

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE PAS – 2025

SÃO SEBASTIÃO DO TOCANTINS – TO

**PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO TOCANTINS - TO
LUCILENE IRINEU MORAES DE SOUSA**

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAIANE NUNES FERREIRA**

RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO:
Caiane Nunes Ferreira – Secretária de Saúde
Milena Rodrigues de Assis – Coordenação da Atenção Básica
Rosemeire Vieira Pereira (Assessoria em Gestão)

COLABORADORES
EQUIPE TÉCNICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Lista de Siglas:

APS – Atenção Primária em Saúde
CAD-ÚNICO - Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CIR – Comissão Intergestores Regional
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESFSB – Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal
HORUS – Sistema de Gestão Ass. Farmacêutica.
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística.
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
NASF – Núcleo Ampliado a Saúde da Família.
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PCCS – Plano de Cargos, Carreira e Salários
PCD – Pessoa com deficiência
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB – Produto Interno Bruto
PMS – Plano Municipal de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PSE – Programa de Saúde na Escola
RMIS – Rede Municipal de Informação
SAA – Serviço de Abastecimento de Água
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

CEREST – Centro de Referência em Saúde do trabalhador
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIES – Comissão de Integração Ensino-Serviço
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ETSUS – Escola Técnica do SUS
IAM – Infarto Agudo do miocárdio
PAREPS - Plano de Ações Regionais de Educação Permanente em Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIACS – Sistema Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
SISPACTO – Sistema de Pactuação de Indicadores
TFD – Tratamento Fora do Domicílio
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS- Unidade Básica de Saúde
ST – Saúde do Trabalhador
SISREG – Sistema de Regulação.
SISAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

Apresentação:

Os **instrumentos de gestão** foram instituídos no **SUS** como ferramentas norteadoras da gestão, assegurando a participação social na sua elaboração e apreciação, são eles: O Plano Municipal de Saúde - PMS, Programação Anual de Saúde – PAS e Relatório Anual de Gestão – RAG. A PAS 2025 deve ser compreendida como instrumento de referência para a atuação da Secretaria