6.718	6.952	7.190	7.420	7.637
30 a 39 anos	6.056	6.271	6.481	6.673	6.853
40 a 49 anos	3.784	3.984	4.190	4.398	4.610
50 a 59 anos	2.002	2.080	2.163	2.247	2.333
60 a 69 anos	950	987	1.023	1.060	1.097
70 a 79 anos	438	449	460	473	487
80 anos e mais	129	135	141	148	154
TOTAL	33.975	34.997	36.050	37.085	38.103



Tabela 3: Distribuição de indicadores demográficos, Canaã do Carajás, ano 2011-2020.

INDICADORES	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razão de Sexos	104,7	103,8	103,0	101,9	100,9	97,4	96,5	95,7	94,9	94,2
Proporção de Idosos	3,,96	3,89	3,82	3,84	3,8	4,47	4,49	4,50	4,53	4,56
Índice de Envelhecimento	11,81	11,71	11,65	11,76	11,70	14,65	14,92	15,12	15,36	15,59
Razão de Dependência	59,85	59,02	57,88	57,54	57,01	53,71	52,87	52,19	51,60	51,11
Taxa de Fecundidade Total	0,526	0,584	0,604	0,677	0,779	3,84	3,36	3,22	2,98	
Taxa de natalidade	26,35	30,07	30,71	34,73	39,61	39,59	34,25	34,17	31,66	31,81

3.3 Natalidade

A taxa de natalidade expressa a intensidade com a qual a natalidade atua sobre uma determinada população. É influenciada pela estrutura da população, quanto à idade e ao sexo. Em geral, taxas elevadas estão associadas a condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população. Observa-se que houve um crescimento no período de 2011 a 2016. A partir do ano 2017 houve uma redução no número de crianças nascidas vivas, geradas por mulheres residentes em Canaã dos Carajás

3.4 Índice de Envelhecimento

O envelhecimento populacional (ou envelhecimento demográfico) é um processo que pode ser decorrente da redução da taxa de fecundidade e da redução da taxa de mortalidade, especialmente das idades mais avançadas, resultando em mudanças na estrutura etária social (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Entre 2000 e 2020, o Brasil e o Estado do Pará apresentaram uma série crescente para o índice de envelhecimento. Esses resultados mostram um aumento da participação de idosos (os) nas diversas instâncias e serviços da sociedade, com repercussões inclusive, para a Previdência Social (IBGE, 2021; FAPESPA Demografia, 2020). Segundo estimativa 2020 em Canaã a população idosa representa pouco mais de 4% de habitantes.

3.5 Características dos nascidos vivos, residentes em Canaã dos Carajás, 2020

No ano de 2020 foram registrados no Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC), 1.330 nascidos vivos (NV) de mães residentes em Canaã dos Carajás. Do total, 18,15% foram de mulheres com idade inferior a 19 anos.



Gráfico 1: Evolução do Percentual de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes na Faixa Etária de 10 a 19 Anos, residentes em Canaã dos Carajás, 2011-2020.



O indicador proporção de partos normais mede a ocorrência de partos normais em relação ao total de partos realizados. São dados do SINASC, portanto, estão somados tanto os partos pagos pelo SUS como os pagos pelos planos privados de saúde ou pelo desembolso direto. O parto normal está relacionado a menores taxas de complicações do parto e do recém-nascido.

O indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, acima do padrão de 15% definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pode refletir um acompanhamento inadequado do pré-natal e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. Em geral, entre 70 e 80% de todas as gestantes podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto (OMS, 1996). Segundo os parâmetros internacionais, a necessidade de cesarianas é de 15 a 25% dos partos. Observamos no gráfico 10 que em Canaã dos Carajás acontece o inverso do preconizado pela OMS, 69,70% dos nascimentos foi por cesariana e 30,30% por parto normal em 2020.



Gráfico 2: Evolução do Percentual de Nascidos Vivos por parto Normal, residentes em Canaã dos Carajás, 2011-2020.



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

Conforme tabela abaixo, comparando os anos 2011 e 2020 podemos verificar um aumento no percentual de gestantes apresentaram 7 e + consultas de pré-natal. Em 2011 tivemos 41,57%, já em 2020, esse percentual aumentou para 70,10% das Gestantes.

Tabela 4 - Percentual de Nascidos Vivos com 7 ou mais consultas pré-natal de residentes em Canaã dos Carajás, período de 2011-2020.

Consulta pré-natal	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
7 ou mais consultas	41,57	38,05	38,36	47,50	49,77	56,09	53,73	53,33	64,99	70,1

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2020*

3.6 PANORAMA SOCIOECONÔMICO

3.6.1 Resultado de IDSUS Municipal

O IDSUS classificou os municípios por grupos homogêneos a partir da avaliação de três índices: o Índice de Desenvolvimento Sócio Econômico (IDSE); o Índice de Condições de Saúde



(ICE) e o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM). O Município de Canaã dos Carajás apresentou o resultado de 4 a 4,9 e encontra-se no grupo 5 com IDSE médio, ICE médio e sem estrutura MAC. Foram utilizados como referência na avaliação os anos de 2008 a 2011.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Canaã dos Carajás foi de 0,673 em 2010 e o Município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,700 e 0,799). O Município encontra-se em 6º lugar no ranking Estadual.

A série histórica do IDH e seus componentes em Canaã dos Carajás mostra que entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,346), seguida por Longevidade e por Renda. Em relação ao IDH Municipal de acordo senso 2010, Canaã dos Carajás encontra-se na 10º posição dentro do Estado, comparando ao Brasil fica na 2783º.

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 48,65% em 2000 para 58,89% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação, ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada passou de 5,14% em 2000 para 8,91% em 2010.

Em relação ao Saneamento Básico o percentual de domicílios atendidos pela rede de abastecimento de água é de 30.81%. A coleta de lixo abrange 75,09% da população.

Apresenta 35.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 42.4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 3.7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 17 de 144, 52 de 144 e 52 de 144, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 2877 de 5570, 4419 de 5570 e 3719 de 5570, respectivamente

Em 2019, o salário médio mensal era de 3 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 79.9%. Na comparação com os outros municípios



do estado, ocupava as posições 1 de 144 e 1 de 144, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 16 de 5570 e 7 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 40.5% da população nessas condições, o que o colocava na posição 135 de 144 dentre as cidades do estado e na posição 2674 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Em relação a Educação, no ano de 2019, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.1 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.2. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 16 de 144. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 15 de 144. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97.8 em 2010. Isso posicionava o município na posição 12 de 144 dentre as cidades do estado e na posição 2411 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Tabela 5: Taxa de Aprovação no Ensino Fundamental por esfera administrativa, Canaã - 2016 a 2020

ANO	Municipal	Privada	Aprovação Total
2016	88,1	98,3	89,4
2017	88,3	99,3	89,9
2018	85,0	98,2	87,3
2019	89,0	97,5	90,5
2020	99,9	99,2	99,8

Fonte: INEP

Avaliando dados econômicos de 2014, Canaã dos Carajás tinha um PIB per capita de R\$ 86.601. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 1 de 144. Já na comparação com cidades do Brasil todo, sua colocação era de 57 de 5570. Em 2015, tinha 43.9% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação às outras



idades do estado, estava na posição 80 de 144 e, quando comparado a cidades do Brasil todo, ficava em 4971 de 5570. Já em 2018 apresentou R\$197,138

Tabela 6 : Remuneração Média (R\$) total e por sexo do trabalhador formal-Região de Carajás 2018

Estado/Município	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
Pará	2.634,39	2.633,37	2.635,86
RI Carajás	2.154,69	2.183,00	2.062,69
Bom Jesus do Tocantins	1.840,21	1.764,14	1.974,07
Brejo Grande do Araguaia	1.603,73	1.541,18	1.682,62
Canaã dos Carajás	3.393,77	3.788,18	2.568,01
Curionópolis	2.709,62	2.887,49	2.218,12
Eldorado do Carajás	1.907,36	1.851,80	1.964,60
Marabá	2.432,87	2.584,37	2.204,40
Palestina do Pará	1.875,12	1.746,93	2.046,49
Parauapebas	2.969,43	3.094,52	2.720,38
Piçarra	1.596,48	1.574,71	1.639,74
São Domingos do Araguaia	1.720,99	1.705,58	1.736,67
São Geraldo do Araguaia	1.827,79	1.771,53	1.911,53
São João do Araguaia	1.978,88	1.885,62	2.085,64

Fonte: TEM-RAIS
Elaboração : FAPESPA

4- PERFIL DE MORBI-MORTALIDADE

O perfil epidemiológico de morbimortalidade é dinâmico, considerado um indicador sensível às condições de vida e ao modelo de desenvolvimento da população, determinado pelo resultado da interação de variáveis interdependentes, como fatores de desenvolvimento econômico, ambientais, socioculturais, demográficos e históricos, e resultante da urbanização, das tecnologias e da melhoria das condições de vida, impactando no declínio da mortalidade (CANAÃ DOS CARAJÁS, 2020)

4.1 - Mortalidade Geral:

Em 2020 foram registrados 238 óbitos de residentes de Canaã dos Carajás, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (dados parciais e preliminares, sujeitos a alterações). Em relação a 2019, houve um aumento de 24,36%, provavelmente em decorrência dos óbitos por COVID-19, morbidade inexistente como causa de óbito até então na 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Em estudo preliminar realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), sobre o excesso de óbitos ocorridos em 2020 no Brasil e nos estados, em



relação ao período de 2015 a 2019, demonstrou-se que no Brasil houve excesso de mortalidade proporcional na ordem de 24% (excesso de 234.778 óbitos); na região norte o excesso de mortalidade proporcional foi da ordem de 42% (excesso de 32.405 óbitos) e para o estado do Pará o excesso de mortalidade proporcional foi na ordem de 38 %, excesso de 13.817 óbitos, conforme informado no *link* <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/> (atualizado até 01/10/2021).

A taxa de Mortalidade Geral, que expressa o número de óbitos para cada grupo de 1.000 habitantes, foi de 6,27/1000 habitantes de residentes de Canaã dos Carajás (dados preliminares), apresentado na tabela 4.

Tabela 7 – Taxa de mortalidade geral em residentes de Canaã dos Carajás, 2016-2020

Ano	2016	2017	2018	2019	2020
Taxa de mortalidade geral	5,48	5,47	4,38	4,85	6,27

Em 2020 ocorreu uma mudança no perfil de mortalidade com a emergência da doenças infecciosas e parasitárias, ocupando a 1ª posição em função da COVID 19. O Município apresentou 238 óbitos. Conforme tabela abaixo verificamos que maior índice de mortalidade são as doenças infecciosas e parasitárias 24,36%, seguido das causas externas apresentando um percentual de 21,84%. Dentre essas causas as principais são as por Agressão com 53,84%, seguidas das por Acidente com 40,38% do total dos óbitos por causas externas. Vale ressaltar que dentre as principais causas de agressão encontram-se as por arma de fogo que representaram 42,85% das mortes por agressão em 2020*. O sexo masculino representa 90,56% do total dos óbitos por causas externas. Como terceira causa básica de mortalidade temos as doenças do aparelho circulatório com 15,12% do total de óbitos.

Tabela 8 - Óbitos segundo de residentes no município de Canaã dos Carajás, por grupos de causas (Cap CID10), 2016 a 2020*.

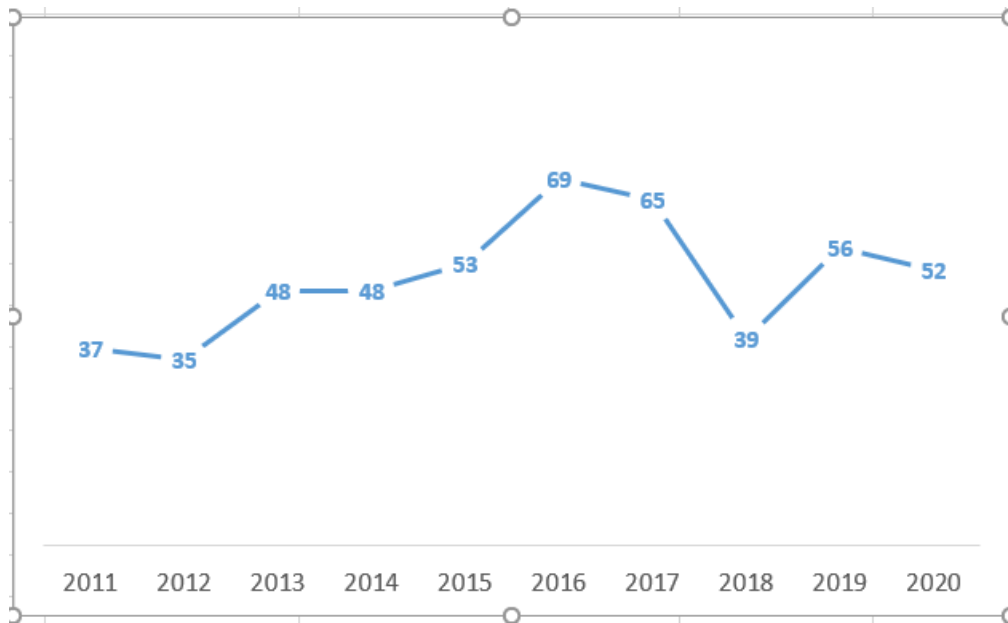
Capítulo CID 10	2016	2017	2018	2019	2020*	TOTAL
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	8	8	8	58	87
II. Neoplasias (tumores)	18	15	18	15	20	86
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	3	-	-	-	3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7	7	7	8	10	39
VI. Doenças do sistema nervoso	2	2	1	1	2	10
IX. Doenças do aparelho circulatório	23	40	28	40	36	203
X. Doenças do aparelho respiratório	9	16	13	14	17	86
XI. Doenças do aparelho digestivo	7	7	8	4	7	33
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	1	-	1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	2	-	1	-	3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4	1	7	3	3	18
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	1	2	-	3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	22	12	12	11	9	66
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	3	3	1	-	13



XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	19	16	13	15	24	87
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	69	65	39	56	52	281
TOTAL	191	197	158	180	238	

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM 2020* dados preliminares.

Gráfico 3: Evolução da mortalidade por causa externa no período 2011-2020 em Canaã dos Carajás.



4.2 Mortalidade Materna:

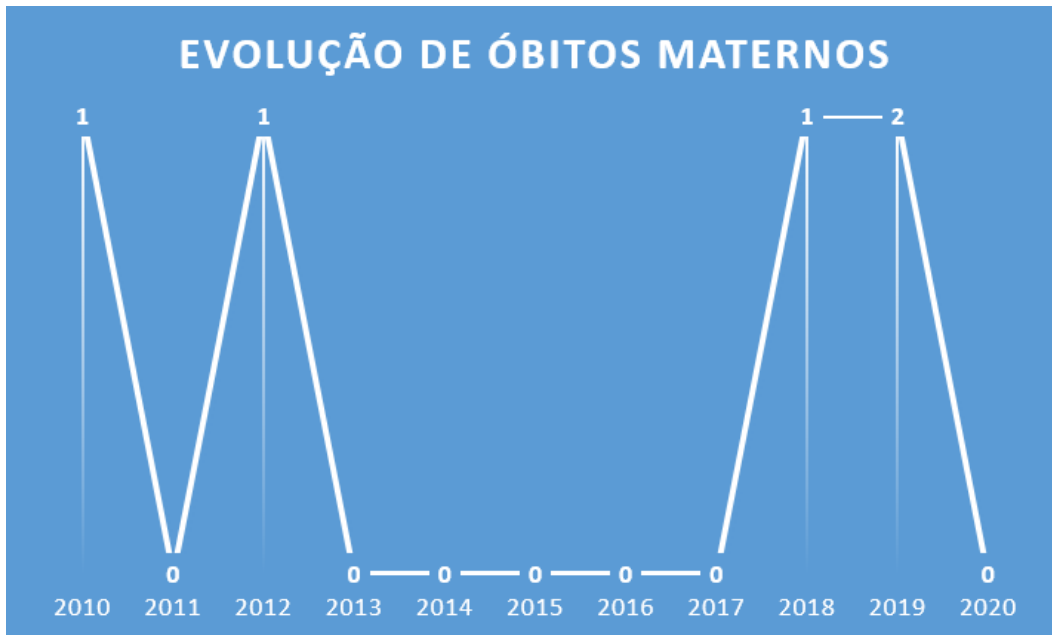
A taxa de mortalidade materna é um indicador, assim como a mortalidade infantil, que deve apresentar sempre taxas menores em relação aos anos anteriores. Esse dado é um aspecto de fundamental importância para avaliar a qualidade de vida, pois, por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada. Pois o aumento dele aponta para uma fragilidade socioeconômica e na assistência à saúde, Indicador que levou o Município a ocupar, em 2014 a 54^o posição no ranking Estadual e a 1528^o no Nacional.

Foi observado um crescimento dos óbitos maternos em 2019, o que elevou o Coeficiente de Mortalidade Materna do biênio em relação a períodos anteriores, ao se comparar os últimos cinco anos com ocorrência 0 (zero) triênio inicial (2010-2013) ao último triênio de análise (2018-



2020). A taxa de mortalidade materna do biênio 2018/2019 foi de 170,36/100.000 nascidos vivos (NV), sendo 1 óbito em 2018 e 2 óbitos em 2019.

Gráfico 4: Evolução da mortalidade materna no período 2011-2020 em Canaã dos Carajás.



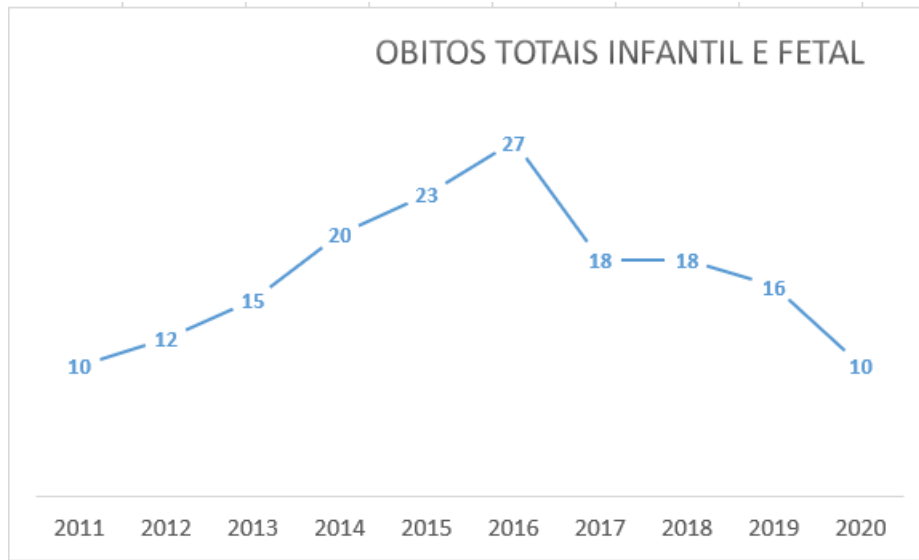
4.3 Mortalidade Infantil

As taxas de óbitos infantis - menores de 1 ano estão dentro da tendência nacional (Com relação às taxas para mortalidade neonatal (óbitos de crianças menores de 28 dias de idade) e pós-neonatal (compreende os óbitos ocorridos no período que vai do 28º dia até o 12º mês, antes da criança completar 1 ano de idade, ROUQUAYROL et al, 2003), observa-se na mortalidade infantil o componente neonatal é o responsável pelo maior número de óbitos.

Do total de óbitos de crianças menores de 1 ano em 2020, as afecções originadas no período perinatal (Capítulo XVI da CID 10) foram responsáveis por 90 % dos óbitos (9 óbitos, 90%). As doenças do aparelho digestivos foram responsáveis por 10% dos óbitos.



Gráfico 5: Nº de óbitos infantis segundo abrangência e ano em Canaã dos arajás 2011-2020*.



Fonte: datasus/tabnet/maio 2020* preliminares

Gráfico 6: Comparativo Microrregião, Região de Saúde e Município de Nº de óbitos infantis segundo abrangência e ano, 2007 - 2016

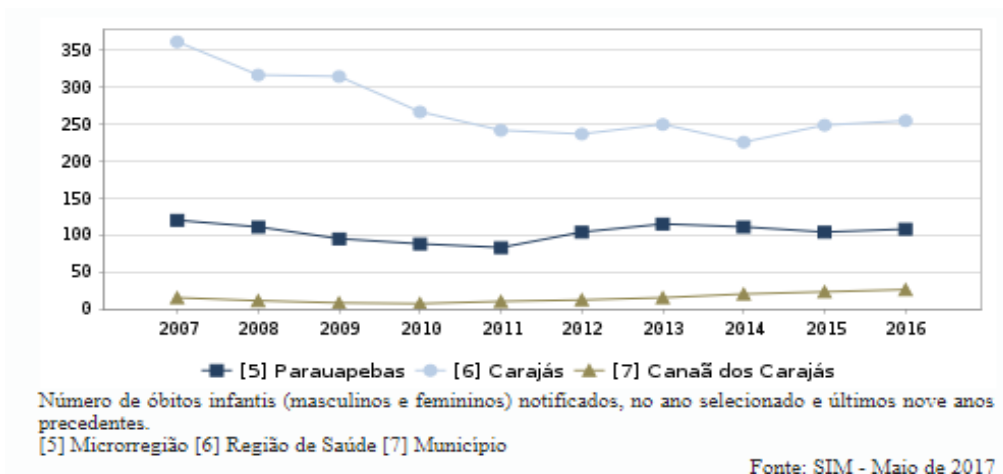
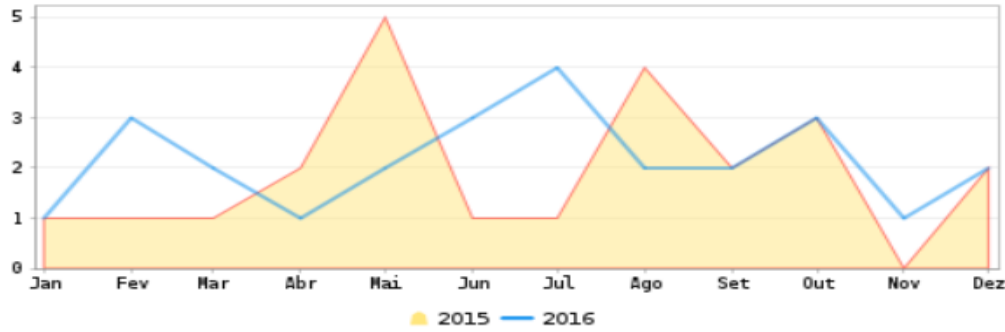


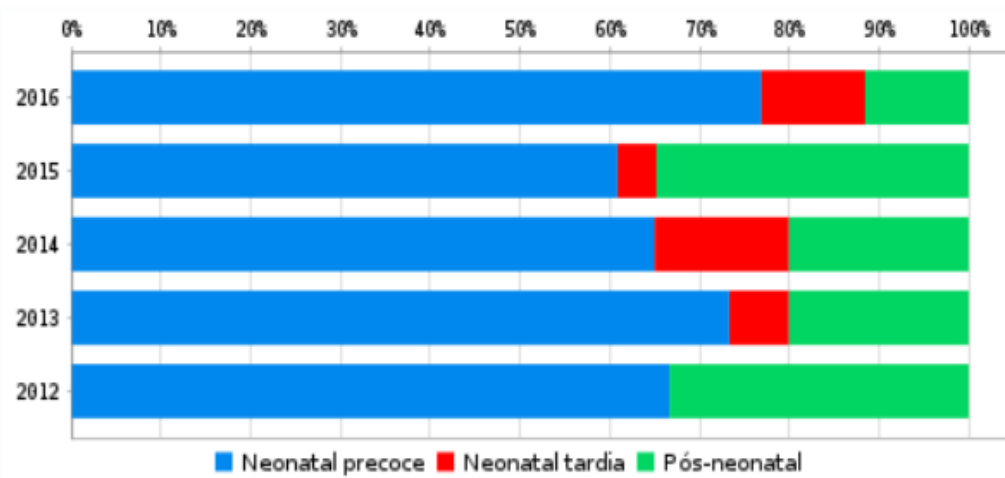
Gráfico 7: Nº de óbitos infantis segundo gênero por mês e ano em Canaã 2015-2016.



Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, por mês de ocorrência no ano selecionado e no último ano precedente.

Fonte: SIM - Maio de 2017

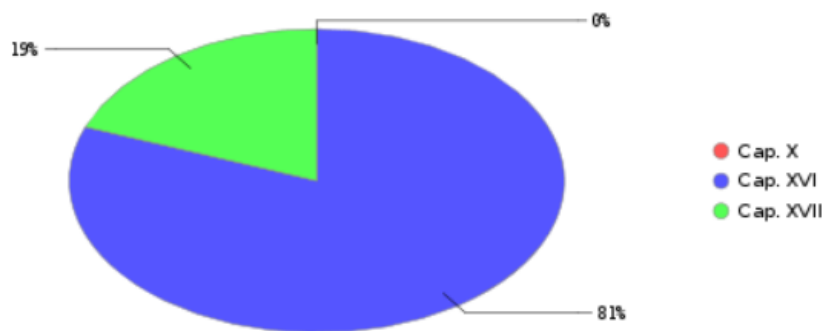
Gráfico 8: Nº de óbitos infantis segundo grupo etário mês e ano em Canaã 2016-2020.



Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado e últimos quatro anos precedentes, segundo grupo etário.

Fonte: SIM - Maio de 2017

Gráfico 9: Nº de óbitos infantis segundo capítulo CID 10 em Canaã 2016.



Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado, segundo capítulo da CID10.

Fonte: SIM - Maio de 2017



Tabela 9: Nº de óbito infantis segundo localidade : Brasil, Região Norte, Estado, Sudeste Paraense, Parauapebas, Região Carajás e Canaã dos Carajás, 2016.

Localidades	Brasil	Reg. Norte	Estdo	Sudeste Paraense	Parauapebas	Região Carajás	Canaã dos Carajás
Nº de óbitos	35.619	4.611	2.109	487	108	255	26

Tabela 10: Nº de indicadores de Vigilância de programas prioritários, 2016

Indicador	Município	Região de Saúde	Estado
Todas as causas de mortalidade infantil e fetal	26	255	2109
Reduzível por adequada atenção á mulher na gestação(mortalidade Infantil e fetal)	8	63	468
Reduzível por adequada atenção á mulher no parto (mortalidade Infantil e fetal)	2	29	275
Reduzível por adequada atenção ao feto e recém nascido (mortalidade Infantil e fetal)	11	63	501
Reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado (mortalidade infantil e fetal)	0	8	179
Reduzíveis por ações de Saúde vinculadas as ações de atenção (mortalidade infantil e fetal)	0	10	97
Causa de morte mal definida (mortalidade infantil e fetal)	0	9	85
MIF totais (mortalidade materna)	9	263	2.487
MIF com causa presumível (mortalidade materna)	1	62	518
Maternos declarados totais (Mortalidade Materna)	0	8	83

Fonte: dtasus/tabnet 2017.

4.4 Taxa de Morbidade

4.4.1 Principais causas específicas de Internação

A análise do perfil de morbidade das internações em Canaã dos Carajás, no ano 2016, apontou que ocorreram 2171 internações de residentes do município. Os cinco primeiros grupos que registraram os maiores coeficientes de morbidade nas internações, em 2016, segundo a CID 10, foram: Gravidez, Parto e Puerpério, Lesões envenenamento e alg out conseq causas externas, Doenças do aparelho digestivo, Doenças do aparelho geniturinário, Doenças do aparelho respiratório. Esses valores que podem ser observados na Tabela Abaixo.



Tabela 11: Internação por residência em Canaã dos Carajás 2016-2020

Capítulo CID-10	2016	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	90	112	104	127	292
II. Neoplasias (tumores)	43	54	79	79	59
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	12	23	25	32	13
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	26	38	15	29	40
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	7	8	9	10
VI. Doenças do sistema nervoso	21	14	17	24	18
VII. Doenças do olho e anexos	6	4	10	5	5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	1	3	3	3
IX. Doenças do aparelho circulatório	86	115	89	81	123
X. Doenças do aparelho respiratório	112	131	111	120	156
XI. Doenças do aparelho digestivo	247	164	177	242	212
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	31	31	36	42	46
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	23	19	23	28	19
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	116	115	89	172	137
XV. Gravidez parto e puerpério	992	982	810	765	836
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	20	19	21	27	17
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	8	19	17	25	10
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	15	10	14	26	19
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	270	286	283	300	313
XXI. Contatos com serviços de saúde	47	83	102	169	136
Total	2171	2227	2033	2305	2464

A faixa etária onde se observou maior frequência de internações foram entre indivíduos com 15 a 49 anos decorrentes principalmente de Gravidez parto e puerpério. Merecem destaque também, as internações por consequência das causas externas (homicídios e acidentes, principalmente), segunda maior causa de internações, principalmente quando considerada a faixa etária dos indivíduos, de 15 a 49 anos de idade. Entre indivíduos de 60 anos e mais aparece como principal causa de internação as doenças do aparelho digestivo.

4.4.2 – Principais Doenças de Notificação Compulsória

As Doenças de Notificação Compulsória (DNCs) são assim designadas por constarem na Lista de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, em âmbito mundial, nacional,



estadual e municipal. São doenças cuja gravidade, magnitude, transcendência, capacidade de disseminação do agente causador e potencial de causar surtos e epidemias exigem medidas eficazes para sua prevenção e controle.

O registro das doenças e/ou agravos deve ser feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção das medidas de intervenção pertinentes. Estudos prévios, descrevem que tanto os profissionais, quanto os estudantes dos cursos de graduação da área de saúde, bem como a comunidade participativa, tem demonstrado pouco conhecimento acerca das DNCs o que pode prejudicar as investigações do Ministério da Saúde e prejudicar o controle destas doenças.

Quanto às doenças de notificação compulsória destaca-se a a variação do número de casos de dengue, quando comparado aos anos anteriores, passando de 113 casos no ano de 2011, caindo para 46 no ano de 2014 e se elevando novamente no ano de 2015 para 200 casos. Na Tabela abaixo observamos que as doenças de notificação compulsória que se apresentam com maior número de casos, no ano 2012 são: dengue, acidente anti-rábico e hepatite B. Vale destacar o aumento considerável dos casos de Sífilis Congênita nos anos de 2014 e 2015. Todos os casos suspeitos das doenças de notificação compulsória são investigados e na sua maioria são descartados, isso é muito importante para que possamos estar seguros da não ocorrência ou do pequeno número de casos confirmados de algumas delas.

Os aumentos nos últimos anos de algumas doenças podem ser explicados pelo aumento real do número dos casos ou pelo aumento da notificação, devido a melhora do sistema de vigilância. Das doenças transmitidas por vetores, a Dengue é a que apresenta atualmente maior risco de epidemia, por isso o trabalho de eliminação de criadouros do mosquito transmissor é de fundamental importância.

Tabela 12 – Principais doenças de notificação compulsória, casos confirmados de pacientes residentes em Canaã dos Carajás, período de 2016 a 2021.

DOENÇAS	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Acidente de trabalho com exposição mat. Biológico	15	12	5	8	16	15
Acidente de trabalho grave	0	0	0	2	0	0
Acidente por animais peçonhentos	11	6	6	5	14	10
AIDS	30	11	51	43	20	28
Atendimento antirrábico	237	176	143	171	162	175
Chikungunya	15	200	6	11	4	2
Coqueluche	0	0	0	0	0	0



Criança exposta ao HIV	8	2	10	1	4	5
Dengue	268	45	61	355	18	103
Doenças exantemáticas	0	0	0	0	15	2
Doença de Chagas	1	2	1	1	1	1
Febre amarela	0	0	0	2	0	0
Febre maculosa	0	1	0	0	1	0
FEBRE TIFOIDE	1	0	0	0	0	1
Gestantes HIV +	5	6	2	2	2	6
Hanseníase	61	42	37	47	34	31
Hantavírose	0	0	0	0	0	0
Hepatites virais	18	16	13	10	18	16
Intoxicações exógenas	1	0	2	8	7	3
Leishmaniose Tegumentar Americana	8	14	11	16	25	14
Leishmaniose visceral	6	15	95	52	33	43
Leptospirose	0	2	1	1	1	4
Malária	49	23	23	28	2	16
Meningite	2	3	1	1	2	1
Pneumoconiose	0	0	0	0	0	0
Rotavírus	5	0	5	0	0	0
Sífilis adquirida	3	22	9	5	13	29
Sífilis congênita	4	3	0	3	8	7
Sífilis em gestante	27	14	16	14	14	30
Síndrome do corrimento uretral masculino	0	0	0	1	0	0
Síndrome do corrimento cervical em Mulheres	170	122	112	115	91	186
Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	0	0	0	0	4	0
Toxoplasmose	1	1	1	0	2	2
Toxoplasmose adquirida na gestação	0	0	0	1	12	23
Toxoplasmose congênita	0	0	0	1	0	0
Tuberculose	24	18	9	21	21	34
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	48	11	14	12	29	46
Zica vírus	37	40	3	2	0	0
CAXUMBA	0	0	0	0	2	0
VARICELA SEM COMPLICAÇÕES	2	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN

Tabela 13 – Casos de sífilis congênitas confirmados de pacientes residentes em Canaã dos Carajás, quanto a realização de pré-natal período de 2011 a 2021.

Realizou Pré-Natal	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2020	2021
Ign/Branco	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Sim	1	-	1	11	8	1	2	6	5
Não	-	1	-	-	-	1	-	-	-
Total	1	1	1	12	8	2	2	6	5

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net



O HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Ter o HIV não é a mesma coisa que ter a AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas, podem transmitir o vírus a outros pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação. Por isso, é sempre importante fazer o teste e se proteger em todas as situações.

O Ministério da Saúde amplia a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública e inclui a infecção pelo vírus da Aids com a publicação da Portaria 1271 de 06 de junho de 2014, passando a ser obrigatório notificar os casos de infecção por HIV. A obrigatoriedade era restrita aos casos de infecção em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do vírus, ou, para os outros casos, após a confirmação do diagnóstico.

A notificação da infecção pelo HIV segue os mesmos critérios de sigilo definidos na Lei de Acesso à Informação (12.527/2011). Os profissionais de saúde têm que notificar todos os casos de AIDS em adultos e crianças, mesmo que tenham sido comunicados anteriormente como infecção pelo HIV. Precisam ser notificados os portadores por HIV e também as pessoas que vivem com AIDS. Quem está em acompanhamento clínico-laboratorial e foi diagnosticado em data anterior à publicação da Portaria será notificado à medida que comparecer à rede de serviços de saúde. Os laboratórios da rede privada devem informar, periodicamente, a Vigilância Epidemiológica todos os casos diagnosticados de infecção pelo HIV.

Tabela 14: Taxa de incidência, mortalidade e taxa de incidência em menores de 5 anos. AIDS, Canaã 2002-2015.

Ano	Taxa de incidência	Taxa de mortalidade	Taxa de incidência em menores de 5 anos
2011	21.48	10.74	0.00
2012	17.18	3.43	0.00
2013	12.87	3.21	0.00
2014	52.52	3.08	0.00
2015	47.57	8.92	0.00



Gráfico 10: Taxa de incidência, mortalidade e taxa de incidência em menores de 5 anos. AIDS, Canaã 2002-2015.

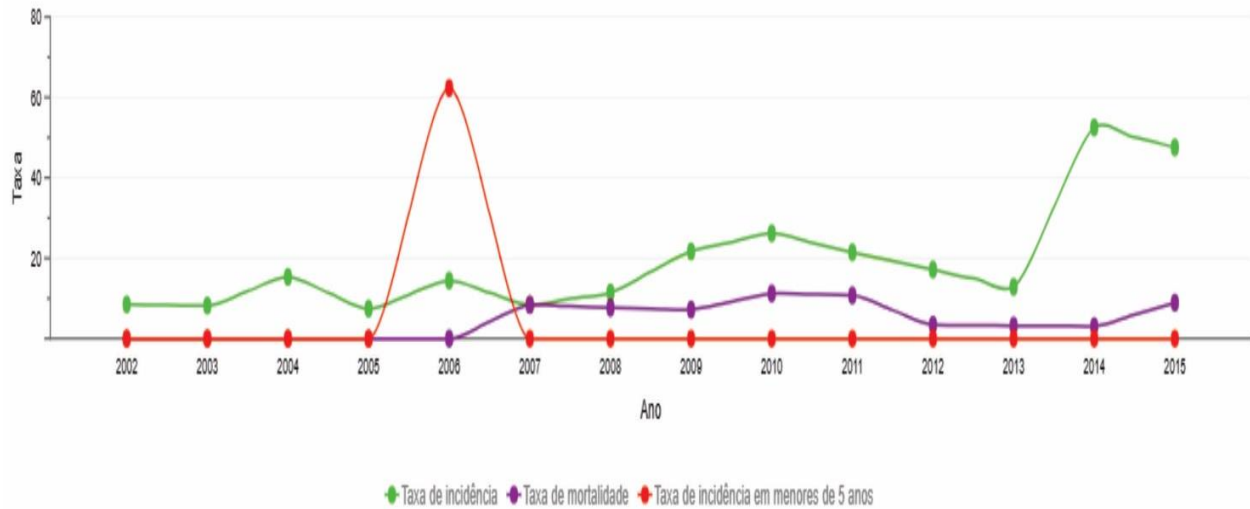
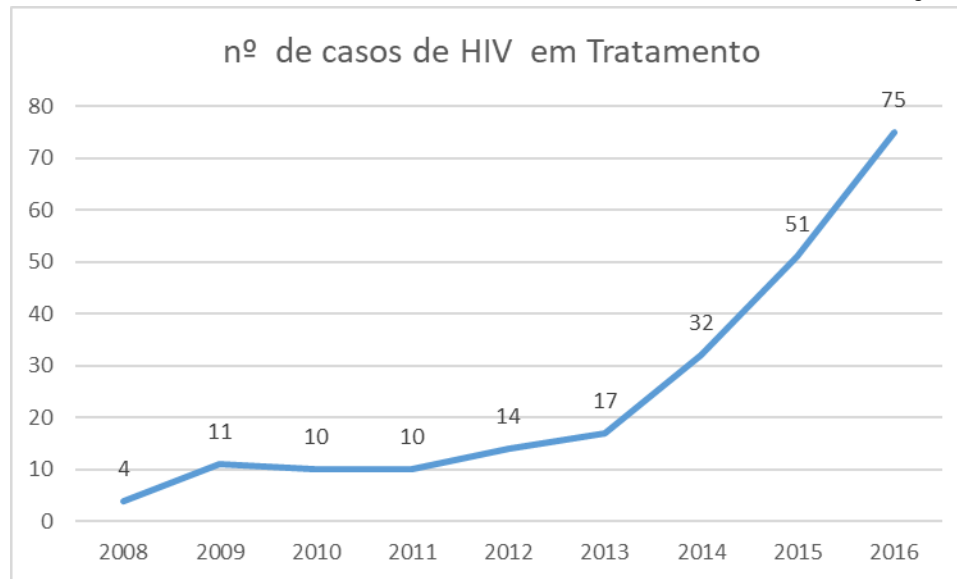


Gráfico 11: Número de casos de HIV em Tratamento em Canaã dos Carajás, 2008-2016



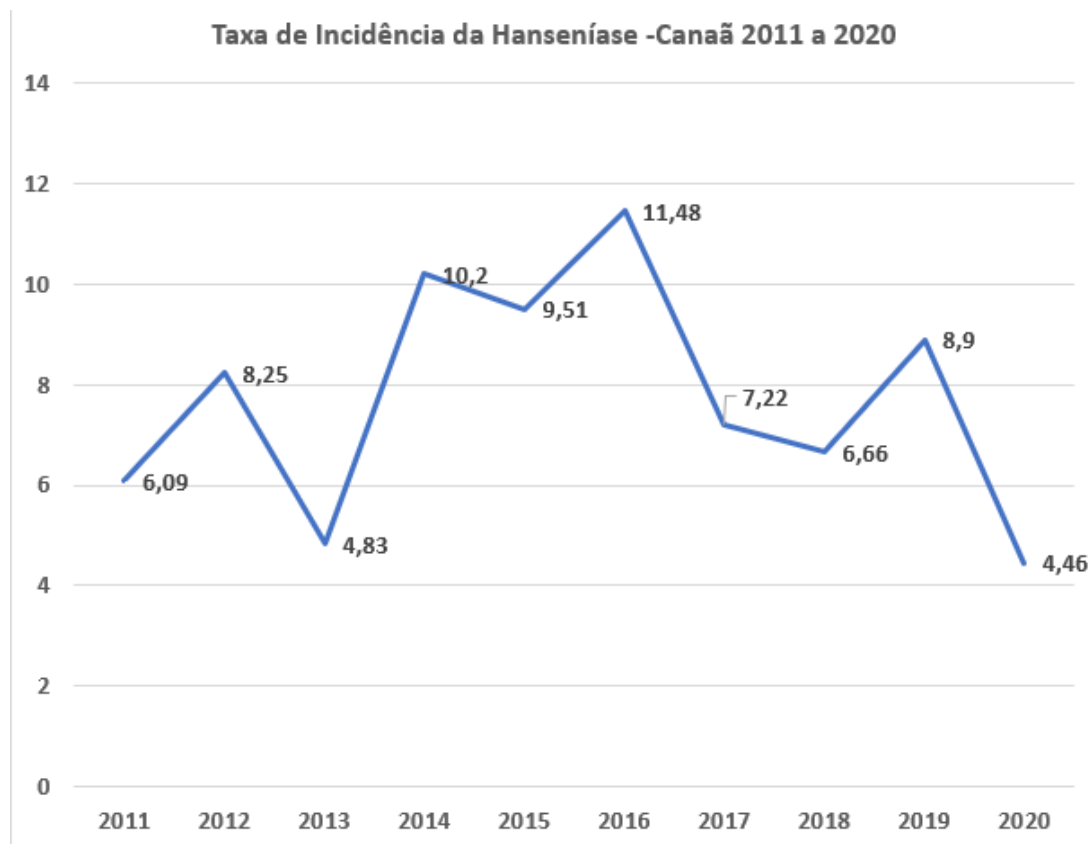


5. HANSENÍASE

Tabela 15: Taxa de Incidência da Hanseníase em Canaã dos Carajás - 2011 a 2020

Ano	Frequência	Nº_DOSES	Lesões_Cutâneas	Contato_Registrado	Contato_Examinado
2011	28	238	163	98	78
2012	27	153	141	86	53
2013	25	236	171	79	61
2014	36	287	279	122	101
2015	43	370	323	138	125
2016	54	484	231	174	135
2017	43	344	291	123	103
2018	34	330	259	89	77
2019	53	535	358	136	131
2020	27	261	250	80	76
Total	370	3238	2466	1125	940

Gráfico 12: Taxa de Incidência da Hanseníase em Canaã dos Carajás - 2011 a 2020





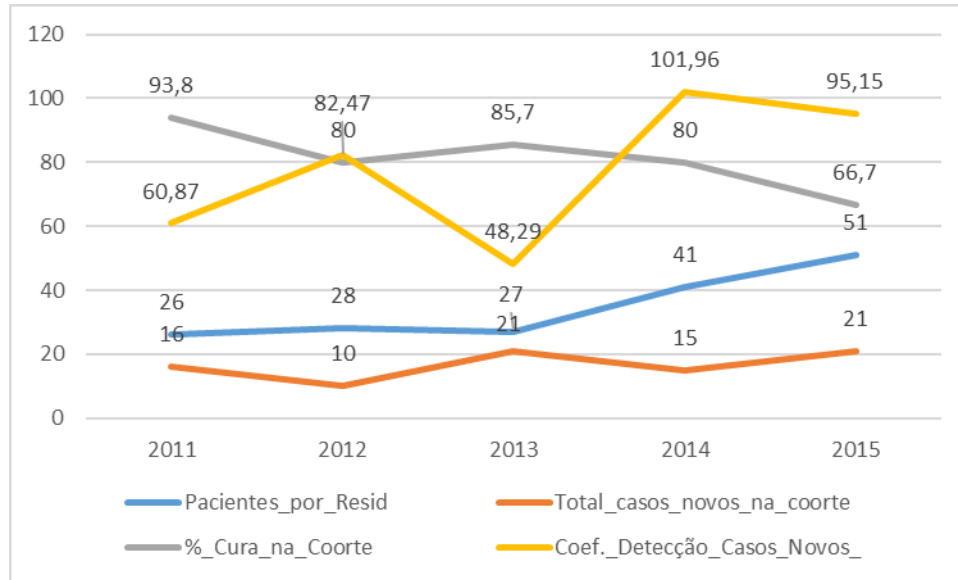
A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (M. Leprae). Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem. A doença acomete principalmente pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas. É de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória.

Tabela 16: Indicadores de Hanseníase em Canaã dos Carajás 2011-2015.

HANSENÍASE	2011	2012	2013	2014	2015
Pacientes_por_Residência	26	28	27	41	51
Pacientes_por_Atendimento	27	29	27	36	46
N de Nervos afetados	22	6	25	19	33
Nº contatos registrados coorte	51	31	62	62	63
Nº contatos examinados coorte	38	27	49	41	51
% contatos examinados na coorte	74,5	87,1	79	66,10	81
Nº curados PB+MB	15	8	18	12	14
Total casos novos na coorte	16	10	21	15	21
% Cura na Coorte	93,8	80,00	85,7	80	66,7
Casos prevalentes	1	-	-	-	20
Coef. Prevalência	0,36	-	-	-	5,95
Casos Novos	17	24	15	33	32
Coef. Detecção Casos Novos	60,87	82,47	48,29	101,96	95,15

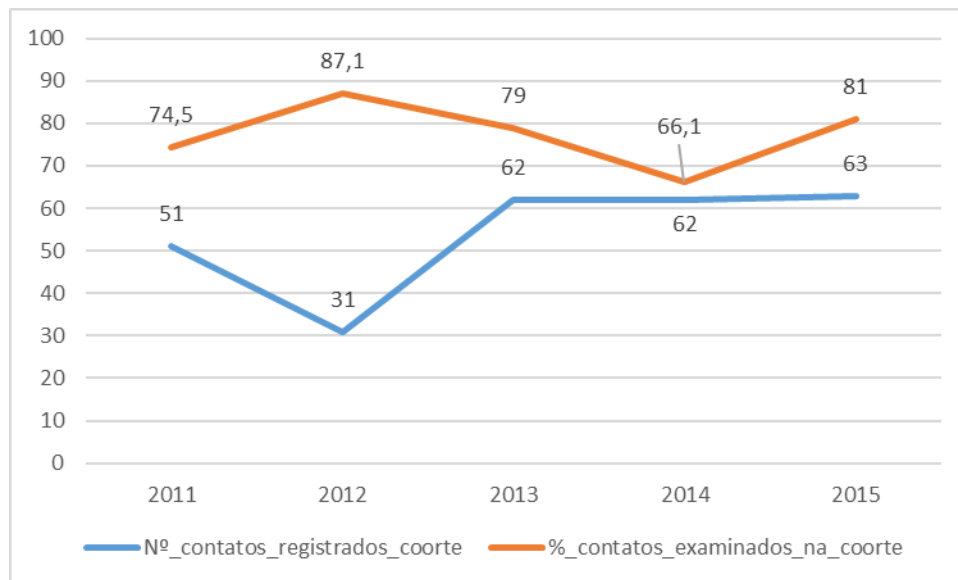
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Gráfico 13: Total de pacientes, Percentual de Cura de casos novos, coeficiente de detecção de Hanseníase- Canaã dos Carajás, 2011 a 2015



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

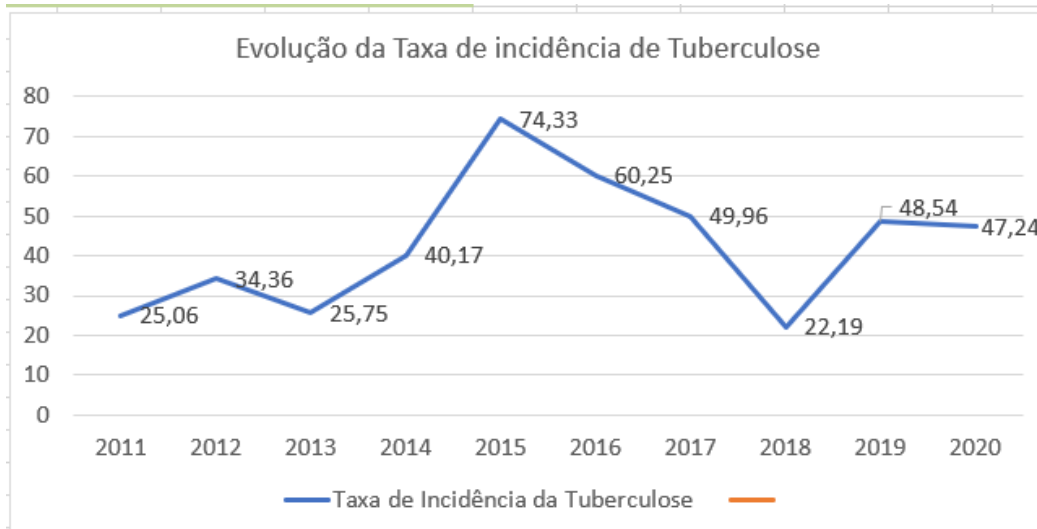
Gráfico 14: Numero de contatos de MH registrados e percentual de contatos examinados em Canaã dos Carajás 2011-2015



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

6. TUBERCULOSE

Gráfico 15: Evolução da Taxa de Incidência de Tuberculose 2011-2020



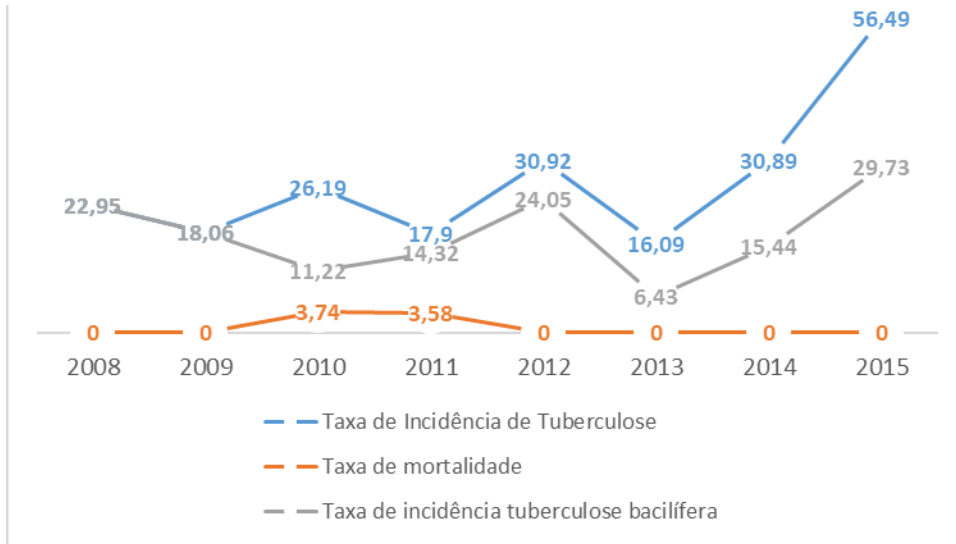
A tuberculose é um grave problema de saúde pública mundial e milhares de pessoas ainda adoecem e morrem devido à doença e suas complicações. Em 2014, durante a Assembleia Mundial de Saúde, na Organização Mundial de Saúde, foi aprovada a nova estratégia global para enfrentamento da tuberculose, com a visão de um mundo livre da tuberculose até 2035. O Brasil teve o papel de destaque ao ser o principal proponente da estratégia e principalmente por sua experiência com o Sistema Único de Saúde e com a Rede de Pesquisa em Tuberculose do Brasil (Rede-TB).

O coeficiente de incidência de tuberculose no Brasil reduziu de 42,7 em 2001 para 34,2 casos por 100 mil habitantes em 2014 (Boletim Epidemiológico 2016). Com a melhoria progressiva dos indicadores que estão associados ao coeficiente de incidência (redução do coeficiente de aids para 10 por 100 mil hab. e aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) até 90,0%), estima-se que no período de 21 anos (conforme proposto pela estratégia), seriam evitados 138.440 casos incidentes no Brasil, uma média de 6.592 por ano. Nessa projeção, o coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose seria de 20,7/100 mil hab. no ano de 2035.

A Taxa de Incidência da Tuberculose (TI/TB) no município de Canaã dos Carajás, nos últimos 5 anos, vem sofrendo um aumento considerável, sendo que no período analisado, o ano de 2015 atingiu a maior taxa 56,49/100.000 habitantes (Figura ...). No Brasil para o ano de 2014, a taxa ficou em 34,2 casos por 100.000 habitantes.

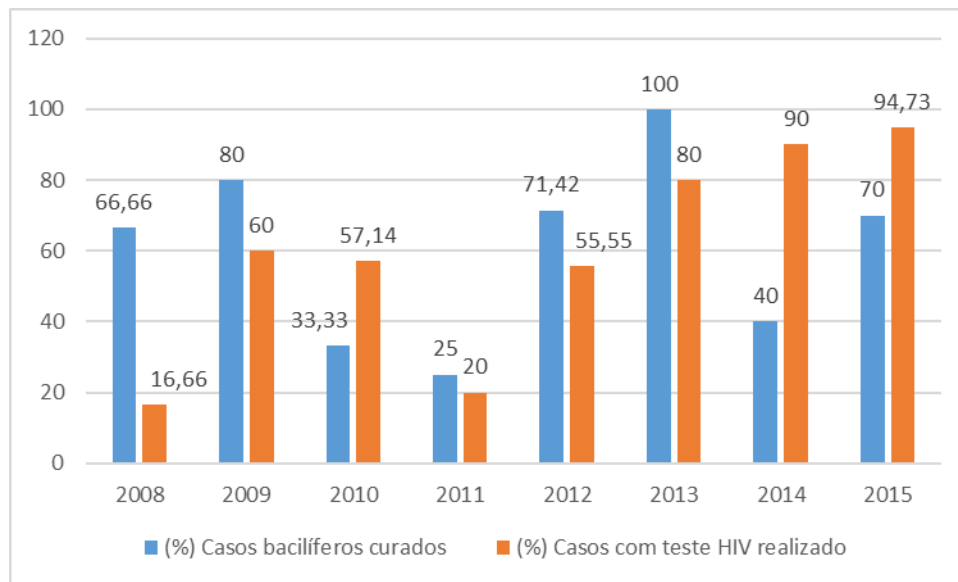


Gráfico 16: Série Histórica das taxas de Incidência e Mortalidade de tuberculose por 100.000 habitantes em Canaã dos Carajás, 2008-2015.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

Gráfico 17: Percentual de Casos bacilíferos curados e percentual de Casos com teste HIV realizado em Canaã dos Carajás, 2008- 2015.

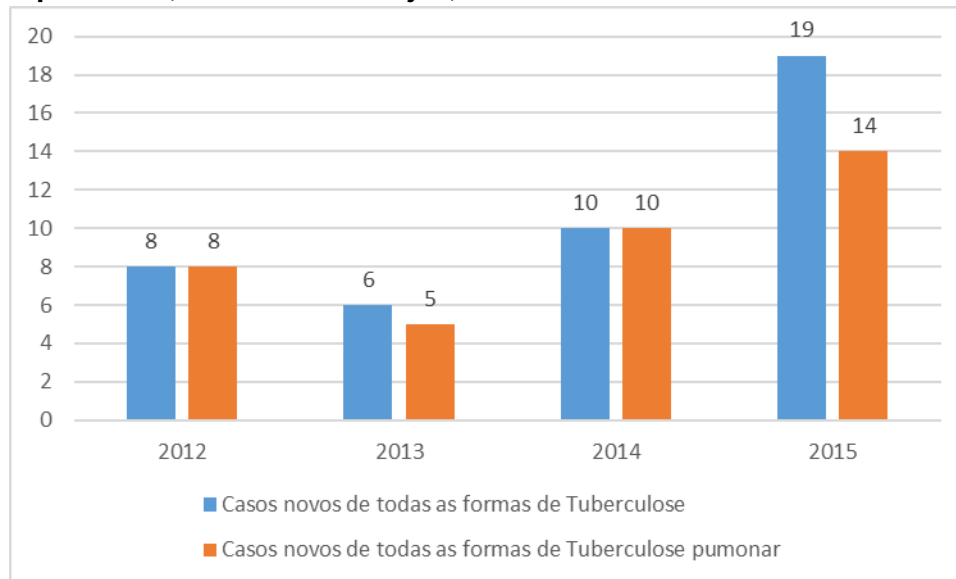


Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net





Gráfico 18: Número de casos novos de todas formas de tuberculose e Número de casos novos de tuberculose pulmonar, Canaã dos Carajás, 2012-2015.

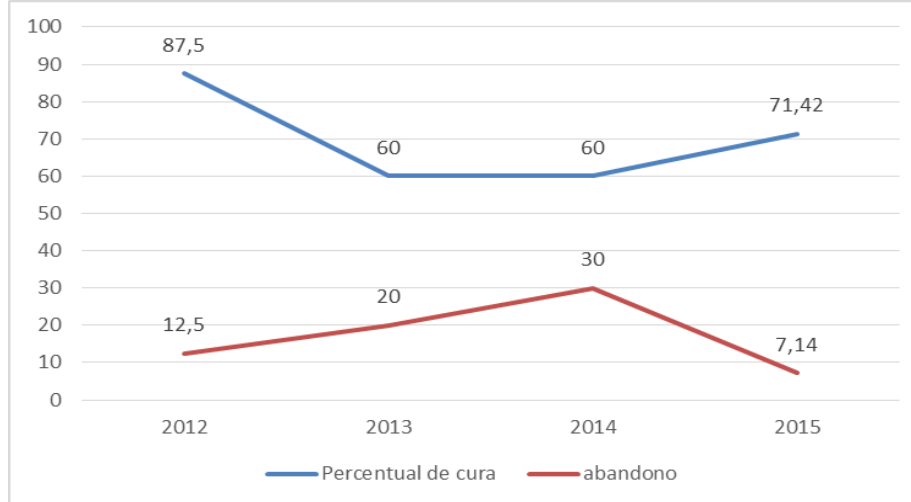


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

A cura dos pacientes diagnosticados com tuberculose é uma das principais estratégias para redução da morbimortalidade da doença. No ano de 2014, do total de casos novos pulmonares diagnosticados com confirmação laboratorial no país, 75,1% curaram e 11,3% abandonaram o tratamento da doença. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que para o controle da doença a meta de cura seja igual ou superior a 85,0% e a de abandono seja menor do que 5,0%. Apesar desses percentuais apresentarem melhoria na série histórica, o país ainda possui encerramentos aquém dos valores definidos pela OMS. Em Canaã dos Carajás no ano de 2015, 71,42% curaram e 7,14% abandonaram o tratamento da doença. Canaã dos Carajás apresenta um percentual de abandono abaixo do índice nacional.



Gráfico 19 - Percentual de cura e abandono de casos novos de tuberculose pulmonares com confirmação laboratorial. Canaã dos Carajás, 2012 a 2015.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

A caracterização do perfil de morbimortalidade da população de trabalhadores de Canaã dos Carajás foi realizada com base nos Relatório de Notificações Compulsórias de Doenças/Agravos relacionados ao Trabalho de 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016 realizados a partir de pesquisa, por meio de consulta aos dados do SINAN, através das informações obtidas das Fichas de Investigação de Notificação Compulsória.

A tabela abaixo mostra as notificações compulsórias realizadas entre os anos de 2012 e 2016. Observa-se que de forma geral, houve um aumento do número de notificações relacionadas ao trabalho com o passar do tempo. Sendo assim, observa-se nos últimos anos a maior incidência para os agravos relacionados aos acidentes com Material Biológico.

Tabela 17 - Notificações de agravos/doenças relacionadas ao trabalho no período entre 2012-2016 em Canaã dos Carajás.

	Intoxicação Exógena	Acidente Material Biológico	Ler/Dort	Acidente Trabalho Grave
2012	0	5	0	1
2013	0	5	0	0
2014	0	11	0	0
2015	0	13	0	1



2016	0	14	0	2
------	---	----	---	---

A prevenção e a erradicação das doenças transmissíveis é possível através da utilização de vacinas específicas, ou seja, a imunização. Assim, a imunização da população contra as doenças infecciosas melhora a qualidade de vida de grande parcela da humanidade, sendo responsável em parte, pelo aumento da expectativa de vida e a diminuição da mortalidade infantil. A Cobertura Vacinal (CV) evidencia se as vacinas que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança estão de acordo com o preconizado pelo PNI.

O Parâmetro Nacional de Cobertura Vacinal em menores de 01 ano para Referência é de > 95% para todas as vacinas, com exceção da BCG e Rotavírus Humano $\geq 90\%$ e Febre Amarela que é preconizado cobertura vacinal de 100%.

Os dados disponíveis no Programa Nacional de Imunizações (PNI) no sitio eletrônico do Datasus de acesso universal - demonstram no ano de 2013 (Figuras), níveis adequados de CV para todas as vacinas do calendário da criança, quando se consideram os percentuais em âmbito Municipal, com exceção da Tríplice Viral. Já para o ano de 2016 só alcançou cobertura vacinal em Meningocócica C, Pneumococo, Penta, Rotavírus Humano e BCG.

Tabela 18: Cobertura vacinal em menores de 1 ano 2011 a 2020 em Canaã dos Carajás.

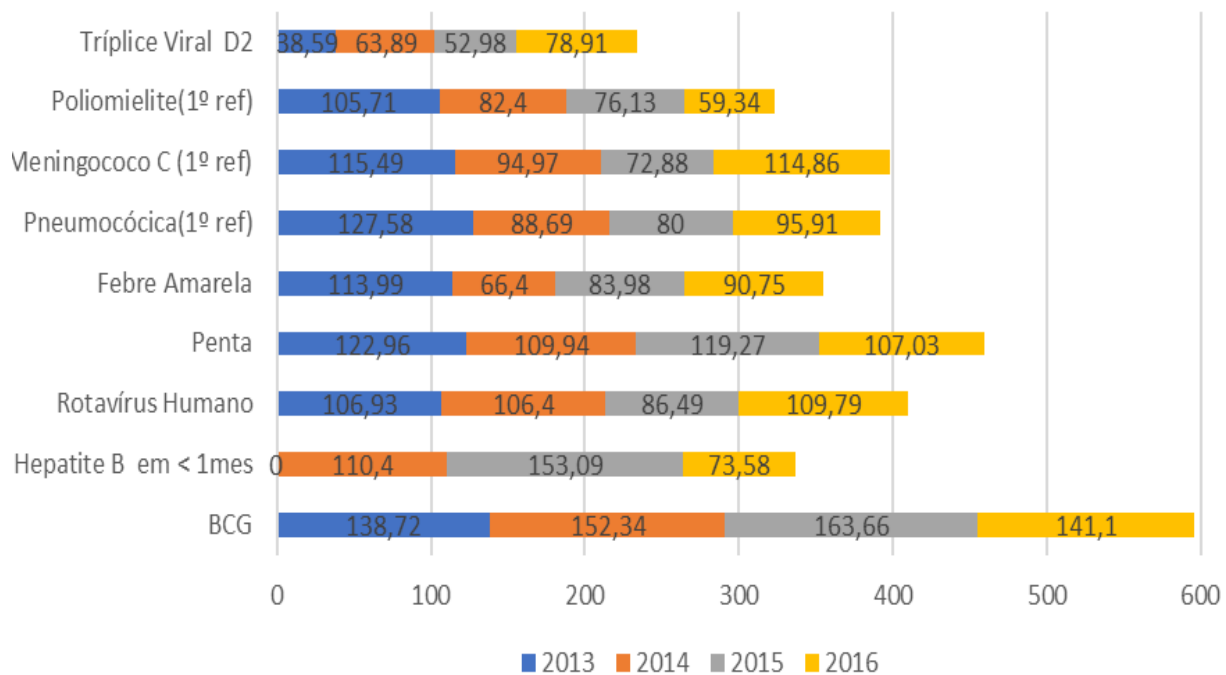
Imuno	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	99,86	135,31	138,72	152,34	163,66	141,1	97,33	89,13	91,82	102,43
Hepatite B em crianças até 30 dias	0	0	0	110,4	153,09	73,58	86,57	83,7	88,57	90,11
Rotavírus Humano	71,64	95,8	106,93	106,4	86,49	109,79	79,54	66,96	88,98	91
Meningococo C	91,61	116,35	125,27	111,31	112,67	98,49	92,35	44,42	83,55	79,01
Hepatite B	102,6	108,25	125,14	109,94	119,27	107,03	84,34	76,09	78,2	63,53
Penta	0	23,44	122,96	109,94	119,27	107,03	84,34	76,09	78,2	63,53
Pneumocócica	87,99	106,8	116,98	93,03	88,27	110,68	99,47	76,74	92,79	93,27
Poliomielite	103,47	116,06	109,65	92,34	96,23	106,05	87,37	72,32	87,84	77,39
Poliomielite 4 anos	0	0	0	0	0	0	94,38	101,16	136,53	134,21
Febre Amarela	108,25	97,68	113,99	66,4	83,98	90,75	61,57	66,74	79,5	60,45
Hepatite A	0	0	0	21,94	104,08	81,94	68,06	70	85,58	78,77
Pneumocócica(1º ref)	0	0	127,58	88,69	80	95,91	77,85	69,86	128,93	89,87
Meningococo C (1º ref)	0	0	115,49	94,97	72,88	114,86	88,35	51,01	90,03	94,65
Poliomielite(1º ref)	0	0	105,71	82,4	76,13	59,34	79,98	60,87	82,5	71,72
Tríplice Viral D1	100,87	119,97	117,53	127,2	101,88	108,99	69,75	77,32	101,54	83,55
Tríplice Viral D2	0	0	38,59	63,89	52,98	78,91	51,78	58,48	83,31	56,24
Tetra Viral(SRC+VZ)	0	0	30,16	34,74	40,42	78,91	48,22	43,26	68,31	50,32



DTP	105,79	108,97	125,54	109,94	119,27	107,03	0	0	0	0
DTP REF (4 e 6 anos)	0	0	0	1,4	0	6,68	119,34	130,91	120	154,71
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	0	0	106,79	85,49	84,82	78,74	81,14	69,2	57,62	80,88
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	0	0	60,33	29,83	18,74	36,12	33,27	41,37	52,94	24,47
dTpa gestante	0	0	0	2,74	27,12	42,88	41,9	69,4	115,21	90,21
Tetavalente (DTP/Hib) (TETRA)	105,79	85,53	123,1	100,91	107,23	11,3	0	0	0	0

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)

Gráfico 20: Cobertura vacinal em menores de 1 ano 2011 a 2020 em Canaã dos Carajás.



7. PANDEMIA COVID-19

A emergência por doença respiratória COVID-19, causada pelo agente novo coronavírus (SARS-CoV-19), com concentração de casos detectados inicialmente na China, e, posterior avanço da epidemia no mundo, resultou em uma série de recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil para o enfrentamento desta situação. Em razão da disseminação do SARS CoV 19, a OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional³² e em 03 de fevereiro de



2020, o Brasil, apesar de ainda não registrar transmissão local de casos humanos infectados pelo SARS CoV 2, declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional .

Em estudo preliminar realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), sobre o excesso de óbitos ocorridos em 2020 no Brasil e nos estados, em relação ao período de 2015 a 2019, demonstrou-se que no Brasil houve excesso de mortalidade proporcional na ordem de 24% (excesso de 234.778 óbitos); na região norte o excesso de mortalidade proporcional foi da ordem de 42% (excesso de 32.405 óbitos) e para o estado do Pará o excesso de mortalidade proporcional foi na ordem de 38 %, excesso de 13.817 óbitos, conforme informado no *link* <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/> (atualizado até 01/10/2021).

Diante da necessidade de resposta frente à pandemia pelo novo Coronavírus, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Canaã dos Crajás adotou um conjunto de ações de preparação e resposta à epidemia, a exemplo da elaboração e atualização do Plano de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-19), instalação do Comitê COVID-19 em 16 de março de 2020, ampliação da rede assistencial e da oferta de leitos clínicos, de terapia intensiva e de exames laboratoriais, ampliação da força de trabalho, reforço as ações de vigilância em saúde, produção e divulgação de notas técnicas, material educativo e boletins epidemiológicos, reorganização do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvimento e implementação de ferramentas de tecnologia para coleta e análise dos dados, entre outras iniciativas.

Entre as ações implementadas, uma das mais impactantes foi a readequação na rede de assistência do Município (atenção básica, urgência e emergência, hospitalar), com a definição de serviços exclusivos para atendimento a pacientes com suspeita de COVID-19, em todas as regiões urbanas e criação do Disk coronavirus além da contratação emergencial de profissionais de várias áreas da saúde para ampliar o quadro de profissionais para atuação na assistência direta aos pacientes, bem como os serviços da vigilância epidemiológica e sanitária desempenharam importante apoio técnico no enfrentamento da pandemia. Em 18 de março de 2020 por emio do Decreto nº 1117 /2020. Dispõe sobre as medidas de enfrentamento, no âmbito do Município de Cana6 dos Carajás, à pandemia do -corona vírus/COVID-19 e dá outras providências.

Para direcionar e planejar as ações na Saúde, foram relalzados ajustes ao Plano Municipal de Saúde (Biênio 2020-2021) para incluir nova diretriz relacionada ao enfrentamento



da Pandemia de COVID-19. A Diretriz 5, 'Desenvolver ações de enfrentamento a pandemias do COVID 19', bem como seus respectivos objetivos, meta, indicadores e as ações relacionadas à Programação Anual de Saúde (PAS) 2020 foram aprovadas em Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde do mês de julho, de acordo com a Resolução CMS 6/2020.

A formação do Comitê de enfrentamento ao COVID contribuiu na celeridade na publicação de Decretos Municipais a saber: nº 1117, nº 1118, nº 1119, nº 1120, nº 1122, nº 1123, nº 1127, nº 1128, nº 1135, nº 1139, nº 1140, nº 1144, nº 1147, nº 1150, nº 1156, nº 1165 que regulamentam as principais medidas de prevenção e controle da pandemia, como isolamento e distanciamento social e estabelecimento de demais medidas de contingenciamento. Vários outros decretos foram estabelecidos tendo em vista o estabelecimento de critérios e protocolos para reabertura e funcionamento dos órgãos, estabelecimentos e serviços que tiveram as atividades suspensas em decorrência das medidas de enfrentamento à pandemia.

De forma geral, essas medidas englobam um conjunto de ações voltadas para os diversos setores, incluindo: o uso obrigatório de máscaras em ambientes públicos; o fechamento de estabelecimentos como academias, suspensão de atividades de classe da rede municipal e privada de educação; fechamento de bares, restaurantes e lanchonetes, exceto para venda por delivery e no balcão; proibição de qualquer atividade sonora, exceto para utilidade pública; suspensão das atividades não essenciais em órgãos públicos municipais; trabalho remoto para todos os funcionários acima de 65 anos, exceto aqueles cujas atividades sejam essenciais e estratégicas, excluindo as servidoras gestantes; inaugurações da Prefeitura sem presença de público; antecipação de feriados; higienização e limpeza nos órgãos públicos; realização de Blitz da temperatura em pontos estratégicos da cidade e testes rápidos; entre outras.

Mesmo com todas as ações realizadas nos âmbitos municipal e estadual, seguindo o cenário mundial, o ano de 2020 terminou com número de óbitos nunca antes observado, decorrente da doença, e com perspectiva de continuidade da pandemia no cenário mundial. Abaixo, dados epidemiológicos preliminares da pandemia, relativos à população residente em Canaã dos Carajás.

Gráfico 21: CASOS DE COVID-19 POR MÊS EM CANAÃ DOS CARAJÁS ANO 2020-2022



CASOS DE COVID POR MES

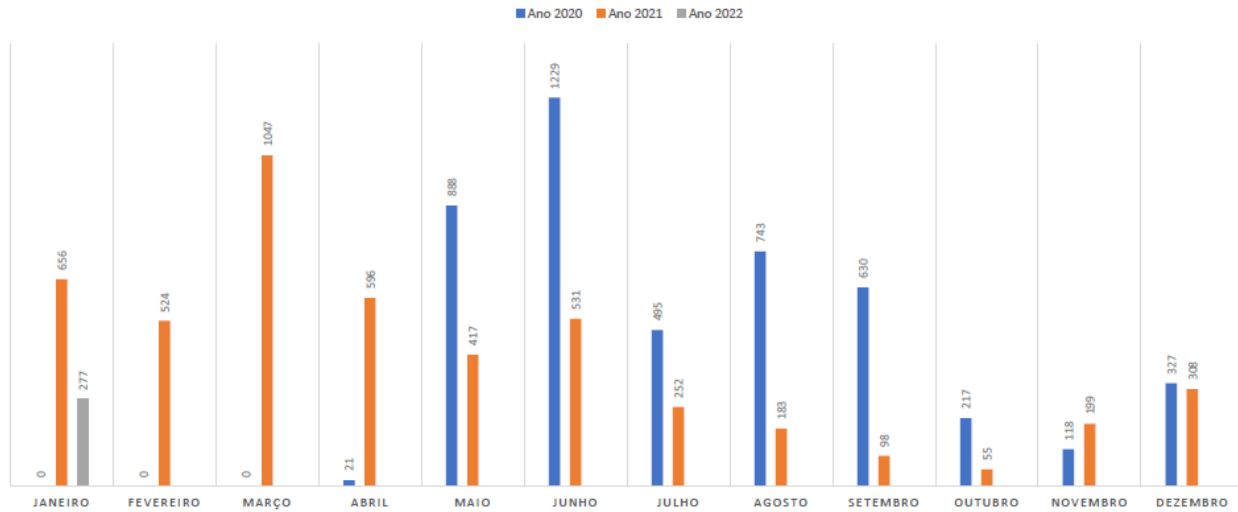
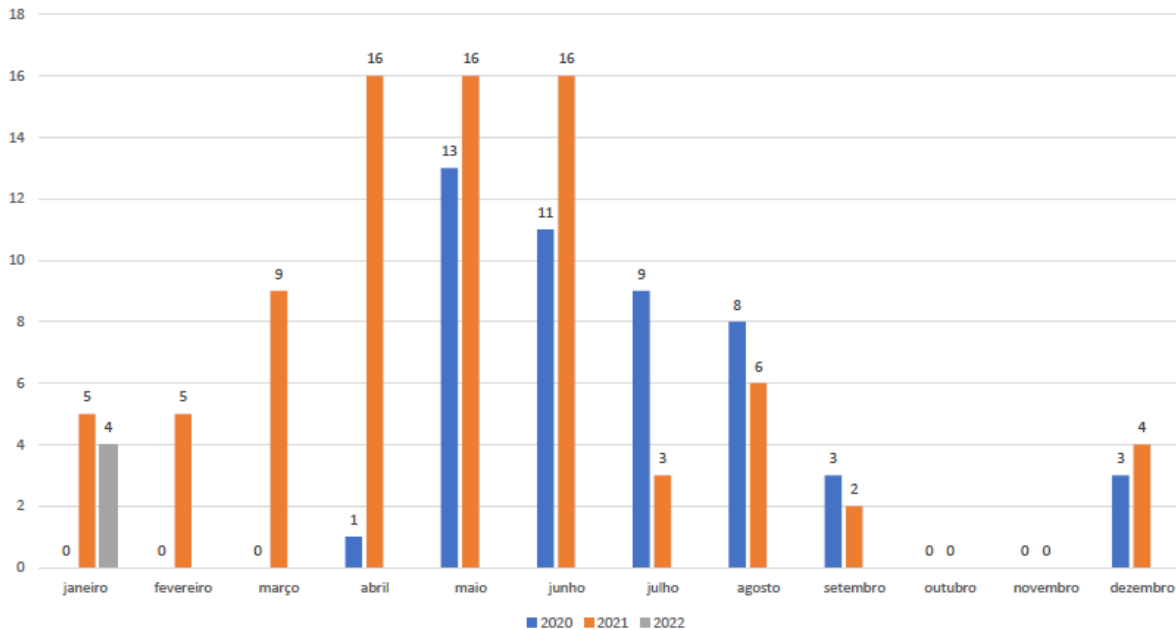


Gráfico 22: Nº de Óbitos por covid-19 por mês em Canaã dos Carajás 2020-2022

Óbitos por mês





8. REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAL

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.

De acordo com a análise situacional do Plano Estadual de Saúde 2020-2023 A dimensão territorial e a cobertura assistencial no Estado do Pará são um dos maiores desafios para organizar o Sistema Único de Saúde (SUS), levando em conta sua especificidade geográfica e econômica, assim como a heterogeneidade dos municípios, tanto do ponto de vista das necessidades por ações e serviços de saúde, quanto da capacidade instalada em termos de prestação de serviços, aliado a um cenário de subfinanciamento que vem ameaçando a sustentabilidade do SUS em todo Brasil.

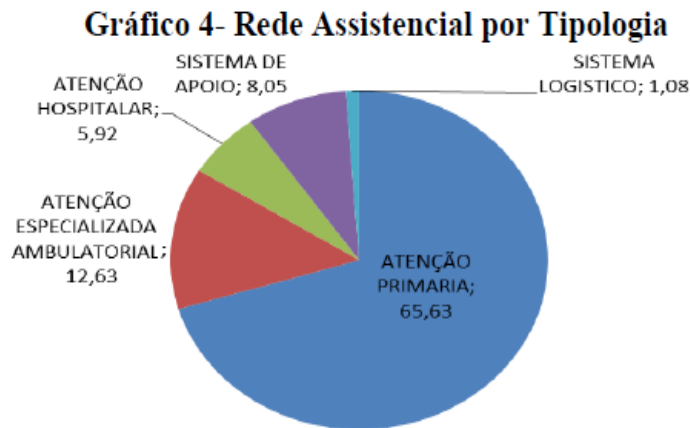
Esta situação se torna mais agravante nos níveis da atenção especializada, secundária e terciária, importante ponto de estrangulamento no sistema de saúde, seja por insuficiência de oferta ou demanda inadequada, ocasionando formação de longas filas de espera de demanda reprimida para especialidades específicas.

Desses serviços especializados, os que apresentam maiores e mais graves estrangulamentos, são os de atenção secundária. Esse agravamento é mais intenso nos recursos assistenciais como consulta médica e exames de imagem e gráficos, que sinalizam a existência de vazios assistenciais na grande maioria das regiões de saúde e demonstra uma inconstância na atenção integral à população usuária desses serviços.

Esse cenário leva a um intenso deslocamento de populações procedentes do interior do Estado em busca de serviços de saúde mais complexos existentes na Região Metropolitana, principalmente na Capital Belém, expondo a fragilidade do sistema de saúde, que de acordo com a Constituição Federal, foi projetado para ser descentralizado e regionalizado. O Gráfico abaixo representa a rede de serviços do Estado por tipologia.



Gráfico 23: Rede assistencial por Tipologia



Fonte: CNES – 07/2019

Para contribuir com a mudança do Cenário Estadual o Município de Canaã fez um Estudo de Viabilidade Técnica da proposta de reestruturação da atenção hospitalar no município de Canaã dos Carajás do estado do Pará. O objetivo deste Estudo é avaliar a proposta de construção, operação e gestão do Hospital Universitário Daniel Gonçalves, sendo o Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) a referência para média e alta complexidade na região e no município. A construção de um novo EAS visa suprir as necessidades de atendimento hospitalar da população residente, bem como dos municípios adjacentes, permitindo o fortalecimento da rede de saúde local, ampliação da oferta de atendimentos hospitalares, oferta qualificada de atenção à saúde e atendimento ágil e oportuno mais próximos das residências.

O Hospital Universitário Daniel Gonçalves é projetado para ser um hospital geral de referência com maternidade, localizado no município de Canaã dos Carajás na região sudeste do estado do Pará. A estrutura física e assistencial deverá ser desenvolvida dentro das normativas e dos parâmetros propostos pelos órgãos de fomento, regulação e fiscalização dos serviços públicos de saúde.

De acordo com os levantamentos do diagnóstico de saúde e demandas identificadas, e considerando o estabelecido pela Secretaria de Saúde do Município de Canaã dos Carajás, o Hospital será habilitado para o atendimento com um total de 100 (cem) leitos. Todos os leitos serão habilitados para operarem através do Sistema Único de Saúde (SUS) e ofertar assistência médica de qualidade para a população.

Além disso, é prevista a oferta de atendimentos ambulatorial e hospitalar em



especialidade* com déficit na região, contemplando: urgência e emergência adulto e pediátrica. diagnóstico* por imagem e laboratorial, ortopedia, nefrologia. neurologia, pediatria, centro de parto normal, maternidade para gestação de alto risco, unidade de terapia intensiva adulto(10 leitos), unidade de cuidado progressivo neonatal. clínica médica, clínica cirúrgica e saúde mental.

Desta maneira, considerando-se os serviços ofertados, a estrutura assistencial proposta, as especialidades previstas com a localização do município na região, são (fatores favoráveis para que o Hospital Daniel Gonçalves. além de se tomar referência em Gravidez de Alto Risco e Traumatologia para o território. se configure também como campo para ensino, pesquisa, formação e qualificação profissional. A previsão do início das obras será para o ano de 2022. Outro importante investimento será na política da pessoa com Deficiência, criando um banco de ortese, prótese e aparelhos locomotores auxiliares, assim como a construção do centro Especializado em Reabilitação.

Tabela 19: Estabelecimentos por tipo e esfera jurídica em dezembro de 2020 em Canaã dos Carajás/PA.

Tipo de Estabelecimento	Administração Pública Municipal	Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total
ACADEMIA DA SAÚDE	2	-	-	-	2
CENTRAL DE REGULAÇÃO	1	-	-	-	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	1	-	-	-	1
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	11	-	-	-	11
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	1	50	1	-	52
CONSULTORIO	-	2	-	10	12
FARMACIA	1	-	-	-	1
HOSPITAL GERAL	1	-	1	-	2
POLICLINICA	-	2	-	-	2
POSTO DE SAUDE	2	-	-	-	2
SECRETARIA DE SAUDE	1	-	-	-	1



UNIDADE DE SERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	-	8	-	-	8
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	1	-	-	-	1
POLO PREV.DE DOENCAS E AGRAVOS E PROMOCAO DA SAUDE	-	-	1	-	1
Total	22	62	3	10	97

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Acesso em 20/01/22

Tabela 20: Recursos Humanos por ocupações em geral Nível superior e atendimento SUS/Não SUS, Dez/2021, Canaã dos Carajás/PA.

Ocupações em geral	SUS	Não SUS	Total
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL SUPERIOR	250	149	399
ANESTESISTA	1	-	1
ASSISTENTE SOCIAL	5	-	5
BIOQUÍMICO/FARMACÊUTICO	10	7	17
CIRURGIÃO GERAL	4	-	4
CLÍNICO GERAL	57	11	68
ENFERMEIRO	75	27	102
FISIOTERAPEUTA	16	7	23
FONOAUDIÓLOGO	5	2	7
GINECO OBSTETRA	5	5	10
MÉDICO DE FAMÍLIA	5	-	5
NUTRICIONISTA	4	3	7
ODONTÓLOGO	16	45	61
PEDIATRA	10	3	13
PSICÓLOGO	11	9	20
PSIQUIATRA	1	-	1
RADIOLOGISTA	1	2	3
Médico alergista e imunologista	1	-	1
Médico cardiologista	4	2	6
Médico dermatologista	1	1	2
Médico endocrinologista e metabologista	1	-	1
Médico infectologista	-	1	1
Médico neurologista	1	1	2
Médico oftalmologista	-	2	2
Médico ortopedista e traumatologista	3	5	8
Médico pneumologista	1	-	1
Médico veterinário	3	-	3
Biólogo	2	1	3
BioMédico	7	13	20
Terapeuta ocupacional	-	2	2



Tabela 21: Recursos Humanos por ocupações em geral Nível Técnico e atendimento SUS/Não SUS, Dez/2021, Canaã dos Carajás/PA.

	SUS	NÃO SUS	TOTAL
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL TÉCNICO TÉCNICO/AUXILIAR	199	84	283
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	186	76	262
TÉCNICO E AUXILIAR DE LABORATÓRIO	6	1	7
TÉCNICO E AUXILIAR EM SAÚDE ORAL	-	1	1
TÉCNICO E AUXILIAR EM RADIOLOGIA MÉDICA	7	5	12
OUTRAS OCUPAÇÕES NÍVEL TÉCNICO E AUXILIAR EM SAÚD	-	1	1

Tabela 22: Recursos Humanos por ocupações em geral Nível Elementar e atendimento SUS/Não SUS, Dez/2021, Canaã dos Carajás/PA.

	SUS	NÃO SUS	TOTAL
PESSOAL DE SAÚDE - QUALIFICAÇÃO ELEMENTAR	457	254	711
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	90	-	90
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	11	-	11
Atendente de consultório dentário	3	-	3
Atendente de enfermagem atend berçario	-	1	1
Atendente de farmácia balconista	1	17	18
PESSOAL ADMINISTRATIVO	352	236	588
ADMINISTRAÇÃO	111	133	244
SERVIÇO DE LIMPEZA/CONSERVAÇÃO	-	12	12
SEGURANÇA	46	8	54
Copeiro	-	2	2
Copeiro de hospital	-	3	3
Cozinheiro de hospital	16	2	18
Cozinheiro geral	1	-	1
Motorista de carro de passeio	2	1	3
Motorista de furgão ou veículo similar	3	-	3
Trabalhador de serviços de manutenção	173	75	248

Tabela 23: Classificação do Serviço por esfera jurídica em dezembro de 2020 em Canaã dos Carajás/PA.

Classificação do Serviço	Administração Pública Municipal
REGULACAO DO ACESSO A ACOES E SERVICOS DE SAUDE / 001 REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR	1
REGULACAO DO ACESSO A ACOES E SERVICOS DE SAUDE / 008 REGULACAO AMBULATORIAL DE MEDIA COMPLEXIDA	1



REGULACAO DO ACESSO A ACOES E SERVICOS DE SAUDE / 009 REGULACAO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDAD	1
SERVICO DE ATENCAO A DST/HIV/AIDS / 001 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO - CTA	1
SERVICO DE ATENCAO A DST/HIV/AIDS / 002 SERVICO DE ATENCAO ESPECIALIZADA – SAE	1
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA / 003 LAQUEADURA	1
SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA / 004 VASECTOMIA	1
SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE / 001 DIAGNOSTICO E TRATAMENTO	11
SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO / 001 ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO H	12
SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO / 003 PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	1
SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO / 005 CENTRO DE PARTO NORMAL	1
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR / 001 ASSISTENCIA DOMICILIAR	1
SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL / 002 ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	1
SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL / 003 SERVICO HOSPITALAR PARA ATENCAO A SAUDE MENTAL	1
SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA / 002 TRATAMENTO EM QUEIMADOS	1

Tabela 24: Classificação do Serviço por esfera jurídica em dezembro de 2020 em Canaã dos Carajás/PA.

Classificação do Serviço	Administração Pública Municipal
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO / 002 EXAMES CITOPATOLOGICOS	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM / 001 RADIOLOGIA	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM / 002 ULTRASONOGRAFIA	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS / 003 EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	12
SERVICO DE FARMACIA / 001 DISP. DE MED. COMP. ESPECIALIZADO DA ASSIST. FARMACEUTICA	1
SERVICO DE FARMACIA / 004 DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS ESTRATEGICOS	1
SERVICO DE FARMACIA / 005 DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS BASICOS	1
SERVICO DE FARMACIA / 006 FARMACIA HOSPITALAR	3
SERVICO DE FISIOTERAPIA / 004 ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	2
SERVICO DE FISIOTERAPIA / 005 ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	1
SERVICO DE FISIOTERAPIA / 008 DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	1
SERVICO DE PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES / 004 PRATICAS CORPO-MENTE	1
SERVICO DE REABILITACAO / 011 ATENCAO FISIOTERAPEUTICA	1
SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL / 001 ENTERAL	2
SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA / 004 ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABI	1
SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA / 006 PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	2
SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA / 019 PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	2
SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE / 001 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	17
SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE / 002 VIGILANCIA SANITARIA	1
SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE / 003 VIGILANCIA AMBIENTAL	2

Tabela 25: Classificação do Serviço por esfera jurídica em dezembro de 2020 em Canaã dos Carajás/PA.

Classificação do Serviço	Administração Pública Municipal
--------------------------	---------------------------------



SERVICO POSTO DE COLETA DE MATERIAIS BIOLÓGICOS / 001 COLETA REALIZADA FORA DA ESTRUTURA LABORA	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 001 EXAMES BIOQUIMICOS	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 002 EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 003 EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 004 EXAMES COPROLOGICOS	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 005 EXAMES DE UROANALISE	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 006 EXAMES HORMONAIAS	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 008 EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TER	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 009 EXAMES MICROBIOLÓGICOS	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 010 EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLÓGICOS	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 011 EXAMES DE GENETICA	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 012 EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	1
SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO / 013 EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	1
ATENCAO PRIMARIA / 003 ACADEMIA DA SAUDE	2
ATENCAO PRIMARIA / 004 ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	13
ATENCAO PRIMARIA / 005 SAUDE BUCAL	9
IMUNIZACAO / 001 INDIVIDUOS EM GERAL	3
IMUNIZACAO / 002 GRUPOS ESPECIAIS	3

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Tabela 26: Serie Histórica de leitos por Leitos/ Mil Habitantes em Canaã dos Carajás, 2010-2020.

Leitos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Estado	2,19	2,19	2,18	2,16	2,14	2,08	2,06	2,01	1,93	1,84	2,03
Canaã dos Carajás	2,36	2,58	2,47	2,32	2,22	2,14	2,07	2,17	2,05	2,00	3,25

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Acesso em 20/09/20

Gráfico 24: cobertura de Leitos por 1.000 habitantes 2010-2020.

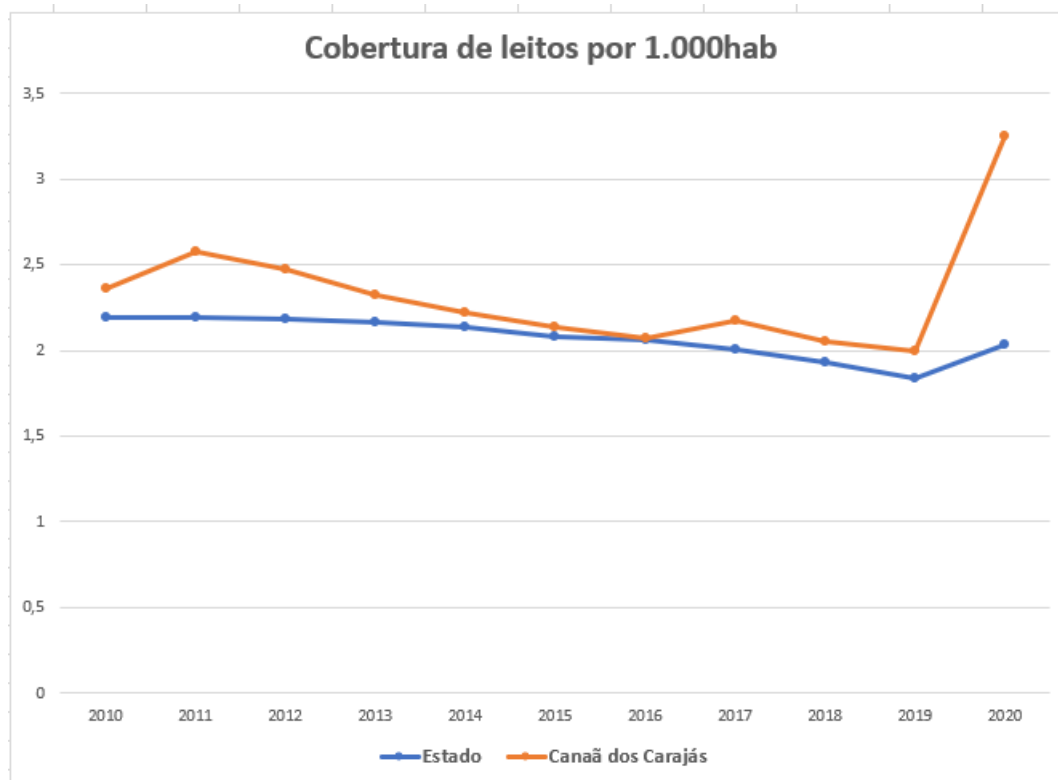


Tabela 27 - Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade, segundo dados do CNES, Canaã dos Carajás, DEZ de 2021.

Especialidade detalhada	Qtd_existente	Qtd_SUS	Qtd_não SUS
CIRÚRGICOS	22	12	10
..Cirurgia geral	18	12	6
..Ginecologia	2	-	2
..Ortopedia/traumatologia	2	-	2
CLÍNICOS	69	63	6
..Cardiologia	1	-	1
..Clínica geral	68	63	5
OBSTÉTRICOS	17	13	4
..Obstetrícia Cirúrgica	9	7	2
..Obstetrícia Clínica	8	6	2
PEDIÁTRICOS	14	11	3
..Pediatria Clínica	13	11	2
..Pediatria Cirúrgica	1	-	1
HOSPITAL/DIA	1	1	-
..Saúde Mental	1	1	-
Total	123	100	23

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Acesso em 25/01/22



9. ATENÇÃO PRIMÁRIA E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

9.1 APS FORTE NO SUS

No ano do 25º aniversário da Estratégia Saúde da Família, a OPAS/OMS em parceria com o Ministério da Saúde lançou o “Prêmio APS Forte para o SUS: Acesso Universal”. O objetivo foi identificar, dar visibilidade, reconhecer e promover iniciativas locais, municipais ou regionais que tenham como foco a melhoria da APS

O Prêmio APS Forte para o SUS: Acesso Universal foi lançado no dia 5 de abril de 2019, durante cerimônia alusiva ao Dia Mundial da Saúde, no Escritório da OPAS/OMS no Brasil. Durante os dois meses de inscrição (entre 15 de abril e 15 de junho), 1.294 experiências foram inscritas, de todos os estados do país. Canaã ficou entre as 135 selecionadas para o prêmio e recebeu destaque na publicação da OPAS/OMS Brasil, com a experiência de excelência sobre o Disk coronavírus. Em 2020 o serviço de teleatendimento desenvolvido pela secretaria municipal de saúde de Canaã dos Carajás durante a pandemia do covid 19 foi premiado como experiência de excelência pela organização pan-americana de saúde (OPAS) no Brasil e pelo Ministério da Saúde. No total 19 experiências de excelências praticadas por profissionais do sistema único de saúde (SUS) foram reconhecidas com o prêmio de APS FORTE NO SUS.

O Departamento de Desenvolvimentos das Redes Assistenciais de Saúde (DDRAS) da Secretária Municipal de Saúde de Canaã dos Carajás, atualmente é organizado em, coordenação do departamento, gestão de atenção básica, gestão de sistema de informação e controle e avaliação de indicadores, gestão da assistência farmacêutica e gestão dos programas do Ciclo de Vida.

O DDRAS é responsável pela assistência prestada a comunidade através dos serviços e programas da atenção básica e especializada. A estrutura organizacional conta com:

- 12 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e 4 pontos de atendimentos (Vila Feitosa, Zé Levino e Umuarama e Agrovila Jerusalém);
- 13 Equipes de saúde da Família (ESF), 12 Equipes de saúde Bucal (ESB);
- 1 Centro Especializado em Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação
- 1 Serviço de Atendimento Especializado/Centro de Testagem e Acolhimento (SAE/CTA);
- 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I),
- 1 Equipe de Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).



A política municipal está voltada à valorização da Atenção Básica como principal porta de entrada do usuário ao SUS, com foco nas principais diretrizes: universalidade, integralidade do cuidado e longitudinalidade, fomentando o comprometimento e responsabilização dos profissionais de saúde. A cobertura da Atenção Primária no Município é de 100%, segundo os dados atualizados o e-Gestor 2021. Os profissionais envolvidos na ESF são médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis pela cobertura de 100%, segundo dados do e-Gestor 2021.

A Odontologia também integra as equipes da Atenção Primária, atua nas UBS urbanas e rurais, sendo 9 equipes com Estratégia de saúde da família representando 81,48% de cobertura nas estratégias de saúde da família e 4 equipes equivalentes, disponibilizando uma cobertura na atenção básica de 100%. Em 2018 após avaliação da equipe de atenção básica o Município solicitou a desabilitação do CEO (Centro de Especialidade Odontológica), redistribuindo os serviços dos profissionais especialistas de periodontia, cirurgia bucal, endodontia nas unidades de Saúde da Família, garantindo assim atendimento sem prejuízo a demanda referenciada. com a nova reorganização do serviço a partir do ano 2022 será solicitado novo credenciamento e a construção de um prédio próprio com Laboratório de prótese dentaria para atender a demanda em tempo oportuno.

Desde o início da pandemia, o atendimento odontológico passou por uma série de alterações, conforme orientaram as Notas Técnicas: Nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS, Nº 16/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS, Nº 04/202-GVIMS/GGTES/ANVISA. Devido à especificidade do atendimento odontológico, que expõe a alto risco de contaminação, os profissionais suspenderam a agenda de atendimento geral, e priorizaram o atendimento às urgências odontológicas e serviços home office.

Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) foi criado em julho de 2013 e tem o intuito de levar profissionais médicos a todas as regiões, ampliando o alcance da Atenção Primária à Saúde, aumentando a resolutividade dos problemas de saúde que chegam ao SUS por meio de sua porta de entrada, a APS. O Município aderiu ao Programa desde então e conta atualmente com 2 médicas que atuam nas UBS, realizando carga horária de 40 horas semanais e atendimento de forma longitudinal a todos os ciclos de vida. Durante o ano de 2020 contribuíram especialmente fortalecendo o atendimento durante a pandemia do COVID-19, entre outras atuações referentes à APS.



Desde de 2019 com publicação da Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde

Como forma de organização, o Ministério da Saúde dividiu em três frentes de envio e análise: captação, ações estratégicas e indicadores.

A captação é o valor base repassado por indivíduo cadastrado e vinculado a uma equipe da ESF, podendo ser majorado, caso se constate situações de vulnerabilidade que atrelem o usuário a programas como o Bolsa Família e BPC, por exemplo. Para esta modalidade de recebimento de recurso, o Município se enquadra na tipologia Intermediário remoto que considera o pagamento de até 2.000 pessoas por equipe. O repasse do recurso é anual e reavaliado pelo Ministério da Saúde a cada quadrimestre.

Tabela 28 - Relatório quadrimestral de cadastro, Canaã 2021

Nome UBS	ABR/2021.Q1	AGO/2021.Q2	DEZ/2021.Q3	Parâmetro
UNIDADE SAUDE DA FAMILIA EVANA ALVES DA COSTA PEREIRA	6809	7181	7987	2000
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA JOSE FRANCISCO DE SOUZA	4402	4531	4616	2000
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA RAIMUNDO PINHEIRO DA SILVEIRA	5516	5979	6335	2000
UNIDADE SAUDE DA FAMILIA JOAO CORREIA LIMA	6118	6952	7520	2000
UNIDADE SAUDE DA FAMILIA REALINO PEREIRA DA SILVA	6314	7199	8441	2000
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA JOSE CAETANO	5731	6141	6392	2000
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ADELINA DE JESUS	3292	3492	3634	2000
POSTO DE SAUDE GERALDO MARTINS BORGES	0	2071	2202	2000
UNIDADE SAUDE DA FAMILIA BOM JESUS	1653	1770	1835	2000
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA JOSE ALVES JARDIM	7212	9527	10388	2000
UNIDADE SAUDE DA FAMILIA ELIZABETH MARIA DE PAULA	4749	4963	5750	2000
UNIDADE SAUDE DA FAMILIA LUCAS LOURENCO LEITE	8615	9564	10540	4000

Fonte: SISAB 2021

O incentivo financeiro referente ao Pagamento por Desempenho é definido com base nos resultados de indicadores alcançados pelas equipes de saúde da família (eSF) e equipe atenção primária (eAP). Para o ano de 2020 foram elencados 7 indicadores nas áreas estratégicas de Saúde da Mulher, Pré-Natal, Imunização, cuidados em Saúde Bucal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus).



E para os próximos anos estão previstos indicadores referentes às seguintes ações estratégicas: ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde; Saúde da Mulher; Pré-Natal; Saúde da Criança; ações relacionadas ao HIV, Tuberculose e Hepatites; Saúde Bucal, Saúde Mental; e indicadores de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com reconhecimento e validação internacional e nacional, como o PCATool (Instrumento de Avaliação da Atenção Primária).

O incentivo financeiro referente ao Incentivo para Ações Estratégicas é definido com base em especificidades e prioridades em saúde, assim como aspectos estruturais e de produção assistencial das equipes e unidades de saúde, por meio de adesão ou credenciamento da gestão municipal a programas, estratégias e serviços, ou o cumprimento de requisitos definidos pelo Ministério da Saúde. Esses incentivos financeiros abrangem características específicas de acordo com a necessidade em saúde de cada município ou território, contemplando a implementação de programas, estratégias e ações que refletem as singularidades da APS. Portanto, este componente busca atender às especificidades socioeconômicas, territoriais e epidemiológicas.

O incentivo para ações estratégicas pode contemplar o custeio das seguintes ações, programas e estratégias: Programa Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal (eSB); Unidade Odontológica Móvel (UOM); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); Equipe de Consultório na Rua (eCR); Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); Microscopista; Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Academia da Saúde; Programas de apoio à informatização da APS; Incentivo aos municípios com equipes de saúde integradas a programas de formação profissional (residência médica e multiprofissional) no âmbito da Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

O valor do incentivo financeiro do Incentivo para Ações Estratégicas é variado de acordo a estratégia, programa ou ação. Na avaliação de indicadores do primeiro quadrimestre de 2021,



Canaã teve uma pontuação de 8,40 ficando em 26º lugar no ranking nacional e primeiro no Estado, no segundo e terceiro quadrimestre Canaã manteve a primeira posição em relação aos demais Município do Estado. Conforme tabela ...

Tabela 29: Resultado de indicadores, Canaã 2021.

Q	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	Indicador Sintético
Q1	60%	89%	72%	30%	30%	58%	81%	8.40
Q2	64%	91%	83%	30%	29%	61%	81%	8.36
Q3	56%	90%	79%	31%	100%	62%	84%	9,71

Indicadores de desempenho considerados em 2021. I. proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; II. proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; III. proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; IV. cobertura de exame citopatológico; V. cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; VI. percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; VII. percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Gráfico 25: Evolução de indicadores em Canaã no Período Q1, Q2 e Q3 de 2021.

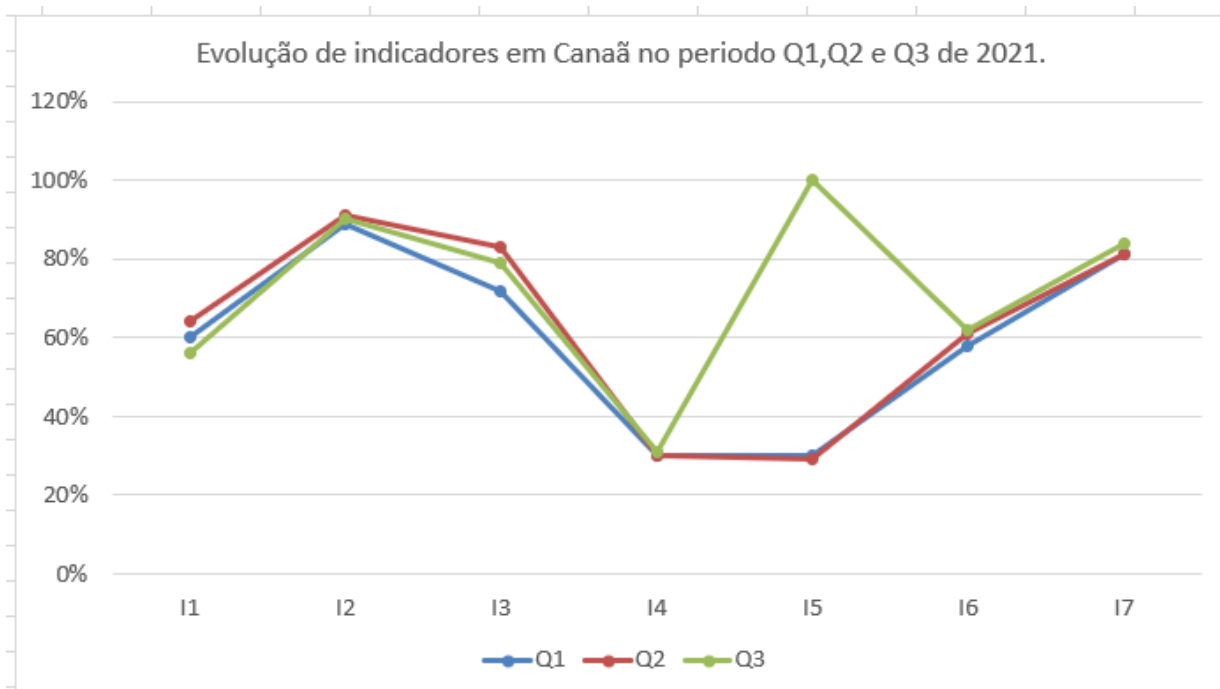


Tabela 30: Resultado de indicadores da região de Carajás 3º quadrimestre de 2021 e indicador sintético de 2021.

Posição	Região Carajás	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	Q1	Q2	Q3
01	CANAÃ DOS CARAJAS	56%	90%	79%	31%	100%	62%	84%	8.40	8,36	9,71
02	PARAUPEBAS	48%	80%	48%	12%	100%	20%	28%	4.50	4.94	7.06
03	NOVA IPIXUNA	53%	80%	53%	18%	100%	9%	8%	4.40	4.46	6.62
04	RONDON DO PARA	43%	74%	54%	15%	100%	7%	18%	3.60	5.19	6.53
05	BOM JESUS DO TOCANTINS	39%	60%	52%	2%	100%	10%	26%	3.80	4.37	6.35
06	PICARRA	31%	66%	32%	15%	100%	12%	18%	4.30	5.12	5.80
07	MARABA	33%	76%	22%	15%	100%	12%	32%	3.90	3.97	5.78
08	SAO GERALDO DO ARAGUAIA	47%	60%	26%	5%	100%	14%	12%	1.60	2.91	5.58
09	SAO DOMINGOS DO ARAGUAIA	40%	48%	29%	3%	100%	4%	12%	3.00	3.40	4.91
10	ITUPIRANGA	23%	55%	28%	5%	100%	8%	3%	2.30	2.86	4.74
11	BREJO GRANDE DO ARAGUAIA	25%	43%	33%	4%	100%	2%	9%	2.10	2.59	4.59



12	JACUNDA	54%	46%	5%	14%	100%	4%	6%	4.10	3.98	4.46
13	ABEL FIGUEIREDO	33%	60%	9%	1%	100%	8%	4%	1.90	1.98	4.28
14	SAO JOAO DO ARAGUAIA	25%	38%	19%	2%	100%	1%	3%	2.00	2.07	3.83
15	CURIONOPOLIS	33%	35%	8%	7%	100%	0%	9%	1.80	1.47	3.76
16	PALESTINA DO PARA	26%	23%	6%	5%	100%	0%	3%	1.80	3.48	3.20
17	ELDORADO DOS CARAJAS	2%	54%	2%	4%	100%	0%	1%	2.10	2.06	3.12

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades loco regionais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS,



centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento, servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A portaria orienta que a gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade: .Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS; .Gerir a referência e contra referência em outros pontos de atenção e Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde – a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde – além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

A Estratégia Saúde da Família é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária, pois permite uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar seus princípios, diretrizes e fundamentos, além de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. Este potencial relaciona-se com as características que convergem para ruptura com modelos assistenciais tradicionais, buscando fortalecimento dos princípios do SUS na construção de modelos de atenção mais resolutivos e humanizados.

A reorganização da Atenção Primária em Saúde em Canaã dos Carajás é necessária afim de ampliar o acesso aos serviços de saúde do nosso município, considerando que a Atenção Básica deve se constituir numa “porta Aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços. O modelo de organização atual da rede prioriza o acesso por





grupos de atendimentos programados, além de facilita apenas o acesso para os usuários de áreas cobertas pela ESF. Os usuários que não se encaixam na demanda programada, ou seja, não fazem parte de nenhum programa ou ciclo de vida acompanhado tem acesso restrito, gerando alto volume de demanda ambulatorial para o atendimento hospitalar, descaracterizando o papel da atenção básica como porta de entrada para a rede de serviços.

A implantação do acolhimento da demanda espontânea é estratégia da nova PNAB e será ferramenta de reorganização da APS no nosso município, e objetiva propriamente ampliar o acesso e otimizar recursos. Este ano o Município focou suas ações na implantação dessa nova estratégia, em articulação com a fundação Vale por meio do projeto do Ciclo Saúde, uma equipe da gestão Municipal teve a oportunidade de vivenciar experimentações concretas de um modelo de saúde que sofreu reformas profundas, pautadas em diretrizes da organização mundial de Saúde. Estes incluíam as reformas: (i) da cobertura universal; (ii) na prestação de serviços que pudesse reorganizá-los em torno das necessidades e expectativas das pessoas; (iii) de políticas públicas que garantissem comunidades mais saudáveis; (iv) de liderança em direção a uma do tipo inclusiva, baseada em negociação e participação, mais adequada à complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos.

Estas reformas preconizadas pela OMS foram implementadas, entre 2009 e 2016, no Rio de Janeiro, Município que está servindo como base para a reorganização dos Serviços de Atenção Primária no Município de Canaã dos Carajás.

A Atenção Básica informa seus dados no sistema nacional de informação da Atenção Básica de SIAB para SISAB/e-SUS, onde a forma de registro de produtividade das equipes das Unidades Básicas de Saúde está dividida em diversos relatórios, sendo os abaixo, os dados que mais expressam os atendimentos prestados na Atenção Básica.

Nas consultas de nível superior estão incluídas as consultas agendadas, consultas agendadas programadas/cuidado continuado, atendimentos de urgências e consultas do dia dos profissionais de nível superior das UBS, com exceção dos dentistas que tem sua produção apresentada separadamente.

Nas atividades coletivas estão incluídas atendimento em grupo, avaliação/procedimento coletivo, educação em saúde e mobilização social.



Na área de Saúde Mental o Município desenvolve ações do Programa de Terapia Comunitária, que atua principalmente junto aos serviços de atenção primária mediante ações de promoção da saúde mental por meio de atividades em grupo realizadas pela equipe multiprofissional do NASF, e mantém um Centros de Atenção Psicossocial (CAPS tipo I).

A gestão do Programa Bolsa Família na Saúde também é de responsabilidade da NASF, o que compreende desde a formatação das listas e treinamento das equipes das Unidades Básicas de Saúde para o acompanhamento das famílias beneficiárias, até a busca ativa e alimentação dos dados no sistema federal do Programa – DATA SUS. O NASF também representa esta Secretaria no Grupo Intersetorial do Programa Bolsa Família, responsável pelo planejamento das ações conjuntas aos beneficiários e pelo monitoramento do programa no município.

Na Atenção as Urgências, conta com 02 (dois) Hospitais gerais sendo um privado e um Filantrópico. O Serviço de Atendimento Móvel à Urgência (SAMU-192), Devido a burocratização do serviço, principalmente dificuldade de comunicação e o sucateamento da ambulância por tempo de uso o Município de Canaã no segundo semestre de 2017 optou por desabilitar o serviço junto ao ministério da Saúde - É sabido que os Municípios paraense receberam a ambulâncias do SAMU 192 há mais de 05 anos e que somente a partir de 2014 os primeiros municípios conseguiram habilitar o serviço. Outro fato é o acesso ao serviço por meio da regulação Estadual, que vem causando grande conflito entre a população e a equipe de resgate, devido ao tempo de resposta por ineficiência do serviço de telefonia.

Nesse sentido foi criado um serviço de resgate de urgência extra hospitalar gerenciado e custeado pelo próprio Município. Essa mudança aconteceu para que o serviço se torne mais resolutivo e de fácil acesso para população. Vale ressaltar que haverá monitoramento para verificar a resolutividade deste novo modelo.

As internações hospitalares são feitas a partir do atendimento de urgência por demanda espontânea. O Município conta com um hospital Municipal de media complexidade, e um hospital filantrópico também de média complexidade, o Hospital Municipal Daniel Gonçalves e o Hospital 05 de Outubro, além dos serviços especializados ambulatoriais nas áreas de Ortopedia, ginecologia e cirurgia geral são ofertados à população por meio da regulação Municipal.



9.2 Serviços Municipais de Atenção à Saúde Mental

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) segundo o Ministério da Saúde estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas, a qual conta com serviços variados, organizada a partir dos equipamentos de saúde mental municipais sendo um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS trabalha em parceria com a Secretaria de Assistência Social, num grupo de trabalho intersetorial, que facilita os atendimentos aos usuários.

No ano de 2023 o Município pretende implantar o O CAPS III, referência para usuários com transtornos mentais, com oferta de leitos para acolhimento noturno e de curta permanência. Assim como O CAPS infantil que é referência para tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais ou em uso de substâncias psicoativas. Atende em regime de acolhimento diário possibilitando a permanência da criança ou adolescente durante o dia; presta atendimento em grupo e individual, realiza atividades lúdicas e terapêuticas, atende familiares, além de realizar visitas domiciliares.

Gráfico 26: Usuários novos cadastrados por quadrimestre no CAPS de Canaã dos Carajás, 2021.

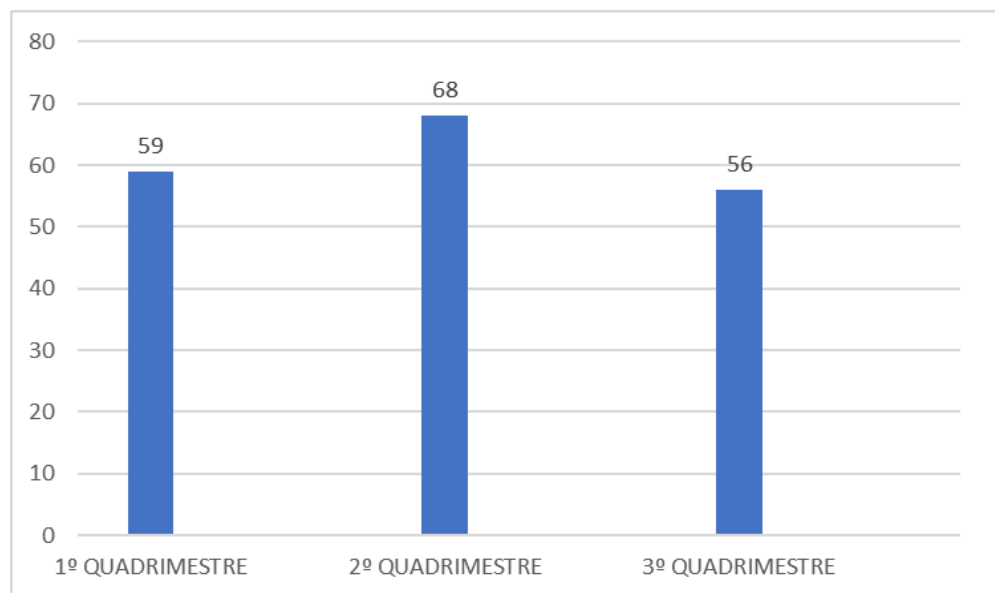
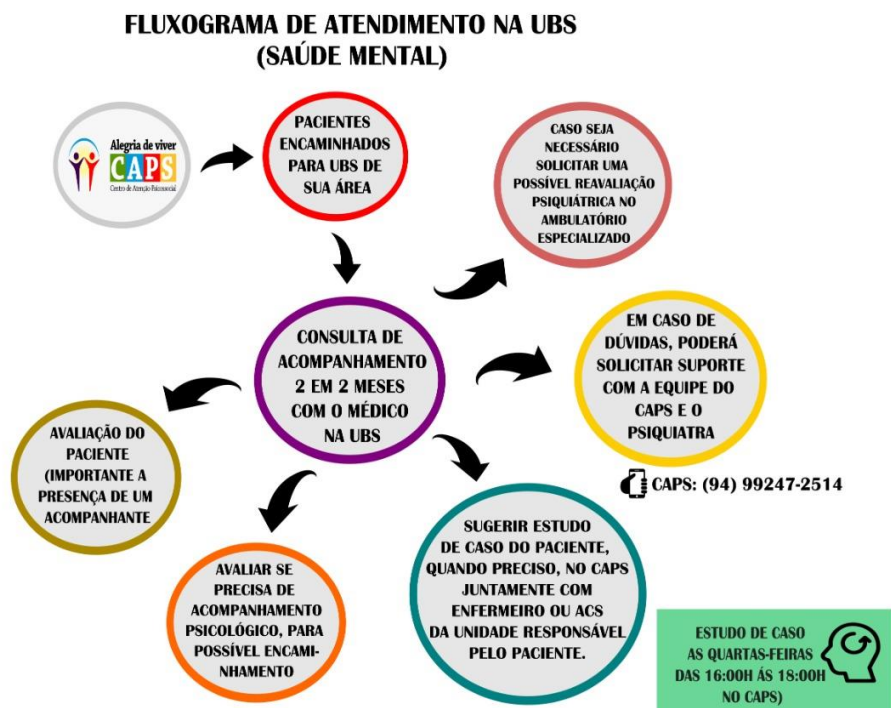




Figura 2: Fluxograma de atendimento na UBS (Saúde Mental)



OBSERVAÇÃO: É importante a UBS fazer uma planilha dos pacientes atualizada (fazer busca ativa, caso o paciente falte a consulta)

9.3 Ações Estratégicas e Programas Assistenciais para Agravos e População Prioritária

10. Programa Bolsa Família

10.1 Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família

O município de CANAÃ DOS CARAJÁS possui . **7.081** famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde, destas na 2ª vigência de 2020 foram acompanhadas **3.217** famílias pela Atenção Básica com **45,43 %**.

Tabela 31: Famílias Atendidas e Valor Total Empregado no Programa Bolsa Família, no Município de Canaã - 2016 a 2020

2016		2017		2018		2019		2020	
Famílias atendidas	Valor Total	Famílias atendidas	Valor Total	Famílias atendidas	Valor Total	Famílias atendidas	Valor Total	Famílias atendidas	Valor Total
3.169	6.727.444	3.925	7.184.365	3.910	7.966.393	3.637	7.352.263	3.217	2.974.37

Fonte: MI Vetor/MDS

11. Programa Academia de Saúde



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

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

12. Programa Saúde da Criança

12.1 Atenção à Saúde da Criança e Aleitamento Materno

As ações de atenção à saúde da criança e aleitamento materno são desenvolvidas pela Atenção Básica desde a década de 70, iniciado como um programa de saúde sendo periodicamente aprimorado com políticas intersetoriais. Busca assegurar a atenção integral à criança e ao adolescente através da realização de ações articuladas dentro do contexto social e familiar, visando promover infância e adolescência protegidas e saudáveis. Por meio de visitas domiciliares realiza busca ativa nos territórios de abrangência e constrói matriciamento de casos com a rede de serviços do município quando necessário.

O cuidado à saúde da criança na Atenção Primária é realizado principalmente através da puericultura, acompanhando as crianças desde o nascimento até 2 anos de idade, contribuindo para o diagnóstico e tratamento precoce dos agravos mais frequentes para a idade, evitando desta forma desvios do crescimento que possam comprometer a saúde atual e qualidade de vida futura. Promove o aleitamento materno e a alimentação saudável, com a prevenção de acidentes e cuidado à criança em situação de violência.

O reconhecimento de que a criança é prioridade e que ela se constitui no grupo mais vulnerável da humanidade dá suporte à importância da atenção integral à sua saúde, pelos



impactos potenciais no presente e no futuro. A absoluta dependência dos adultos, seja no âmbito das famílias ou da sociedade, de forma mais ampla, e o fundamental interesse em garantir o desenvolvimento adequado de gerações futuras, com indivíduos mais saudáveis e socialmente adaptados, explicam, em parte, porque as políticas que priorizam a atenção às crianças se constituem, frequentemente, em políticas de consenso.

- Dentre as ações de crescimento e desenvolvimento da criança temos: Teste do Coraçõzinho realizado no HMDG antes da alta;
- Teste da orelhinha e da linguinha realizado no HMDG antes da alta;
- Teste do Olhinho (serviço terceirizado);
- Teste do Pezinho (hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias)
- Consulta de Enfermagem (visita domiciliar após alta);
- Consulta Médica; Consulta odontológica;
- Suplementação de Sulfato ferroso (Profilaxia dos 6 aos 24 meses);
- Suplementação de Vitamina A (Profilaxia dos 6 aos 59 meses)
- Imunização
- Programa Saúde na Escola

Grupo de Educação em Saúde

Em 2022 Canaã pretende buscar a qualificação para se tornar Hospital amigo da Criança (IHAC). O Município vem se preparando desde de 2018, com a reestruturação do serviço ambulatorial e hospitalar com ações de incentivo a amamentação, para assegurar a prática do aleitamento materno e a prevenção do desmame precoce hospitalar.

12.2 SEMANA DO BEBÊ – NASCIMENTO E DESENVOLVIMENTO SEGUROS

A comissão organizadora da Semana do Bebê foi composta por membros de diversas secretarias de governo (Secretaria de Planejamento, Saúde, Educação e Desenvolvimento Social), pela Fundação de Cultura e Lazer (FUNCEL) e pelo Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) representado por seu secretário executivo Marcos Wilke Lima. A comissão teve como articuladora do Selo Unicef a senhora Lucileide Soares de Amorim.

A primeira reunião da comissão se deu no dia 22/09/2015, onde foi discutido os indicadores deficientes no município que estavam em vermelho no relatório de meio



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



período do Selo Unicef. As ações foram elaboradas com intuito de melhorar os seguintes indicadores: (Percentual de nascidos vivos de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal; Proporção de óbitos infantis investigados; Percentual de gestantes que fizeram o teste HIV até a 20ª semana de gestação). Além destes indicadores foram trabalhadas também ações para melhor adesão no Programa de Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento na primeira infância das Unidades de Saúde da Família.












Participaram do Seminário, dentre usuários e profissionais de saúde, 175 pessoas, no mesmo ano foi aprovada a Lei Municipal 272/2016 que institui a Semana do Bebê na segunda semana do mês de agosto de cada ano. Vale ressaltar a grande conquista que o Município de Canaã dos Carajás obteve. A UNICEF divulgou a relação dos Municípios vencedores do Selo UNICEF e Canaã dos Carajás estava entre os Municípios Paraenses que conquistaram o Selo da Edição 2021-2024.

Este boletim de linha de base apresenta os indicadores de impacto social para o município de Canaã dos Carajás em relação às médias seu grupo de comparação no Selo, do estado e do país. Os municípios foram ordenados e agrupados considerando o desempenho em cada indicador, sendo o grupo 1 com os melhores valores e o grupo 5 com os valores que precisam de maior atenção. A situação do município em relação ao seu grupo de comparação está representada de três formas: **VERDE** – indica que o município apresenta ótimo desempenho no indicador, e que será necessário manter esse desempenho para pontuar. **AMARELO** – indica que o município está acima da média de seu grupo de comparação, e que será necessário manter esse desempenho para pontuar. **VERMELHO** – indica que o município está abaixo da média de seu grupo de comparação, e que será necessário melhorar esse desempenho para pontuar. Conforme tabela abaixo:





Tabela 32: Indicadores Semana do bebê ano 2015 e 2016

Indicador	Ano	Valor inicial	Grupo	Média Grupo	Situação	Melhor quando	Média PA	Média Brasil
 I.1. Percentual de crianças de até 1 ano de idade com registro civil, do total de nascidos vivos	2015	95.0 %	3	94.5 %	AMARELO	↑	90.5 %	97 %
 I.2. Taxa de abandono no ensino fundamental	2016	2.6 %	3	2.5 %	VERMELHO	↓		2.2 %
 I.3. Percentual de crianças beneficiadas pelo BPC que estão na escola	2016	64.4 %	2	65.3 %	VERMELHO	↑	57.1 %	63 %
 I.4. Percentual de crianças menores de 5 anos com peso alto para a idade	2016	5.0 %	2	4.4 %	VERMELHO	↓	5.6 %	8 %
 I.5. Percentual de nascidos vivos de meninas de 10 a 14 anos	2015	1.2 %	2	1.0 %	VERMELHO	↓	1.7 %	0.9 %
 I.6. Percentual de gestantes com sífilis realizando tratamento adequado ²⁸	2015	94.1 %	4	96.7 %	VERMELHO	↑	88.5 %	87 %
 I.7. Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	2015	100.0 %	2	100.0 %	VERDE	↑	87.1 %	92 %
 I.8. Distorção idade-série nos anos finais (6° a 9° ano) do Ensino Fundamental	2016	32.2 %	2	28.2 %	VERMELHO	↓	45.8 %	30 %
 I.9. Percentual de óbitos infantis investigados	2015	65.2 %	4	74.3 %	VERMELHO	↑	70.9 %	82 %
 I.10. Taxa de mortalidade entre crianças e adolescentes de 10 a 19 anos por causas externas	2015	122.79 Por 100 mil	5	98.56 Por 100 mil	VERMELHO	↓	52 Por 100 mil	52 Por 100 mil
 I.11. Percentual de adolescentes de 16 e 17 anos cadastrados no Tribunal Regional Eleitoral	2016	100.0 %	1	100.0 %	VERDE	↑	53.4 %	34 %

Os municípios que participam do Selo UNICEF na Edição 2021-2024 se comprometem a melhorar as políticas públicas municipais em sete áreas:

1. Desenvolvimento infantil na primeira infância;



2. Educação de qualidade para todos;
3. Desenvolvimento integral, saúde mental, e bem-estar de crianças e adolescentes na segunda década da vida;
4. Hábitos de higiene e acesso à água assegurados para crianças e adolescentes nas escolas;
5. Oportunidades de educação, trabalho e formação profissional para adolescentes e jovens;
6. Prevenção e resposta às violências contra crianças e adolescentes;
7. Famílias vulneráveis recebendo atenção integral em serviços intersetoriais de proteção social no município.

Os resultados alcançados precisam ser sistêmicos, ou seja, permanecer nos municípios mesmo após o término das atividades. Quem participa também é monitorado pelo UNICEF em um conjunto de indicadores sociais. Essa combinação contribui diretamente com 7 e indiretamente com outros 4 dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas.

Ao final do ciclo de quatro anos, em 2024, serão reconhecidos com o Selo UNICEF os municípios que mais avançarem nos resultados sistêmicos (o que eles precisam melhorar), nos indicadores sociais (que refletem a qualidade das políticas públicas para a infância e adolescência) e na participação cidadã e gestão por resultados, garantindo a participação de adolescentes e o fortalecimento dos espaços de participação social no Município.

Tabela 33: Crianças de 0 a 9 anos cadastradas no E-SUS, Canaã dos Carajás 2021.

DESCRIÇÃO	MAS	FEM	TOTAL
MENOS DE 1 ANO	257	243	500



1 ANO	401	421	822
2 ANOS	490	436	926
3 ANOS	517	525	1042
4 ANOS	532	431	963
5 A 9 ANOS	2797	2710	5507
TOTAL	9.760		

A rede Cegonha preconiza:

1º ano de vida (7 consultas: 3 consultas médicas e 4 consultas de enfermagem)

2º ano de vida (3 consultas: 2 consultas médicas e 1 de enfermagem)

A partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário.

- CADASTRO NO E-SUS 0 A 24 MESES: 1.555
- Nº DE ATENDIMENTO PRECONIZADO 1º 2º E 3º QUAD – 5.183
- Nº DE ATENDIMENTO REALIZADOS 1º 2º E 3º QUAD – 8.610

1º QUAD 3.284

2º QUAD 2.958

3º QUAD 2.368

13. Programa de atenção à Saúde da Mulher

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens,



porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social.

Em outubro do ano de 2016, a Campanha nacionalmente conhecida como Outubro rosa, nas Unidades de Saúde de Família da Zona Urbana e Postos da Zona Rural, com objetivo de atender as mulheres da área de abrangência da referida unidade e áreas descobertas circunvizinhas. O eixo principal da campanha é a Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Rastreamento para Câncer de Mama, porém as mulheres puderam usufruir de outros serviços de saúde, sendo atendidas de forma integral, foram oferecidos os serviços de: Cuidados básicos, Imunização Triagem, Consultas médicas com Clínico Geral, Consulta médica com ginecologista, avaliação odontológica, consulta de enfermagem, coleta de citológico de câncer de colo de útero e exame clínico de mamas, teste rápidos para as seguintes DST'S: HIV1 & 2, SIFILIS, HEPATITE B E HEPATITE C. Enquanto as mulheres esperavam os atendimentos eram realizadas na sala de espera e atividades educativa com Nutricionista, Educador físico sobre e odontólogos. Os Atendimentos foram organizados através de demanda espontânea e agendamento, de forma que foram orientados, esclarecido dúvidas e agendados outros retornos para casos específicos. Concluímos que a Campanha Outubro Rosa atingiu seus objetivos, sensibilizou as mulheres sobre a importância da prevenção de diversos tipos de câncer e levou -as a refletir sobre a importância do cuidados com sua saúde de forma integral.

13.1 Prevenção e Controle de Câncer de Colo e de Mamas

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção



integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País.

A prevenção deste câncer deve ser realizada através do uso de preservativos nas relações sexuais, a coleta periódica de exame de citopatológico de colo de útero e a vacina. A vacinação, conjuntamente com as atuais ações para o rastreamento do câncer do colo do útero, possibilitará, nas próximas décadas, prevenir essa doença, que representa uma das principais causas de morte por neoplasias entre mulheres no Brasil. A população alvo da vacina HPV é composta por adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 9 a 11 anos (2015).

O Câncer de Mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma, respondendo por cerca de 25% dos casos novos a cada ano. O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos. Estatísticas indicam aumento da sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Existem vários tipos de câncer de mama. Alguns evoluem de forma rápida, outros, não. A maioria dos casos tem bom prognóstico.

O Programa Municipal de Prevenção e Controle do Câncer Ginecológico tem por objetivo reduzir o número de incidência e morte causada por câncer do colo de útero e de mama, bem como melhorar a qualidade e aumentar o tempo de vida das mulheres portadoras desses tipos de câncer. A população alvo do Programa são as mulheres residentes nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde e que tenham iniciado atividade sexual.

Estão mais expostas ao risco para o câncer de colo uterino mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, associado a fatores de risco que vão além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV, outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente. O tabagismo aumenta o risco para o desenvolvimento do câncer



do colo do útero, proporcionalmente ao número de cigarros fumados por dia e ao início em idade precoce (INTERNATIONAL. et al., 2006).

Em Canaã dos Carajás, a coleta de citologia oncótica, o exame clínico das mamas com orientação para o autoexame e solicitação de mamografias são realizados por profissionais médicos e enfermeiros. As mamografias são realizadas de forma terceirizada em clínicas locais.

Tabela 34: Prevenção e Controle de Câncer de Colo e de Mamas em mulheres com faixa etária de 40 a 69 anos.

População- alvo	Periodicidade dos exames de rastreamento				
Mulheres de 40 a 49 anos	ECM anual e, se alterado, mamografia				
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM anual e mamografia a cada dois anos				
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado	ECM e mamografia anual				
Programa	Exame/Procedimento	1º QUAD	2º QUAD	3º QUAD	
Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero	Colposcopia	19	30	30	
	Biópsia	14	30	29	
	Exérese da zona de transformação – CAF	00	08	04	
	Conização	00	00	0	
Programa de Controle do Câncer de mama	Mamografia de rastreamento	46	76	01	
	Mamografia diagnóstica	00	16	13	
	Exame Citopatológico de Mama - PAAF	11	09	07	



	Exame	11	09	01	
	Histopatológico de				
	Mama – PAAF				

O Município de Canaã dos Carajás foi Homenageado na cerimônia do **Prêmio Pará Mulher 2016** pelo alcance da meta de coleta de PCCU de 2015 a 2016.

Figura 1 : Certificado de Homenagem ao alcance da metas de PCCU nos anos 2015-2016.



Tabela 35: Proporção de Mulheres de 25 a 64 anos que Realizaram Exames Citopatológicos do Colo do Útero - 2016 a 2020

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
0,65	0,47	0,56	0,36	0,87	21,27	16,21	12,69	22,86	23,91

14. Programa de Planejamento Reprodutivo

A ampliação do acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos é uma das ações imprescindíveis para garantir o exercício dos direitos reprodutivos no país. Para que isto se efetive, é preciso manter a oferta de métodos



anticoncepcionais na rede pública de saúde e contar com profissionais capacitados para auxiliar a mulher, o homem ou casal a fazer sua opção contraceptiva em cada momento da vida.

É importante salientar que o planejamento familiar, com conhecimento dos métodos e livre escolha, é uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde. Portanto, dentro dos princípios que regem esta política, os serviços devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, considerando as mulheres em sua diversidade tem como objetivo, promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos.

Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde devem empenhar-se em bem informar aos usuários para que conheçam todas as alternativas de anticoncepção, indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo que os usuários possam participar ativamente da escolha do método, bem como prestar a assistência necessária ao seu uso. Considerando que a AIDS vem se tornando uma das principais causas de morte entre mulheres jovens, é fundamental que se estimule a prática da dupla proteção, ou seja, a prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive a infecção pelo HIV/AIDS e a gravidez indesejada. Isso pode se traduzir no uso dos preservativos masculino e feminino ou na opção de utilizá-los em associação a outro método anticoncepcional da preferência do indivíduo ou casal.

Em Canaã dos Carajás em todas as Unidades de Saúde são disponibilizados métodos temporários: anticoncepcional oral e injetável (mensal e trimestral) e preservativo (condon masculino e feminino), DIU está disponível em algumas unidades. Já para a realização dos métodos cirúrgicos (laqueadura e vasectomia) o município conta com as referências do Hospital Municipal Daniel Gonçalves

Figura 3: Fluxograma de Atendimento nas UBS (Planejamento Familiar)





Anticoncepcional oral

Consulta com o enfermeiro

Anticoncepcional injetável

Consulta médica

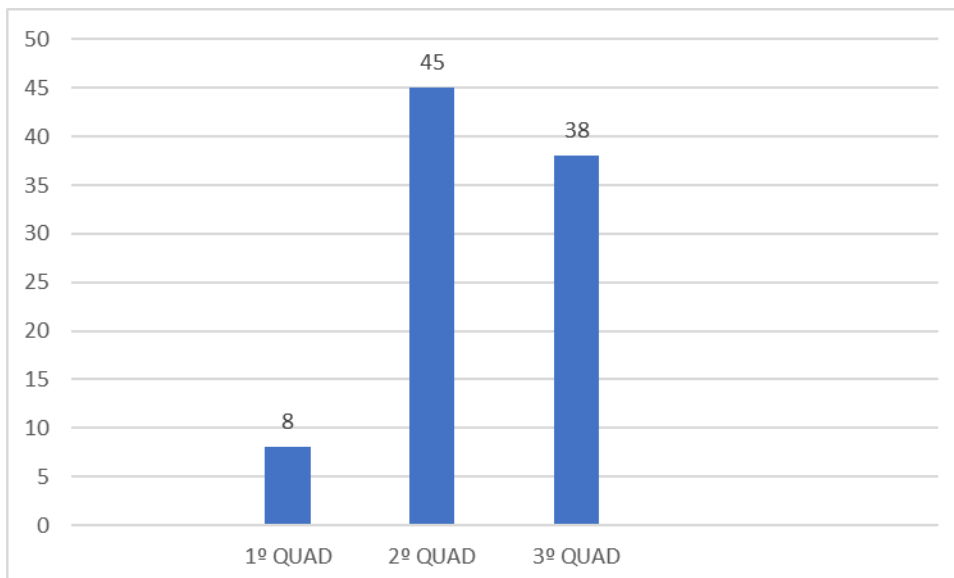
Vasectomia - Encaminhar para Urologista

Laqueadura - Encaminhar para ginecologista

DIU - Realizar PCCU ou Bacterioscopia de
Secreção Vaginal, realizar BhCG uma semana
antes

Inserção do DIU no pós-parto e pós-aborto imediato, deverá ocorrer no período entre 10(dez) minutos a 48 (quarenta e oito) hora que sucedem o parto ou abortamento. (Portaria nº 3.265, de 1º de Dezembro de 2017).

Gráfico 27: Evolução do Planejamento Reprodutivo Quadrimestral ano 2021





15. Atenção ao Pré-natal e Puerpério

O período de gestação e parto envolve grandes mudanças e requer uma adaptação à chegada do novo membro de uma família, constituindo-se, assim, em momento de maior vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, propício para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde a serem realizadas por profissionais de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

O acompanhamento da saúde da mulher neste período gravídico-puerperal se dá com vistas a prevenir agravos, promover a saúde, estabelecer o cuidado e instalar medidas vigilância e proteção ao binômio materno-fetal.

Em Canaã dos Carajás as consultas de pré-natal de risco habitual ocorrem em todas as Unidades de Saúde, as quais também realizam visitas domiciliares para acompanhamento da gestante e busca ativa das faltosas, e acompanhamento das puérperas. As gestantes de alto risco são encaminhadas para o acompanhamento no ambulatório do Hospital Regional Sudeste do Pará.

16. Atenção à Saúde do Adulto e Idoso

16.1 Atenção à Saúde do Adulto e Idoso

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas doenças multifatoriais que surgem no decorrer da vida e são de longa duração. Na atualidade constituem-se como um problema de saúde pública grave, sendo responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde.

17. Programa de Combate a Hanseníase

Em 2016 o Município de Canaã dos Carajás novamente aderiu à Campanha Nacional de Hanseníase do Ministério da Saúde com objetivo de promover a educação em saúde da população e identificar casos suspeitos de hanseníase através do “método do espelho”. A campanha manteve como público alvo estudantes na faixa etária de 5 a 14 anos de 17 escolas



municipais. As atividades da Campanha incluíram mobilização e orientações aos professores e escolares e preenchimento da ficha de autoimagem, método do espelho e confecção de desenho referente à doença pelos alunos. Nenhum caso novo foi identificado entre escolares.

Foram realizadas oficinas de trabalho com representantes de cada unidade (médico, enfermeiro e ACS) e posterior replicação dessa em loco, com pactuação de ações para alcance das metas do Programa. As ações básicas do Programa de Combate à Hanseníase se mantiveram nas unidades de saúde, como diagnóstico de casos novos, exame de contatos intradomiciliares e educação em saúde para a população. Dos 9.651 alunos que receberam a ficha de autoimagem, 3.736 devolveram a ficha preenchida e 86 alunos após análise das fichas ou triagem na escola foram considerados suspeitos para Hanseníase, no entanto somente 01 caso teve seu diagnóstico confirmado.

17.1 IST, HIV / AIDS e Hepatites Virais

O CTA e SAE Implantados no município desde agosto de 2015, oferece atendimento integral aos usuários do serviço, pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras DST's.

Funciona com o atendimento dos seguintes profissionais de saúde: Médico, Assistente Social, Psicóloga, Farmacêutica e Enfermeira, além de dois técnicos de enfermagem, dois administrativos e uma ASG. Durante o ano de 2016 foram realizadas 22 atividades extramuros:

18. Combate ao Tabagismo

Nos meses de março a junho 2016 ocorreram 03 grupos de abordagem intensiva ao fumante, nas ESF: Lucas Lourenço Leite, Realino Pereira da Silva e Novo Brasil. Segue consolidado dos atendimentos na tabela abaixo.

Nos meses de junho a agosto somente 01 unidade (Lucas Lourenço Leite) realizou grupo de cessação do tabagismo. O auditório da USF Realino Pereira da Silva, onde ocorria o grupo, passou a ser utilizado para atendimento de fisioterapia da Policlínica. A USF Novo Brasil, devido ao aumento da demanda de atendimentos para os outros programas, decidiu por não iniciar outro grupo no período. Segue consolidado dos atendimentos na tabela abaixo.



Não foram iniciados novos grupos em setembro e outubro devido à falta de abastecimento de medicação por parte da Secretaria de Estado de Saúde Pública – SESPA.

Nos dias de 21 a 22 de Setembro ocorreu um treinamento do Programa de Controle do Tabagismo no município de Parauapebas ministrado pela coordenação estadual do programa. Participaram a enfermeira e a dentista da USF Nova Jerusalém, a enfermeira e a Médica da USF Evana Alves da Silva, o médico da USF Realino Pereira da Silva e a coordenadora do programa no município.

19. PSE Programa Saúde na Escola

O PSE constitui estratégia interministerial – Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as equipes de Atenção Básica e as equipes da Educação. Conforme Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, o ciclo do Programa tem vigência de dois anos.

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

Tabela 36: Escolas pactuadas x nº de educandos em Canaã PSE para 2021/2022

INEP	ESCOLAS	GRUPO	QTD. EDUCANDOS CRECHE	QTD. EDUCANDOS PRÉ ESCOLA	QTD. EDUCANDOS FUNDAMENTAL	QTD. EDUCANDOS MÉDIO	QTD. EDUCANDOS EJA	QTD. TOTAL EDUCANDOS
15096653	CMEJA JOSE DE DEUS ANDRADE	NÃO PRIORITÁRIA	0	0	405	0	370	775
15097129	EEEM IRMA LAURA DE MARTINS CARVALHO	NÃO PRIORITÁRIA	0	0	0	874	128	1002
15125424	EEEFM PROF NELSON DOS PRAZERES HENRIQUE	NÃO PRIORITÁRIA	0	0	0	1259	112	1371
15125513	EMEIF ADELAIDE MOLINARI	PRIORITÁRIA	16	98	436	0	0	550
15125661	EMEIF CARLOS HENRIQUE	PRIORITÁRIA	0	36	190	0	0	226
15126048	EMEIF JUSCELINO KUBITSCHKEK - ANEXO EMEF MARIA DE	PRIORITÁRIA	0	19	145	0	0	164



	LOURDES ROCHA RODRIGUES							
15126080	EMEIF MAGALHAES BARATA	PRIORITÁRIA	0	20	144	0	0	164
15126366	EMEIF RAIMUNDO DE OLIVEIRA	PRIORITÁRIA	17	55	286	0	0	358
15126579	EMEIF TANCREDO DE ALMEIDA NEVES	NÃO PRIORITÁRIA	0	0	710	0	293	1003
15126587	EMEIF TEOTONIO VILELA	PRIORITÁRIA	0	23	176	0	0	199
15138496	EMEIF UMUARAMA - ANEXO EMEF MARIA DE LOURDES ROCHA RODRIGUES	PRIORITÁRIA	0	13	25	0	0	38
15158420	EMEF BENEDITA TORRES	NÃO PRIORITÁRIA	0	0	1032	0	0	1032
15159892	EMEF SEBASTIAO AGRIPINO DA SILVA	NÃO PRIORITÁRIA	0	0	962	0	0	962
15165868	EMEF ALEXSANDRO NUNES DE SOUZA GOMES	NÃO PRIORITÁRIA	0	0	993	0	0	993
15166686	EMEF CARMELO MENDES DA SILVA	NÃO PRIORITÁRIA	0	0	747	0	0	747
15170586	NEI RAIMUNDO BORGES DE SOUSA	PRIORITÁRIA	126	448	0	0	0	574
15170594	EMEB LUIS CARLOS PRESTES	PRIORITÁRIA	19	37	231	0	49	336
15170608	NEI IRANI VIEIRA DA SILVA	PRIORITÁRIA	36	329	0	0	0	365
15171680	EMEB RONILTON ARIDAL DA SILVA GRILO	NÃO PRIORITÁRIA	0	0	682	0	0	682
15541207	EMEF JOAO NELSON DOS PRAZERES HENRIQUES	PRIORITÁRIA	0	0	300	0	0	300
15588556	NEI BENEDITO FAUSTINO MALACHIAS	PRIORITÁRIA	162	517	0	0	0	679
15588564	EMEF MARIA DE LOURDES ROCHA RODRIGUES	NÃO PRIORITÁRIA	0	0	585	0	0	585
15589048	EMEF FRANCISCA ROMANA DOS SANTOS	NÃO PRIORITÁRIA	0	0	465	0	0	465
15987337	NEI ALEGRIA DO SABER	PRIORITÁRIA	61	235	0	0	0	296

20. VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (VAN)

Atua na melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis. Dentre as ações e serviços realizados podem ser citados: acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família em duas vigências por ano, de acordo com as condicionalidades assumidas pelo governo federal e família beneficiárias no setor da saúde; acompanhamento alimentar e



nutricional de crianças, gestantes e idosos que precisam ser monitorados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde (SISVAN WEB) e coordenação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar).

O SISVAN (Sistema de Vigilância Nutricional e Alimentar) tem como objetivo fornecer informações sobre estado nutricional da população e de fatores que o influenciam. Disponibiliza informações para monitoramento do estado nutricional de diferentes grupos populacionais atendidos nos estabelecimentos de saúde e por profissionais da Estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A partir de 2006, foi disponibilizada a possibilidade de inserção de dados de usuários do Programa Bolsa Família acompanhados pelo setor de saúde (mulheres em idade fértil e crianças menores de 7 anos).

20.1 PARCERIAS COM A FUNDAÇÃO VALE

A Fundação Vale tem como missão contribuir para o desenvolvimento integrado dos territórios nos quais a Vale atua, articulando e potencializando os investimentos sociais, fortalecendo o capital humano e respeitando as identidades culturais locais. Dessa forma, em 2014, foi firmada uma parceria de cooperação técnica entre a Fundação Vale, o Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS) e a Secretaria Municipal de Saúde de Canaã de Carajás, com o objetivo de desenvolver o *Projeto de Fortalecimento da Atenção Básica em Municípios Brasileiros*, através da realização de Oficinas do Ciclo Saúde em todas as unidades de saúde do município.

O projeto está sendo implementado pelo CEDAPS - Centro de Promoção da Saúde, organização da sociedade civil brasileira, criada em 1993, que tem como missão institucional desenvolver a capacidade de comunidades populares de participar ativamente da construção de soluções para seus problemas, e contribuir para a melhoria de serviços públicos que atuam nestas localidades, de maneira a promover a saúde na perspectiva da atuação frente a determinantes sociais da saúde e a redução das desigualdades sociais.



20.1.1 a) Ciclo Saúde

O objetivo do Ciclo Saúde é cooperar tecnicamente com o fortalecimento da Atenção Básica no município de Canaã dos Carajás por meio da qualificação de todas as equipes de atenção básica em temas de atenção, prevenção e promoção da saúde e do fornecimento de equipamentos e mobiliários para fins de aperfeiçoamento do diagnóstico e prática clínica aumentando a resolutividade nos atendimentos e o cumprimento do direito à saúde nos territórios de intervenção.

O processo de cooperação técnica é pautado por duas frentes de ação:

- **Oficinas Locais de Formação e atualização** em aspectos clínicos e promoção da Saúde desenvolvendo capacidades da equipe na gestão e planejamento de ações de participação e controle social aliada a práticas de saúde e educação.
 - ☐ **Cessão de instrumentos e mobiliários específicos**
- **Formação Continuada e mapeamento de boas práticas** por meio de plataforma online e visitas técnicas presenciais oferecendo suporte para educação permanente a distancia.
 - ☐ **Monitoramento e Avaliação**

Todo o projeto contará com processos de monitoramento e avaliação além de registro, sistematização e disseminação de boas práticas visando contribuir diretamente para o pleno cumprimento do direito à saúde no Brasil e em acordo com os princípios do SUS – Sistema Único de Saúde. Ao final serão produzidos dois guias de apoio aos municípios para implementação de unidades de atenção básica mais resolutivas e com melhores resultados frente à saúde da comunidade.

Em Canaã dos Carajás, o Ciclo Saúde aconteceu em 2014 e contemplaram 100% das unidades básicas de saúde através da realização de visitas técnicas, oficinas e da cessão de materiais, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 37 : Atividades realizadas no Ciclo Saúde em Canaã dos Carajás, PA, 2014

Nº	UBS contemplada
----	-----------------



		Nº DE PARTICIPANTES DAS OFICINAS
1	UBS Novo Horizonte	26
2	UBS Nova Jerusalém	15
3	UBS Novo Brasil	19
4	UBS Park Shalon	16
5	UBS Realino Pereira	22
6	UBS Adelina de Jesus	10
7	UBS Bom Jesus	9
8	UBS Cedere	10
9	UBS Elizabeth Maria de Paula	12
10	UBS Serra Azul e PACS	18

20.1.2 b) Projeto Ser Criança

O Projeto Ser Criança teve como principal objetivo a promoção da saúde de crianças de 0 a 14 anos em comunidades da cidade de Canaã dos Carajás, no Sudeste do Pará, reduzindo os riscos à saúde delas, aumentando o acesso das famílias a informações pertinentes sobre cuidados básicos, serviços e programas de assistência existentes no município, e melhorando o funcionamento de organizações locais, serviços públicos e implementando políticas e programas voltados para saúde da criança.

Foram usados mapeamentos, consultas participativas e estudos técnicos para conhecer as particularidades da situação em que o território se encontra em relação à saúde infantil e ao desenvolvimento familiar e comunitário. A contribuição dos moradores é fundamental, pois é a partir desse conhecimento que se constroem as soluções para os desafios encontrados. É formado um comitê local que participa decisivamente de todas as etapas: no processo de identificar os problemas a serem enfrentados, para determinar o foco e o planejamento das ações, e no acompanhamento e constante desenvolvimento dos projetos com foco na promoção da saúde da criança. A metodologia Construção Compartilhada de Soluções Locais



guiará o processo e um fundo de apoio às ações planejadas potencializará a promoção da saúde local.

O projeto atuou em duas frentes complementares: uma frente voltada ao desenvolvimento de serviços públicos de saúde por meio de capacitações e uma frente principal voltada para atuação de adolescentes e jovens promotores da saúde.

Tabela 38: Atividades realizadas no Projeto Ser Criança em Canaã dos Carajás, PA, 2013/2014:

Nº	Oficinas realizadas	Número de Participantes	Perfil dos participantes
1	Oficina de Mapa Falante Digital	43	Adolescentes do PROJOVEM, alunos da rede pública municipal e orientadoras educacionais
2	PerguntAção (Consulta Participativa)	27	Adolescentes, moradoras, profissionais da saúde, assistência e educação (comitê de acompanhamento)
3	Oficina de Sexualidade e Prevenção na Escola e na Comunidade	24	Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiras, técnicas de enfermagem, orientadores sociais, orientadores pedagógicos, professoras, técnicos do CAPS, NASF e articuladores de projetos sociais (ligados ao CRAS)
4	Gestão e Planejamento de Saúde Pública	15	Equipe de planejamento e gestão da SEMSA
5	Oficina de Articulação Intersetorial	34	Profissionais da saúde, educação e assistência social
6	Kit Família Brasileira Fortalecida – Unicef	37	Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiras e técnicas de enfermagem
7	Plano Municipal de Saúde	22	Equipe de planejamento e gestão da SEMSA
TOTAL DE 202 PESSOAS CAPACITADAS.			



Tabela 39: Atividades de formação do grupo de Promotores da Saúde Nova Geração em Canaã dos Carajás, PA, 2014:

Oficinas realizadas
Formação inicial de adolescentes e jovens promotores da saúde
Mobilização e trabalho comunitário
Oficina do Estatuto da Criança e do Adolescente
Oficina de Valorização da Paternidade
Oficina de Protagonismo Juvenil
TOTAL DE 12 ADOLESCENTES ATUANTES EM SEUS TERRITÓRIOS.

Tabela 40: Ações realizadas pelos Promotores da Saúde Nova Geração em Canaã dos Carajás, PA, 2014:

Nº	Ações	Tema Central	Parceiros
1	Tenda Ser Criança em Maio e Junho	Saúde e Prevenção DSTs/Aids	a UBS
2	Tenda Ser Criança em Agosto	Valorização da paternidade	Escolas públicas municipais e UBS
3	Pacto pela Educação - Caminhão da Vale	Estatuto da Criança e do Adolescente	Vale
4	Ação Cidadania na Vila Ouro Verde	Estatuto da Criança e do Adolescente e Valorização da Paternidade	Vale
5	Tenda Ser Criança em Outubro	Estatuto da Criança e do Adolescente / Higiene / Promoção da Saúde	Escolas públicas municipais e UBS
6	Outubro Rosa	Prevenção ao Câncer de Mama / Acolhimento nas UBS	SEMSA e UBS

20.2 Objetivo Geral:

- Promover um ciclo de educação em saúde, por meio dos jovens promotores da saúde, articulando diferentes áreas da comunidade e serviços públicos, para melhoria da qualidade de vida e bem estar em Canaã dos Carajás. [1]



20.3 Objetivos Específicos:

- Aumentar a capacidade (informação, acesso) de moradores a informações técnicas e direitos sociais para promoção da saúde da criança, adolescentes, jovens e das famílias residentes em Canaã dos Carajás.
- Favorecer a incorporação de tecnologias e práticas de promoção e educação em saúde pelas equipes de Saúde da Família /Atenção Básica em Canaã dos Carajás.

[1] Objetivo/missão do projeto elaborado em Oficina Avaliativa em novembro/2014.

21. VIGILANCIA EM SAÚDE

A garantia do acesso integral e de forma oportuna às ações e serviços de qualidade visam contribuir para a melhoria das condições de saúde da população, a redução das iniquidades e a promoção da qualidade de vida dos brasileiros, e ainda, constituem-se como objetivos gerais do Ministério da Saúde, tendo o PQA-VS como parte dessas iniciativas.

A história do programa mostra sua relevância como um marco para a Vigilância em Saúde, por definir compromissos e responsabilidades a serem assumidas pelas três esferas de gestão do SUS.

Em virtude da **Emergência Internacional em Saúde Pública, devido à pandemia pelo COVID-19**, e a disseminação da doença no território brasileiro, o GTVS definiu a manutenção em 2020 do regramento do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), incluindo indicadores, metas e Fichas de Qualificação, vigentes em 2019, com alguns ajustes. Esses ajustes buscam conferir maior clareza a questões que vêm sendo colocadas por gestores e profissionais que atuam em estados e municípios.

É importante destacar, ainda, que no momento da avaliação do Programa 2020, que deverá ocorrer em maio de 2021, o impacto da situação epidemiológica do COVID-19 no Brasil em relação aos indicadores do PQA-VS será analisado, podendo exigir adequações nas metas estabelecidas, o que será discutido no âmbito da SVS e no GTVS.



Tabela 41: Indicadores de vigilância em saúde ano 2016-2020

INDICADOR	META	2016	2017	2018	2019	2020
- Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em até 60 dias do final do mês de ocorrência	>=90%	106%	104%	76%	82%	136%
- Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 dias do final do mês de ocorrência.	>=90 %	106%	84%	78%	86%	97%
Proporção de salas de vacina do município alimentando mensalmente o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) .	>=80%	67%	67%	60%	108%	107%
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	100% - 4	100%	25%	0	33%	0
- Proporção de análises realizadas para o parâmetro Coliformes Totais em água para consumo humano	75%	0	0	0	0	0
Proporção de semanas com lotes do Sinan enviados	50	52	52			
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	80%	67%	100%	0	33%	19%
Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento adequado até 48h a partir do início dos sintomas...	70%	40%	100%	0	67%	0
Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.	4	7	0	0	0	-
Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados..	80%	85%	79%	79%	95%	96%
Proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados	70%	81%	56%	74%	71%	96%
Número de testes de sífilis por gestante..	2	1,62	2,70	1,13	2,80	2,35



Número de testes de HIV realizados..	15%	14389%	3%	-23%	212%	19%
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.	95%	100%	100%	100%	100%	100%
Proporção de notificação de violência interpessoal e autoprovocada com campo raça cor preenchido com informação válida	95%			100%	100%	100%
Total de indicadores alcançado		10	7	3	7	10
Valor recebido		64.048,78	61.748,83	27.443,93	37.049,30	43.538,01

As ações das equipes que atuam em Vigilância em Saúde são pautadas pelos indicadores de saúde pactuados pelo gestor local, nos diversos instrumentos de pactuação de âmbito nacional, estadual e municipal entre os quais destacam-se o SISPACTO/ COAP e o PQA-VS do Ministério da Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Plano Municipal de Saúde.

A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população. Abrangem toda a população de Canaã dos Carajás e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- A vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- A detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- A vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- A vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;



- A vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- A vigilância da saúde do trabalhador;
- A vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e
- Outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicas e privadas nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

Em Canaã dos Carajás a Vigilância em Saúde é organizada nos seguintes setores com as respectivas ações e serviços:

21.1 SETOR DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

É o Setor responsável pela vigilância e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis e acompanhamento e encerramento oportuno dos casos notificados. Seu principal objetivo é promover a detecção ou prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. Dentre as ações e serviços realizados, destacam-se: coleta de dados, consolidação e análise das informações coletadas pelas unidades de saúde subsidiando o planejamento local em saúde; realização de investigação epidemiológica (ex.: doenças imunopreveníveis e eventos adversos pós-vacinais); investigações de óbitos fetais, infantis e maternos; promover ações educativas; capacitar os profissionais de saúde em conteúdos afins, produzir e divulgar boletins e informes epidemiológicos.

21.2 IMUNIZAÇÃO

Coordenar e supervisionar ações de vacinação, tanto de rotina, quanto as de Campanhas, através da realização das Campanhas da Vacinação e Monitoramento Rápido de Cobertura de acordo com o calendário Nacional e Estadual; capacitação e suporte aos profissionais de saúde; supervisão das salas de vacina; implantação do SI-PNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização) nas salas de vacina; solicitação mensal dos imunobiológicos ao 11º Centro Regional de Saúde e distribuição de insumos diariamente dentro do município por meio do SIES (Sistema de Informação de Insumos Estratégicos).



Atualmente, o município possui 10 salas de vacina, sendo: 08 distribuídas na rede de Atenção Primária à Saúde, 01 no Hospital Municipal Daniel Gonçalves e 01 no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento). A coordenação de imunização também fornece imunobiológicos a Maternidade do Hospital Cinco de Outubro (hospital privado do município), com objetivo de oportunizar a vacinação dos recém-nascidos. Os imunobiológicos são armazenados, gerenciados e distribuídos a partir da Rede de Frio da Secretária Municipal de Saúde.

21.3 SETOR DE VIGILANCIA SANITÁRIA E SAÚDE DO TRABALHADOR – SEVISSAT

A vigilância Sanitária Municipal foi criada em 2001 por meio da Lei 024\2001. Tem por objetivo buscar, eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços, por meio de ações de fiscalização em estabelecimentos de saúde e interesse à saúde, tais como: bares, restaurantes, drogarias, clínicas, hospitais, entre outros.

As ações são planejadas de acordo com as divisões baseadas na classificação de risco que a atividade oferece a população:

- DCQA - Divisão de Controle de Qualidade dos Alimentos
- DCDM – Divisão de Controle de Drogas e Medicamentos
- DCSEP – Divisão de controle de serviço e exercício profissional
- DCSHT – Divisão de controle de Hotelaria e Trabalho

Tabela 42: Evolução dos procedimentos sujeitos a vigilância sanitária, Canaã 2016-2021

PROCEDIMENTOS	2016	2017	2018	2019	2020	2021
0102010056 ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O SETOR REGULADO	-	-	2	-	-	25
0102010064 ANÁLISE DE PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA	-	-	-	-	-	4
0102010072 CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	1.071	2.724	121	386	408	825
0102010145 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE HOSPITAIS	1	-	-	-	6	4
0102010161 EXCLUSÃO DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM ATIVIDADES ENCERRADA	33	51	116	15	3	12
0102010170 INSPEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	1.127	1.035	955	498	846	3.068
0102010188 LICENCIAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	319	372	290	175	156	470



0102010200 INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS	1	-	-	-	-	-	-
0102010226 ATIVIDADE EDUCATIVA PARA A POPULAÇÃO	2	-	2	-	214	116	
0102010234 RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	57	44	26	18	240	104	
0102010242 ATENDIMENTO À DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	49	38	26	19	240	113	
0102010250 CADASTRO DE HOSPITAIS	2	-	-	-	-	7	
0102010269 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE HOSPITAIS	-	-	-	-	6	4	
0102010307 CADASTRO DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS	-	-	-	1	1	2	
0102010374 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS HOSPITALARES DE ATENÇÃO AO PARTO E À CRIANÇA	-	-	-	-	3	-	
0102010455 CADASTRO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	61	65	109	116	174	115	
0102010463 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	542	544	482	245	240	474	
0102010471 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	205	179	191	82	89	141	
0102010528 INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO	-	-	-	2	-	-	
0102010536 CONCLUSÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO	-	-	-	-	-	3	

21.4 SAÚDE DO TRABALHADOR

A Vigilância em Saúde do Trabalhador busca promover a saúde e reduzir a morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. Com este objetivo, dentre as principais ações e serviços executados estão: notificação e investigação dos acidentes de trabalho; capacitações voltadas à prevenção de acidentes de trabalho e combate ao trabalho infantil; inspeção das condições dos locais de trabalho e intervenção quando necessário; atendimento de denúncias relacionadas ao ambiente de trabalho.

A divisão de vigilância em saúde do trabalhador, de acordo com organograma municipal, está contemplada dentro do setor de Vigilância Sanitária. No entanto as ações que já são executadas são realizadas através do setor de Vigilância Epidemiológico. As notificações que são acompanhadas por meio do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação) são aquelas relacionadas a acidente com materiais biológicos e acidentes graves. Porém, atualmente observa-se apenas a notificação de acidentes com materiais biológicos, principalmente com materiais perfuro-cortantes pelos estabelecimentos de saúde, basicamente



os hospitais. Portanto, é necessário ampliação da rede de notificação, como também os tipos de acidentes relacionados ao trabalho.

21.5 SETOR DE VIGILANCIA AMBIENTAL, CONTROLE DE ENDEMIAS E ZOOZOSES.

Vigilância Ambiental é o setor responsável por realizar coleta e análise da qualidade da água para consumo humano; cadastrar e monitorar áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado. Este conjunto de ações visa o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

Atua também na coordenação das ações de combate e prevenção às endemias: dengue, leishmaniose visceral, raiva, doença de Chagas, esquistossomose, controle de roedores e na prevenção de acidentes por animais peçonhentos. O Setor tem como principais atribuições através dos agentes de combate as endemias que estão lotados dentro das unidades de equipe de saúde da família: visita domiciliar bimensal para ações de combate aos vetores de doenças; orientação e eliminação dos potenciais criadouros; realização de bloqueios de transmissão para dengue e outras doenças em áreas com risco de epidemia; atendimento de demanda para orientação; ações de educação em saúde e mobilização social envolvendo todas as temáticas das zoonoses; realização das campanhas anuais de vacinação antirrábica animal.

22. ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR ESPECIALIZADA

O Município oferta especialidades de média e alta complexidade em serviços próprios (Centro de Especialidade), PPI(programação pactuada integrada e da rede complementar contratualizada).

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 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.

22.1 Serviço Municipal de Atenção Domiciliar (SAD)

O serviço tem o objetivo de evitar internamentos desnecessários e consequente sobrecarga nos hospitais do Município, manteve, em média, 60 pacientes por mês em atendimento, equiparando-se à uma unidade hospitalar de médio porte. Contacom com Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar (EMAD), composta por assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo

ASSISTENCIA PRESTADA: Realização de curativos; Terapias multiprofissionais; Acompanhamento nutricional; Consulta de enfermagem; Avaliação e conduta médica; Medicação endovenosa ; Passagens de sonda; Coleta domiciliar de material para exames laboratoriais; Acompanhamento de sinais Vitais; Avaliação e acompanhamento do social; Triagem prévia a consulta médica e Treinamento de cuidadores para manutenção do paciente em casa.

O SAD mantém um trabalho de parceria com instituições hospitalares e UBS com intuito de fortalecer o trabalho da rede assistencial, permanece a oferta por locação de equipamentos, como: BIPAP, concentradores de oxigênio, respiradores mecânicos e estimulador de tosse. Os contratos para fornecimento de gás oxigênio e de medicações manipuladas também foram mantidos, como o fornecimento de oxigênio no domicílio dos usuários que necessitam do tratamento, inclusive a nova demanda causada pela infecção e sequelas do COVID-19, permitindo a desospitalização.

22.2 Centro de Especialidade

Constitui o espaço de cuidado especializado, integrado à rede de atenção à saúde. Atua como apoio especializado, complementando as ações da Atenção Primária à Saúde. Oferece



consultas especializadas médicas e não-médicas, pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, assim como suporte diagnóstico e terapêutico Como:

- Programa Estadual e Municipal de Assistência Farmacêutica Especializada;
- Programa Municipal de APLV E IL;
- Programa Municipal de Alimentação especial e suplementação;
- Programa de Pré Natal de Alto Risco;
- Pequenas cirurgias;

Essa unidade de atendimento conta com profissionais das seguintes especialidades: cardiologista, urologista, ginecologista, cirurgião geral, psiquiatra, neurologista, pneumologista, pediatria. Conta, ainda, com profissionais de fonoaudiologia, psicologia, nutrição e fisioterapia

22.3 CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (**CTA**) são serviços de **saúde** que, articulados aos demais serviços do Sistema Único de **Saúde** (SUS), representam uma estratégia importante na promoção da equidade de acesso ao aconselhamento e ao diagnóstico do HIV, das hepatites B e C e da sífilis.

O Serviço de Assistência Especializada – **SAE** é um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo **HIV/Aids** e Hepatites Virais. O objetivo destes serviços é prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de uma equipe multidisciplinar.

Assistência prestada:

- Acolhimento;
- Consulta médica (clínico geral, ginecologista, pediatra)
- Testagem para HIV, Sífilis, Hepatites A B e C e coleta de exames complementares;
- Atendimento multiprofissional individual ou em grupo ;
- Atendimento psicológico individual ou em grupo;
- Visitas domiciliares;
- Assistência farmacêutica.

Conta com uma equipe Multiprofissional composta por: Assistente Social, Médico Clínico, Psicólogo e Enfermeiro.



O Programa Municipal de DST/AIDS, assim como o Programa Nacional, tem a missão de reduzir a incidência do HIV/AIDS e outras DST's e a vulnerabilidade da população brasileira a esses agravos, promover a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, reduzir o estigma e os demais impactos negativos do HIV/AIDS e outras DST's, por meio de políticas públicas pautadas pela ética, pelo respeito a diversidade sexual, racial, étnica, social, econômica e cultural, à cidadania e aos direitos humanos e pelo compromisso com a promoção à saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, contribuindo para a resposta global a epidemia. O atendimento acontece por demanda espontânea dos usuários para realização dos exames, não havendo necessidade de agendamento. O aconselhamento pós-teste é realizado individualmente e com agendamento. Diante do resultado positivo, após o aconselhamento, o usuário é encaminhado para o Serviço de Assistência Especializada, tendo a sua disposição tratamento médico, psicológico e assistencial.

O sigilo sobre as informações é total, e este só pode ser rompido com autorização expressa do usuário. Caso o mesmo decida comunicar o resultado para a família, o CTA se coloca à disposição para quaisquer esclarecimentos e disponibiliza também aos familiares acompanhamentos psicológicos e assistenciais.

22.4 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O Município de Canaã dos Carajás conta com 02 hospitais gerais, sendo um público e um privado.

A atenção hospitalar começa com a autorização que é emitida a AIH através do sistema Módulo Autorizador do DATASUS. O autorizador não tem acesso ao controle da disponibilidade de leitos. Capacitação com relação ao faturamento, nem nas áreas de controle, avaliação e auditoria. Canaã dos Carajás possui dois hospitais que, em seu conjunto, oferecem atendimento bastante completo e complexo aos Municípios.

Hospital Daniel Gonçalves, com os seguintes serviços: 52 leitos em 2020, sem o complementar.



- Serviço de diagnóstico por imagem
- Serviço de diagnóstico por laboratório clínico
- Serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos
- Serviço de traumatologia e ortopedia
- Serviço de urgência e emergência
- Internações Clínicas
- Internações Cirúrgicas
- Agência Transfusional

Tabela 43: Leitos Hospitalares por especialidade e natureza jurídica em Canaã dos Carajás 2017.

Leitos Hospitalares	Leitos Existentes	Leitos SUS
UNIDADE ISOLAMENTO	1	1
CIRURGIA GERAL	12	12
CLINICA GERAL	18	18
SAUDE MENTAL	1	1
OBSTETRICIA CIRURGICA	7	7
OBSTETRICIA CLINICA	6	6
PEDIATRIA CLINICA	6	6

Hospital 05 de outubro com 27 leitos, entidade beneficente sem fins lucrativos, esfera administrativa privada.

- Serviço de diagnóstico por imagem
- Serviço de diagnóstico por laboratório clínico
- Serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos
- Serviço de traumatologia e ortopedia
- Serviço de urgência e emergência
- Internações Clínicas
- Internações Cirúrgicas

Tabela 44: Leitos por especialidade saúde complementar, em Canaã dos Carajás 2017.

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
-----------	-------------------	------------



CIRURGIA GERAL	10	0
CLINICA GERAL	9	0
OBSTETRICIA CLINICA	2	0
OBSTETRICIA CIRURGICA	2	0
PEDIATRIA CLINICA	4	0

Os parâmetros de leitos estabelecidos pela portaria 2.048 de 2002, estabelece 2,5 a 3,0 leitos p/1.000 habitantes. Observa-se que o Município nos anos partir de 2010 atingiu este parâmetro estabelecido pela portaria.

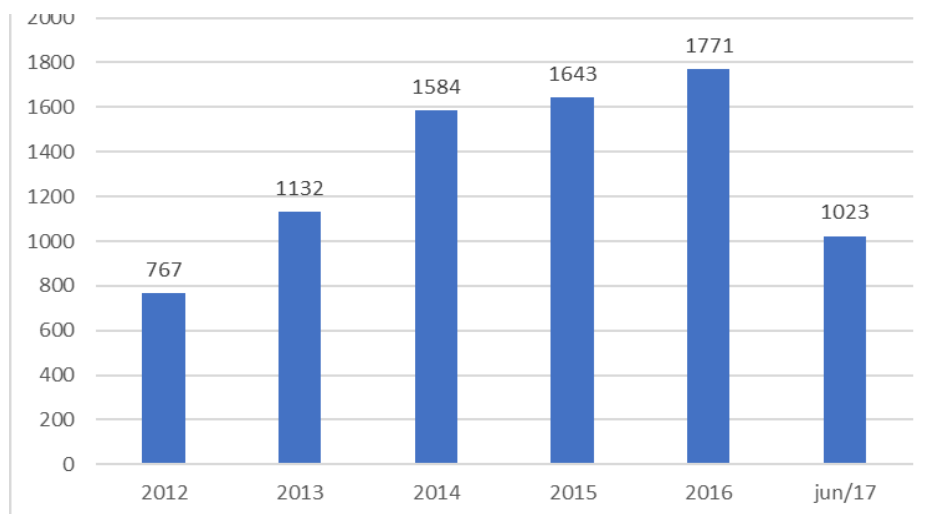
Tabela 45: Série Histórica de Leitos por estabelecimentos em Canaã dos Carajás, 2007-2015

Leitos	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de Leitos - Hospitalares	26	44	44	63	72	72	72	72	72
Número de Leitos - Ambulatórios	3	3	3	3	3	3	7	7	16
Número de Leitos - Urgência	5	5	5	8	17	17	17	17	17
Total de leitos	34	52	52	74	92	92	96	96	105
Leitos/ Mil Habitantes	1,43	1,99	1,88	2,77	3,29	3,29	3,09	2,97	3,12

Fonte: DATASUS/MS

Através das atuais ferramentas que o DATASUS disponibiliza é possível identificar somente o número de procedimentos executados em pacientes internados. Portanto, o total de AIH pode ser maior que o número de pessoas que internaram isto porque o mesmo paciente pode ser submetido a mais de um procedimento, durante o mesmo período de internação.

Gráfico 28: Evolução do Nº de Internações no Hospital Municipal Daniel Gonçalves no período de 2012 –jun 2017.



Fonte: DATASUS.



23. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes:

- I. Componente básico da assistência farmacêutica
- II. Componente estratégico da assistência farmacêutica
- III. Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE, que a partir de 2010 passa a se chamar Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Esses componentes sofreram nova regulamentação através das Portarias GM/MS nº 1.554 de 31 de julho de 2013, e Portaria GM/MS nº 1.555 de 31 de julho de 2013, com o objetivo de:

- Definir responsabilidades para cada esfera de gestão em relação a doenças e fármacos.
- Garantir uma linha de cuidado mediante a integralidade do tratamento.
- Ampliar a cobertura para doenças relevantes do ponto de vista clínico epidemiológico.
- Incorporar novos tratamentos.
- Otimizar os recursos orçamentários disponíveis.

23.1 Componente Básico da Assistência Farmacêutica

A Portaria GM/MS n.º 204 de 29 de janeiro de 2007, no seu art.25 define que:

“O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica”
(BRASIL, 2007a)

Os valores, de responsabilidade das três esferas de gestão, a serem aplicados na aquisição de medicamentos, definido no art. 3º da Portaria 1.555/2013 são no mínimo de:

Tabela 46: Valores de financiamentos da assistência farmacêutica nas três esfera de gestão.

União	R\$5,10	R\$9,82 hab/ano
Estado	R\$2,36	
Município	R\$2,36	



O modelo assistencial adotado pelo município é aquele que mantém a dispensação de medicamentos funcionando no mesmo prédio das Unidades de Saúde. No momento são 11 unidades que dispõem de medicamentos básicos, distribuídos nos dois distritos Urbano e Rural. Em relação aos medicamentos de alto custo, que ainda estão sob responsabilidade Estadual, estes são solicitados por profissionais das redes básicas e encaminhados os processos para liberação pela 11ª Regional de Saúde.

O Município só possui a rede básica para distribuição de medicamentos, ainda não conta com o programa farmácia popular de rede própria e o programa de farmácias privadas cadastradas no programa aqui tem farmácia popular. Na atenção Básica todas as unidades de Saúde contam com distribuição de medicamentos da RENAME. O Município em 2015 padronizou uma relação de medicamentos seguindo dados epidemiológicos, assim como informatizou e estruturou a CAF que hoje fica centrada no Almoarifado Central no prédio da prefeitura. Conta com uma farmácia hospitalar com funcionamento 24h com utilização de dose única de medicamento para os internos.

23.2 DETERMINANTES E CONDICIONANTES

23.2.1 Aspectos Socioeconômicos

Canaã dos Carajás é a 6ª maior economia do Estado e a 200ª economia do País. O tripé da economia de Canaã em 2011 é a Indústria com 86,3%, responsável pela maior parcela da movimentação financeira do município, seguido pelo segmento de Serviços com 32,05% e pela Agropecuária. De acordo com o IBGE em 2000 a renda média domiciliar per capita era de R\$ 332,77 passando para R\$ 490,67 em 2010.

A taxa de analfabetos em Canaã dos Carajás é de 9,60% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos encontram-se na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE de 2010.

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 48,65% em 2000 para 58,89% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação, ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada passou de 5,14% em 2000 para 89,14% em 2010.



O número de pessoas na faixa etária de 10 a 15 anos referente à população infantil ocupada, reduziu de 15,25 % em 2000 para 12,51% em 2010 - , podendo ser em consequência da publicação da Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Em relação ao Saneamento Básico de acordo com IBGE 2010. O percentual de domicílios atendidos pela rede de abastecimento de água é de 30.81%. A coleta de lixo abrange 75,09% da população. Já a rede de esgoto atende 1.587 residências, ou pouco mais de 21% do número de domicílios da cidade.

23.2.2 Promoção da Saúde

As condições de trabalho, de moradia, de alimentação, do meio ambiente e de lazer, dentre outras, determinam nossa maior ou menor saúde. A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade.

Observa-se a ocorrência da transição nutricional na população, marcada por transformações no perfil nutricional, dentre as quais se pontua a redução da prevalência de desnutrição e aumento da prevalência de obesidade. A obesidade se firmou como uma condição de risco, para a incidência de doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes mellitus tornando-se um importante problema de saúde pública que influencia diretamente o perfil de morbimortalidade da população. O Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é um instrumento para obtenção de dados e monitoramento do estado nutricional das pessoas que frequentam as Unidades Básicas de Saúde e que são assistidas pelas Equipes de Saúde da Família, incluindo beneficiários do Programa Bolsa Família e Programa de Saúde na Escola com o objetivo de detectar precocemente as situações de risco para evitar a ocorrência de desvios nutricionais como desnutrição, sobrepeso e obesidade e de desenvolver ações preventivas contra esses agravos à saúde.



24. GESTÃO EM SAÚDE

24.1 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

A Coordenação de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde tem sua estrutura definida em Setor de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Setor de Educação e Comunicação em Saúde, Setor de Ouvidoria e Apoio ao Conselho Municipal de Saúde.

A esta coordenação compete o desenvolvimento de políticas de gestão de pessoas, proporcionando a integração de seus profissionais ao sistema organizacional, através do fluxo de suas atividades referentes às rotinas de pessoal, benefícios, pagamento de pessoal, bem como contratações, treinamento/capacitações, avaliação de desempenho, acompanhamento do perfil dos servidores, rotatividade, absenteísmo, retenção, entre outros.

A secretária Municipal de Saúde está em fase de reestruturação com intuito de atender a política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, definido de forma clara e eficaz os papéis de cada setor dentro desta coordenação e a partir desta reorganização elaborar uma Política Municipal a fim de garantir que os princípios e diretrizes preconizados pelo Sistema Único de Saúde sejam executados com eficiência e eficácia, e que os profissionais possam desenvolver suas atividades com motivação e satisfação.

A RESOLUÇÃO Nº 11, DE 17 DE JANEIRO DE 2017 Estabelece o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS).

No seu Art. 1º Esta Resolução estabelece o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Art. 2º Para os fins do disposto nesta Resolução, considera-se: I - Mapa da Saúde: descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema; e II - Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de



comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Art. 3º As estratégias operacionais contidas nesta Resolução baseiam-se nas prioridades e objetivos estratégicos apontados pelo Ministério da Saúde, no Plano Nacional de Saúde, e estão em consonância com os macro desafios e metas do Plano Plurianual (PPA) 2016-2019.

São objetivos da política:

- Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar;
- 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;
- Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã;
- Aprimorar a relação interfederativa a atuação do Ministério da Saúde como gestor federal do SUS; e
- 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.

O Plano Operativo para implementação da PNEPSSUS estrutura-se em 4 (quatro) eixos estratégicos condizentes com a estruturação da PNEPS-SUS, definidos na Portaria nº 2.761/GM/MS, de 19 de novembro de 2013, a partir das seguintes estratégias impulsionadoras da Educação Popular em Saúde no SUS:

- I - Eixo 1: Participação, Controle Social e Gestão Participativa;
- II - Eixo 2: Formação, Comunicação e Produção de Conhecimento;
- III - Eixo 3: Cuidado em Saúde; e
- IV - Eixo 4: Intersetorialidade e Diálogos Multiculturais.



24.2 Participação e Controle Social

A Lei Federal número 8.142, de vinte e oito de novembro de 1990, publicada após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei número 8.080, 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.

O conselho Municipal de Saúde de Canaã dos Carajás foi criado pela Lei Municipal 013/1997. Sendo formado por com 16 membros, sendo 08 titulares e 08 suplentes paritariamente. Foi realizada nos dias 14 e 15 de outubro a 11ª conferência Municipal de Saúde e no dia 15 houve eleição das entidades que comporão o conselho de Saúde para o Bienio 2021/2023.

Foi empossado em 0 de 2021, pelo decreto Municipal 935/2021. Ficando nomeadas para o Biênio 2021/2023, as seguinte representações:

REPRESENTANTES DOS USUARIOS DO SUS:

- a) Associação de Micro e Pequenos Empreendedores de Canaã dos Carajás-AMPECC:*
- b) Associação dos Servidores Concursados de Nível Superior de Canaã dos Carajás – ASCONC*
- c) Augusta e Respeitável Loja Simbólica Estrela De Canaã n78-MAÇONARIA:*
- d) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Canaã dos Carajás – APAE:*

REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES DA SAUDE:

- a) Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará-SENPA*
- b) Sindicato dos Trabalhadores em Saúde Pública do Estado do Pará-SINTESP/PA*

REPRESENTANTES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DO SUS:

- a) Pro clínica Diagnósticos e Equipamentos LTDA-EPP:*

b) REPRESENTANTES DOS GESTORES DO SUS:

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 dois 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.



Em 2021 foi realizada a XI conferência Municipal de Saúde, convocada pelo decreto 901/2021, com o seguinte Tema: **“OS ENFRENTAMENTOS DO SUS DIANTE DA NOVA REALIDADE EM DECORRÊNCIA DA PANDEMIA”**

No ano de 2021 foi eleito como presidente do Conselho Municipal de Saúde gestão 2021/2023, um conselheiro representante do segmento Trabalhadores de Saúde do SUS. Os conselheiros tem à sua disposição, uma sede para suas reuniões com estrutura necessária para o desempenho de suas atividades.

A Ouvidoria em Saúde é também um instrumento da democracia participativa e, na Secretaria de Saúde está em fase de implantação e tem com o objetivo de buscar excelência no atendimento aos usuários do SUS municipal, favorecendo o livre acesso dos mesmos, para realização de críticas, reclamações, denúncias, sugestões e elogios relativos às ações e serviços de saúde. É uma ferramenta desenvolvida para registro de demandas dos usuários, que serão analisadas com a finalidade de conhecer deficiências nos serviços, melhorando assim os atendimentos prestados pelos mesmos.

24.3 Regulação e Auditoria

A Coordenação de Regulação ao Acesso e Serviços de Saúde é vinculada diretamente ao Secretário Municipal de Saúde e compõe-se de três Setores: Setor de Gerenciamento do Complexo Regulador, Setor de Gerenciamento do Tratamento Fora do Domicílio, Setor de Programação, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. Tem como finalidade a aplicação da política de regulação assistencial, controlando e avaliando a prestação de serviços de assistência à saúde contratados da rede pública e privada, através de técnicas e procedimentos específicos, realizando entre outras as seguintes atividades principais:

- conhecer e fazer cumprir as portarias e normas técnicas do SUS;
- elaborar e propor normas, regulando as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços contratados (públicos e privados);
- controlar o pagamento efetuado aos prestadores de serviços de saúde, conveniados/contratados ao SUS, observando as normas que orientam a legislação específica;
- organizar, monitorar e controlar o sistema de marcação de consultas, de exames, de atendimentos ambulatoriais e de internações hospitalares;
- coordenar a operacionalização do credenciamento de prestadores de serviços ao SUS, seguindo parâmetros do Ministério da Saúde e o perfil epidemiológico e acompanhar o cumprimento dos contratos;



- proceder a avaliação qualitativa periódica dos serviços contratados, controlar e acompanhar os processos de programação, produção e de faturamento.

Para cumprir essas atividades a Secretaria Municipal necessita elaborar um plano de ação para reestruturar os setores tanto com estrutura física como pessoal especializado que exerce as funções de auditoria, supervisão, autorização e revisão dos procedimentos contratados pelo SUS junto aos prestadores de serviços de saúde. O Setor de Programação, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde apresenta-se como um forte instrumento de gestão para a melhoria e fortalecimento do SUS municipal, buscando constantemente a integração e harmonia com os setores da SMS. A este setor deverá ser incorporado serviço de Auditoria Municipal, que atualmente encontra-se desestruturado. O número de profissionais ainda é insuficiente para realizar todas as atividades propostas.

O protocolo para referência e contra referência encontra-se em fase de elaboração e pretende-se implantar um sistema de informação com dados que viabilizem relatórios para o acompanhamento e agendamento de acordo com as necessidades e prioridades dos usuários ainda não elaborado, sendo uma dificuldade enfrentada. A regulação do acesso visa aperfeiçoar a utilização dos recursos, organizando estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores - públicos e privados, gerentes e profissionais. A regulação do acesso é feita pelos complexos reguladores que compreendem a Central Municipal de Regulação de Internações, a Central Municipal de Regulação de Consulta e Exames e o Tratamento Fora de Domicílio – TFD.

25 PLANEJAMENTO

O Planejamento é uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em junho de 2011 foi publicado o Decreto 7508 que regulamenta a Lei 8080/90 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A Coordenação de Planejamento é ligada diretamente ao Secretário e compõe-se dos seguintes setores: Setor de Programação e Execução Orçamentaria em Saúde, Setor de Capitação de recursos em Saúde, Setor de Gerenciamento e Manutenção de rede de Tecnologia da Informação em Saúde, Setor de apoio Logístico, Almoxarifado, Compras e



Controle Patrimonial, Setor de Acompanhamento e Manutenção de Abastecimento e Setor de Gerenciamento de Contratos.

Esse Departamento coordena e avalia o processo de planejamento do SUS no âmbito municipal, em consonância com os outros entes federados e procura sensibilizar o gestor e gerentes locais para incorporação do planejamento como instrumento estratégico de gestão do SUS. Os instrumentos básicos de planejamento são elaborados de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação das metodologias, dos processos e dos instrumentos do PlanejaSUS adaptados à realidade local, sendo: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Esses instrumentos são compatíveis com o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais.

Essa Coordenação de Planejamento em Saúde pretende implantar o monitoramento e a avaliação das ações propostas na Programação Anual de Saúde informando os resultados alcançados ao Gestor e às áreas técnicas. Adotando-se o monitoramento e avaliação como procedimentos de rotina, demonstrando que este processo deve ser participativo e que são ineficazes as iniciativas que delegam ao setor de planejamento a sua elaboração, sem o envolvimento da área técnica. Os profissionais do setor de planejamento deverão atuar como facilitadores do processo.

Os Relatórios de Gestão, do período de 2007 a 2010, foram aprovados pelo Conselho dentro dos prazos estipulados pelo Ministério, já os 2011 a 2013 foram aprovados todos em 2014. O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 2011.

26. FINANCIAMENTO

O financiamento federal, antes composto pelos Blocos de Financiamento instituídos pela Portaria Nº 204/2007 e posteriormente acrescido do Bloco de Investimento, pela Portaria Nº 837/2009, foi, mais uma vez, alterado, desta feita, pela Portaria Nº 3992/2017, sendo que, a partir de janeiro de 2018, os recursos ficaram organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

- I. Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
- II. Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde;



Os Blocos passaram a ter nova denominação, a partir da Portaria Nº 828, de 17 de abril de 2020, sendo, então, denominados:

I. Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde (Custeio); e

II. Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (Investimento).

Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações relacionadas ao próprio bloco, observando também:

I. Que as ações devem constar no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde; e

II. O cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos, tais como as portarias e resoluções da CIT e das CIBs, expedidos pela direção do SUS.

III. Vinculação com os programas de trabalho previstos no Orçamento geral da União, ao final do exercício financeiro.

O Fundo Nacional faz as transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o custeio e investimento de ações e serviços públicos de saúde, organizando-as e identificando-as por **Grupos** relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação, tais como:

I. Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde

- a) Atenção Básica;
- b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- c) Assistência Farmacêutica;
- d) Vigilância em Saúde; e
- e) Gestão do SUS.

II. Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde

- a) Atenção Básica
- b) Atenção Especializada
- c) Vigilância em Saúde;
- d) Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS; e
- e) Gestão do SUS

A participação do Estado no financiamento da Saúde no Município, no período de 2017 a 2020, ocorreu nas seguintes ações:

➤ Atenção Primária

- Atenção Integral ao Adolescente em Conflito com a Lei;
 - NASF – Saúde Mental

• INVESTIMENTO para aquisição de equipamentos, transporte sanitário, assim como participação em reformas e construção de UBS, tanto na modalidade Fundo a Fundo, como por meio de convênios;

➤ Atenção Especializada

- Complementação de diárias de Leitos Psiquiátricos;
- SAMU;
- HOSPISUS;



- Custeio para Oncologia.
 - INVESTIMENTO: sede do SAMU, equipamentos e ambulâncias para a Rede de Urgência e Emergência.

Vigilância em Saúde

- VIGIASUS

- Assistência Farmacêutica

- Na aquisição de medicamentos (R\$2,95 per capita);
 - IOAF – Incentivo à Organização da Assistência Farmacêutica.

O financiamento em Saúde engloba o aporte de recursos financeiros com vista à realização das Ações e Serviços Públicos de Saúde, financiado com recursos próprios das três esferas de Governo: União, Estados e Municípios, e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. As três esferas de Governo, Federal, Estadual e Municipal, tem a obrigação de assegurar o montante de recursos necessários ao Fundo de Saúde de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 e a Lei Complementar nº 141/2012, a qual dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por estas três esferas.

A mesma estabelece os critérios de rateio de recursos para as transferências e normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com Saúde. Respectivamente, a cada esfera compete aplicar na saúde, 10%, 12% e 15% da arrecadação líquida de impostos com ações e serviços públicos de saúde. A movimentação dos recursos financeiros é realizada através dos Fundos de Saúde, que se constituem em unidades orçamentárias e gestoras dos recursos da saúde. O Decreto nº 7.827/2012 foi publicado visando regulamentar os procedimentos condicionantes para o recebimento de recurso para a saúde, bem como para o restabelecimento de transferências suspensas. Essa norma reforça a obrigatoriedade da atualização permanente dos dados financeiros no Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), onde é feita a declaração da receita recebida e dos gastos realizados pelo ente federado, bem como a aplicação do percentual mínimo de recursos com ações e serviços de saúde.

Tabela 47 - Série histórica de Transferências de recursos de custeio por bloco de financiamento Fundo a Fundo, 2017-2021, Canaã dos Carajás, PA.



Grupo	2017	2018	2019	2020	2021
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 159.785,24	R\$ 194.479,77	R\$ 196.661,13	R\$ 220.655,76	R\$ 223.594,03
ATENÇÃO BÁSICA	R\$ 4.447.035,96	R\$ 4.995.488,36	R\$ 5.119.767,55	R\$ 5.544.230,39	R\$ 7.752.896,00
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 4.476.535,30	R\$ 1.831.563,29	R\$ 1.996.725,65	R\$ 1.764.959,25	R\$ 2.276.179,03
CORONAVÍRUS (COVID-19)				R\$ 4.526.972,83	R\$ 60.000,00
GESTÃO DO SUS	R\$ 12.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 24.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 449.524,59	R\$ 494.306,24	R\$ 456.168,92	R\$ 517.416,54	R\$ 522.680,04
ATENÇÃO ESPECIALIZADA		R\$ 11.175,78	R\$ 1.854,72		
APOIO FINANCEIRO EXTRAORDINÁRIO		R\$ 183.362,78			
Total Geral		R\$ 7.735.376,22	R\$ 7.795.177,97	R\$ 12.586.234,77	R\$ 10.847.349,10

Tabela 48: Série histórica de Transferências de recursos de Investimento por bloco de financiamento Fundo a Fundo, 2017-2021, Canaã dos Carajás, PA.

Grupo	2017	2018	2019	2020	2021
ATENÇÃO BÁSICA	R\$ 818.380,00	R\$ 854.399,85	R\$ 189.600,00	R\$ 81.600,00	R\$ 163.200,00
ATENÇÃO ESPECIALIZADA				R\$ 143.170,00	
CORONAVÍRUS (COVID-19)				R\$ 401.558,00	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE			R\$ 120.000,00	R\$ 25.025,00	
Total Geral	R\$ 818.380,00	R\$ 854.399,85	R\$ 309.600,00	R\$ 651.353,00	R\$ 163.200,00

Tabela 49: Série histórica de Indicadores Municipais, 2013-2016, Canaã dos Carajás, PA.

Indicadores Municipais	2013	2014	2015	2016
1.1_%R.Líquida_Total	36,47	42,51	52,59	49,92
1.2_%Transf._Intergov._líquidas	60,19	48,62	41,62	45,31
1.3_%Transf._para_a_Saúde_(SUS)	6,57	4,27	5,04	4,94



Grupo	2017	2018	2019	2020	2021
1.4_%Transf._União_p/_Saúde	95,36	97,91	95,58	91,54	
1.5_%Transf._da_União_p/_(SUS)	14,59	12,64	13,6	14,34	
1.6_%R.Imp._Transf.Const.Legais	73,64	77,66	80,23	75,59	
2.1_%D.Total/_Hab	1262,37	17,36,1	2356,15	2321,91	
2.2_%D.Pessoal/D.Total	70,78	62,86	57,08	60,86	
2.3_%D.com_Medicamentos	2,56	0	0	0	
2.4_%D.Serv.Terc/D.Total	6,83	9,98	12,12	10,2	
2.5_%D.Invest/D.Total	4,36	4,64	9,54	1,67	
2.10 SUBFUNÇÕES ADMINISTRATIVAS	88,24	92,37	89,52	0	
2.20 SUBFUNÇÕES VINCULADAS	11,72	7,63	10,48	0	
2.21 Atenção_Básica	10,64	4,82	6,08	0	
2.22 Assis._Hosp._e_Ambulat.	0	2,78	4,37	0	
2.23 Sup._Profilático_Terap.	0	0	0	0	
2.24 Vigilância_Sanitária	0	0	0,01	0	
2.25 Vigilância_Epidemiológica	1,08	0,02	0,02	0	
2.26 Alimentação_e_Nutrição	0	0	0	0	
2.30 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	0,04	0	0	0	
3.1_%Transf.SUS/D.Total	17,61	10,46	9,38	9,71	
3.2_%R.Próprios_em_Saúde-EC_29	25,3	25,36	26,86	29,16	
R.Impostos_e_Transf.Const	125375605,8	200002184	267156890,9	2,56E+08	
R.Transf.SUS	6907136,38	5876090,9	7431729,67	7853994	
R.Transf.SUS/Hab	222,37	181,55	220,97	225,35	
D.Pessoal	27754274,32	35320494	45228636,52	49251431	
D.R.Próprios	31722118,71	50723163,9	71745846,61	74636856	
D.R.Próprios_em_Saúde/Hab	1021,25	1567,17	2133,26	2141,48	
D.Total_Saúde	39211862,49	56190499,5	79242154,42	80925664	

Fonte: SIOPS

Tabela 50: Diretrizes, Metas, indicadores e Ações Nacional, Estadual e Municipal

Diretrizes, Metas, indicadores e Ações Nacional, Estadual e Municipal

Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.

OBJETIVO Nº 1.1 - Fortalecer a Atenção Básica de acordo com as necessidades da realidade local



Nº	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2022	2023	2024	2025
1.1.1	Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	100	2020	%	100	%	100	100	100	100
1.1.2	Ampliar a cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	83,72	2020	%	100	%	85	90	95	100
1.1.3	Ampliar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	45,43	2020	%	80	%	50	60	70	80
1.1.4	Reduzir em 3 ao ano em relação à meta 2020 a Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas	Taxa de Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	39	2020	Nº	31	Nº	37	35	33	31
1.1.5	Manter em 100% as ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	12	2020	Nº	100	%	100	100	100	100
1.1.6	Reduzir as internações de pessoas com 60 anos ou mais por causas sensíveis na Atenção Primária em Saúde para 10%	Proporção de internações de pessoas com 60 anos ou mais por causas sensíveis à Atenção Primária	11,49	2020	%	1,49	%	0,37	0,37	0,37	0,37
1.1.7	Ralizar ações do programa de saúde na Escola (PSE) em 26 escolas do Município.	Nº de Escolas com ações do PSE realizadas	0	2020	Nº	26	%	100	100	100	100
1.1.8	Realizar 100% das ações pactuadas junto ao selo UNICEF	Ações do Selo UNICEF realizadas	50	2020	%	100	%	100	100	100	100

Objetivo 1.2 : Promoção da Alimentação Adequada e Saudável





1.2.1	Aumentar o número de pessoas de todos os ciclos de vida atendidas na rede básica de saúde com registro de dados do estado nutricional inseridos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.	Razão de pessoas cadastrada no sistema de vigilância alimentar e nutricional	0	2020	%	80	&	20	20	20	20
1.2.2	10% das Unidades de Saúde da Família certificadas na Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil	Unidades certificadas na estratégia alimenta e amamenta Brasil	0	2020	%	10	%	10	0	0	0

OBJETIVO N° 1.3- Promover a atenção integral à saúde da mulher

N°	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. Medida			2022	2023	2024	2025
1.3.1	Ampliar a razão de exames citopatológicos do colo do útero na população-alvo	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	30	2020	%	60	%	60	60	60	60
1.3.2	Ampliar a razão de mamografias realizadas na população-alvo	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.	96	2020	Nº	140	Nº	100	115	130	140
1.3.3	Manter o percentual de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	63	2020	%	63	%	63	63	63	63
1.3.4	Manter o percentual de gestantes com atendimento odontológico realizado	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	67	2020	%	67	%	67	67	67	67
1.3.5	Manter o número de gestantes com realização de exames de sífilis e HIV	Poporção de Gestantes com Exames de sífilis e HIV	89	2021	%	89	%	89	89	89	89

Objetivo1. 4 - 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.

N°	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. medida			2022	2023	2024	2025



1.4.1	Implementar ações de educação permanente para qualificação das áreas prioritárias do SUS.	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	90	2020	%	90	%	90	90	90	90
1.4.2	Fomentar a participação de trabalhadores em cursos, congressos e eventos relacionados às respectivas áreas de atuação	Percntual de trabalhadores com liberação de carga horária para participação em cursos, congressos e eventos	0	2020	%	60	%	15	15	15	15
1.4.3	Implantar programa de valorização do servidor da Saúde	programa de valorização do servidor da Saúde implantado	0	2020	unid	1	Unid.	0	1	0	0
1.4.4	Implantar política Municipal de Educação permanente	Política Municipal de educação permanente iimplantada	0	2020	un	1un		1	0	0	0

OBJETIVO Nº 1.5 Readequação da estrutura física, equipamentos e material permanente dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde contribuindo para o fortalecimento da 11ª Regional de Saúde e Região de Carajás.

Nº	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. medida			2022	2023	2024	2025
1.5.1	Construir 4 unidades básicas de Saúde	Nº de unidades básica de saúde Construídas	15	2020	unid	4	unid	3	1	0	0
1.5.2	Construir e equipar 1 moderno Centro de Referência em Diagnósticos e Tratamento da Mulher	Centro de referencia Diagnósticos e Tratamento da Mulher construído	0	2020	unid	1	unid	0	0	1	0
1.5.3	Construir 1 unidade de Rede de frios	Rede de frios construída	0	2020	unid	1	unid	0	1	0	0
1.5.4	Construir almoxarifado central	Almoxarifado central construído	0	2020	unid	1	unid	0	1	0	0
1.5.5	Construir sede do SAMU	Sede do SAMU construída	0	2020	unid	1	unid	0	1	0	0
1.5.6	CAPS- Construir 1 sede própria adequada e adaptada com equipamentos	CAPS Construído	0	2020	unid	1	unid	0	0	1	0
1.5.7	Construção e aparelhamento do 1 Centro de Especialidade Odontológica com laboratório de prótese	CEO construído	0	2020	unid	1	unid	0	0	1	0
1.5.8	Construir sede para o conselho Municipal de Saúde	Construção da Sede do conselho de saúde	0	2020	unid	1	unid	0	1	0	0
1.5.9	Reformar 15 estabelecimentos da rede Municipal de Saúde.	Estabelecimentos de saúde reformados	0	2020	unid	1	unid	4	4	4	3
1.5.10	Construção e aparelhamento do	Construção do Centro de formação	0	2020	unid	1	unid	0	0	0	1



	Centro de Formação para o servidor da saúde										
1.5.11	Equipar o Centro de Zoonoses	Centro de zoonose Equipado	0	2020	unid	1	unid	100	0	0	0
1.5.12	Construir e aparelhar o Centro de Testagem e Aconselhamento	CTA modernizado e resolutivo	0	2020	unid	1	unid	0	0	1	0
1.5.13	construir e aparelhar o CER 3	CER 3 construído	0	2020	unid	1	unid	0	1	0	0
1.5.14	Construir Sede Administrativa da Secretária municipal de Saúde	Sede Construída	0	2020	unid	1	unid	0	0	1	0
1.5.15	Construir o Hospital Universitário	Hospital Universitário Construído	0	2020	unid	100	%	25	25	25	25

OBJETIVO Nº 1.6 - Qualificar as Redes de Atenção em Saúde

Nº	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Valor	Unid. Medida			2022	2023	2024	2025
1.6.1	Reorganizar e Ampliar o numero de cargos do organograma administrativa da secretaria municipal de saúde para (10 diretorias, 27 coordenadorias e 55 gestores de setores	Organograma Implantado e resolutivo	53	2021	unid	102	unid	102	0	0	0
1.6.2	Buscar Acreditação ONA, para o Hospital Municipal Daniel Gonçalves	Hospital com certificado de acreditação	0	2020	%	100	%	25	25	25	25
1.6.3	Informatizar 100% dos Serviços do Hospital Municipal Daniel Gonçalves	Hospital 100% informatizado		2020	%	100	%	25	25	25	25
1.6.4	Buscar Selo de Qulidade COFEN para rede de serviços de Saúde	Serviços de Saúde com Selo de Qulidade COFEN	0	2020	%	100	%	25%	25%	25%	25%
1.6.5	Implantar projeto Olhar Canaã	Projeto implantado	0	2020	%	100	%	50	50	0	0
1.6.6	Implantar coleta de exames laboratonais domiciliar para 100% idosos e pessoas com deticiência(PCD) cadastrados no E SUS	Percentual de idosos e pessoas com deticiência(PCD) cadastrados no E SUS com exames rerealizados no domicilio	0	2020	%	100	%	25	25	25	25
1.6.7	Implantar em 100% das UBS apoio diagnóstico de exame laboratorial (Coleta)	Percentual das UBS apoio diagnóstico de exame laboratorial (Coleta)	0	2020	%	100	%	25	25	25	25
1.6.8	Implantar o programa	Programa Implantado	0	2020	unid	1	unid	1	0	0	0



	municipal de órtese e prótese											
1.6.9	Rearranjar o HMDG para receber o selo de Hospital Amigo da Criança	Hospital Municipal com selo Amigo da Criança	0	2020	%	100	%		25	25	25	25
1.6.10	Realizar convenios com instituições de ensino publica e pivada para internato multiprofissional em saúde	Convenios celebrados	0	2020	unid	1	unid		0	1	0	0
1.6.11	Realizar convenios com instituições de ensino publica e pivada para Estágio curricular multiprofissional em saúde	Convenios celebrados	0	2020	unid	4	unid		1	1	1	1
1.6.12	Criar Arquivo e Biblioteca digital em saúde	Aruivos Digitais	0	2020	%	100	%		25	25	25	25

Diretriz 2 - Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde - Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências - de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.

Objetivo 1 - Aprimorar e implantar as redes de atenção à 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, contribuindo para o fortalecimento da gestão municipal, regional e macrorregional do Estado do Pará.

Nº	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. medida			2022	2023	2024	2025
2.1.1	Ampliar o nº de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	42	2020	%	60	%	46,5	51	55,5	60
2.1.2	Reduzir em 1 % ao ano os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	24	2020	%	20	%	23	22	21	20
2.1.3	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	88	2020	%	90	%	88	89	90	90
2.1.4	Implantar 20 leitos de UTI (10 adulto e 10 mistos na modalidade 4/4/2 neo,pediatrico e canguru).	Leitos de UTI Implantados	0	2020	unid	20	unid	0	0	20	0
2.1.5	Implantar Serviço de Hemodiálise	Serviço de Hemodiálise Implantado	0	2020	unid	1	unid			1	
2.1.6	Implantar programa de órtese e prótese e	programa de órtese e prótese e meios auxiliares de locomoção implantado	0	2020	unid	1	unid	1	0	0	0



	meios auxiliares de locomoção										
2.1.7	Implantar serviço de resgate (SAMU 192)	Serviço de resgate (SAMU 192)	0	2020	unid	1	unid	0	1	0	0
2.1.8	Ampliar o Nº de leitos hospitalares do SUS por mil habitantes	Nº de leitos hospitalares do SUS por mil habitantes	55	2020	unid	100	unid	0	0	45	0

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.

Nº	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. medida			2022-2025	2022	2023	2024
3.1.1	Manter a investigação de 90% dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).	Proporção de óbitos investigados de mulheres em idade fértil.	90	2020	%	100	%	100	100	100	100
3.1.2	Reduzir a proporção de gravidez na adolescência a 20%	Proporção de gravidez na adolescência entre a faixa etária de 10 a 19 anos	23	2020	%	20	%	23	22	21	20
3.1.3	Aumentar o percentual de parto normal no SUS e na Saúde suplementar até alcançarmos ou igual a 32%.	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	28	2020	%	32	%	29	30	31	32
3.1.4	Manter em 0(zero) o número de óbitos maternos	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	2020	%	0	%	0	0	0	0
3.1.5	Alcançar 100% de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	87	2020	%	100	%	100	100	100	100
3.1.6	Reduzir a taxa de Mortalidade Infantil abaixo de 11,0 óbitos	Taxa de mortalidade infantil	16	2019	unid	11	unid	15	14	13	11
3.1.7	Manter maior ou igual a 75% a cobertura de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade.	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		2020	%	95	%	95	95	95	95
3.1.8	Realizar no mínimo de 10 ações	Nº de ações da PQA/Vs realizadas	10	2020	Un	10	un	10	10	10	10



OBJETIVO 3.2 - Proteger a saúde por meio da vigilância ambiental											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. medida			2022	2023	2024	2025
3.2.1	Atingir 75% as análises quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez em amostras de água para consumo humano analisadas.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	53	2020	%	75	%	60	65	70	75
3.2.2	Atingir 80% de cobertura de imóveis visitados em localidades de maior risco, considerando indicadores epidemiológicos e entomológicos para controle vetorial das arboviroses.	Proporção de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial das arboviroses	0	2020	%	80	%	80	80	80	80
OBJETIVO Nº 3.3 - Proteger a saúde por meio da vigilância epidemiológica											
Nº	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. medida			2022	2023	2024	2025
3.3.1	Monitorar os casos de doenças de notificação compulsória.	Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.			%	90	%	90	90	90	90
3.3.2	Manter igual ou superior a 90% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	85	2020	%	90	%	90	90	90	90
3.3.3	Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, menor ou igual a 60 casos	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	6	2020	un	2	un	5	4	3	2
3.3.4	Manter em 0 o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	0	2020	un	0	un	0	0	0	0
3.3.5	Notificar, investigar, monitorar e encerrar as notificações de casos suspeitos e confirmados de arboviroses nos sistemas vigentes	Percentual de casos suspeitos ou confirmados informados no Gerenciador de Ambiente de Laboratórios (GAL).		2020	%	90	%	90	90	90	90



3.3.6	Notificar, investigar, monitorar e encerrar as notificações de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, nos sistemas vigentes	Percentual de casos suspeitos ou confirmados informados no GAL		2020		90	%	90	90	90	90
-------	---	--	--	------	--	----	---	----	----	----	----

Diretriz 4- Gestão Participativa e Controle Social

Objetivo 4.1 Contribuir com a gestão compartilhada e participativa

Nº	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. medida			2022	2023	2024	2025
4.1.1	Realizar 2 conferências Municipais de Saúde - 2023,2025	Conferências Realizadas	1	2021		2			1		1
4.1.2	Realizar 12 reuniões ordinárias	Reuniões realizadas	12	2020	unid	48	unid	12	12	12	12
4.1.3	Promover pelo menos uma capacitação por ano, aos Conselheiros de Saúde para o exercício de seu papel.	Número de capacitações realizadas para Conselheiros de Saúde.	0	2020	unid	4	unid	1	1	1	1
4.1.4	Promover pelo menos uma capacitação ao ano para a equipe da Ouvidoria.	Número de capacitações realizadas para servidores da Ouvidoria	0	2020	unid	4	unid	1	1	1	1

Diretriz – 5 – Garantia da atenção integral á saúde da criança, com especial atenção nos dois primeiros anos de vida, e da mulher com especial atenção na gestação, aos seus direiros sexuais e reprodutivos, e as áreas e populações em situação de maior vulnerabilidade social, população com deficiência, espeiclamente a população de rua, povo do campo, população negra e LGBT.

Objetivo 5.1 instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;

Nº	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. medida			2022	2023	2024	2025
5.1.1	incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do	Numero de unidades de saúde com ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à	0	2020	%	100	%	30	50	70	100



	preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;	eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;									
5.1.2	Realizar capacitação para 100% equipe de saúde sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município	Número de profissionais com conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município	0	2020	%	100	%	50	100	100	100
5.1.3	Criar mecanismo para identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município	Diagnóstico sobre as necessidades de saúde da população LGBT no Município	0	2020	Nº	1	Nº	0	1	0	0

Objetivo 5.2 Instituir mecanismo de gestão para atingir maior equidade no SUS, com essencial atenção às demandas e necessidades em saúde da população portadora de deficiência

Nº	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. medida			2022	2023	2024	2025
5.2.1	Realizar capacitação para 100% equipe de saúde sobre a Política Nacional de Saúde Integral à pessoa portadora de deficiência	Equipe de saúde conhecendo a política da pessoa com deficiência	0,00	2020	%	100,00	%	0,00	100,00	0,00	0,00
5.2.2	criar mecanismos específicos para a produção de informações a respeito de deficiências e incapacidades no âmbito Municipal	mecanismos específicos para a produção de informações a respeito de deficiências e incapacidades no âmbito Municipal	0	2020	Número	1	Número	0	1	0	0
5.2.3	Instituir a política Municipal da pessoa com deficiência	política Municipal da pessoa com deficiência instituída	0	2020	Nº	1	Nº	1	0	0	0

Objetivo 5.3 Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Nº	DESCRIÇÃO DA META	Indicador para Monitoramento e Avaliação da meta	Indicador linha base			Meta Plano 2022-2025	Unid. medida	Meta Prevista			
			Valor	Ano	Unid. medida			2022	2023	2024	2025



5.3.1	<i>Instituir a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Criança (PMAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</i>	<i>Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Criança (PMAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Instituída</i>	0	2020	Nº	1	Nº	1	0	0	0
5.3.2	Vacinar 90% de crianças de 1 ano de idade que receberam a vacina triplíce viral D2 (UNICEF)	Percentual de crianças de 1 ano de idade que receberam a vacina triplíce viral D2	53	2020	%	90	%	100	100	100	100
5.3.3	Realizar exames de triagem neonatais para 100% dos nascidos vivos no Município	Percentual de nascidos vivos com exames de triagem neonatais realizados	0	2020	%	100	%	100	100	100	100

27. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Todos os indicadores pactuados serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o Relatório Anual de Gestão, a ser enviado ao Conselho de Saúde até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira, conforme artigo 36, § 1º da Lei Complementar nº. 141/2012.

Estes resultados são disponibilizados pelo Ministério da Saúde no Tabnet no site do DATASUS: www.datasus.gov.br, de onde também migrarão para o Sistema de Apoio aos relatórios trimestrais e Relatório Anual de Gestão – DIGISUS. Alguns indicadores também foram selecionados para acompanhamento nas audiências trimestrais atendendo também a Lei Complementar nº. 141/2012.

O decreto 7508 de 2011 com a discussão para organização e assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde também definirá indicadores e monitoramento.

O acompanhamento e avaliação do Plano deverá ser realizada por meio de reuniões ampliadas com todas as diretorias, gerentes, coordenadores e assessores e controle social. O instrumento para avaliação será a programação anual de saúde e as respectivas ações pactuadas para o alcance dos objetivos propostos. A realização das audiências públicas apresentará os dados quantitativos e financeiros trimestralmente. O Relatório Anual de Gestão apresentará a consolidação dos dados e análise dos resultados alcançados.



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



A organização de ações de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde vem sendo implementada a partir do estabelecimento de indicadores de saúde e de compromissos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde. O acompanhamento e avaliação de processos de trabalho são desenvolvidos conforme programação dentro das diretorias e com objetivos específicos de modo a identificar desvios e possibilitar correções/intervenções.

A avaliação de resultados é feita dentro do que é estabelecido nos programas de atenção à saúde e principalmente a partir dos indicadores de saúde pactuados anualmente conforme portarias ministeriais e orientações da Secretaria Estadual de Saúde.

A prática da avaliação e monitoramento no Sistema Único de Saúde vem sendo aperfeiçoada dentro da rotina dos serviços de forma sistemática incorporando conhecimento pré-existente, adequando programas às particularidades localregional para se tornar efetivo instrumento de planejamento das ações de saúde e proporcionando melhor utilização dos recursos financeiros.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fundação

Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA)
Estatísticas Municipais Paraenses: Canaã dos Carajás. / Diretoria de Estatística e de Tecnologia e Gestão da Informação. – Belém, 2016.
54f.: il.
Semestral, n. 1, jan. / jun.

1. Perfil Municipal – Canaã dos Carajás . 2. Aspectos Socioeconômicos – Canaã dos Carajás.
3. Dados Históricos - Canaã dos Carajás. I. FAPESPA. II. Diretoria de Estatística e de Tecnologia e Gestão da Informação. III. Título

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1101, de 12 de junho de 2002. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 8, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016**. Brasília-DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 328, DE 7 DE MARÇO DE 2016**. Brasília-DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2017.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.135**, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 100 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 1)



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF: MS, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 156 p. : il. – (Serie Articulação Interfederativa, v. 1)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010. 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 114 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. Disponível em. Acesso em: agosto de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM-tabnet . Acesso em: Setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SIM-tabnet/SMS/Canaã. Acesso em: Agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares – SIH. Acesso em: setembro de 2017

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA. Acesso em: setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan. Acesso em: junho de 2017 <http://portal.saude.gov.br>

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo populacional, 2008-2012. Disponível em: <http://ibge.gov.br>. Acesso em: Agosto de 2017.





SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



BRASIL. IDESP - INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO ECONOMICO, SOCIAL E AMBIENTAL DO PARÁ . <http://www.idesp.gov.br>. Acesso em : Setembro de 2017.

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/SET/17).

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-2017-corrigida.pdf> (acessado em 08/SET/17).





PREFEITURA MUNICIPAL DE CANAÃ DOS CARAJÁS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



Resolução CMS-PA, N° 02/2022

O presidente do Conselho Municipal de Saúde de Canaã dos Carajás, no uso de suas atribuições que são conferidas pelo Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde e considerando,

A decisão dos membros deste Conselho, em Reunião Extraordinária realizada no dia 24 de Janeiro de 2022 às 08:00 horas da manhã, na sede do Conselho Municipal de Saúde localizada na rua Manoel Borges.

Resolve:

Art.1°- Aprovar Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

Art. 2°- Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Canaã dos Carajás-PA, 24 de Janeiro de 2022.

Julieta Portela Barros Brito Cerqueira
Presidente

Julieta Portela Barros Brito Cerqueira
Presidente em exercício

Conselho Municipal de Saúde de Canaã dos Carajás-PA

Homologo a Resolução CMS/PA N°02 de 24 de Janeiro de 2022.

Daiane Celestrini Oliveira
Secretária Municipal de Saúde
Port. N° 018/2021-GP



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE

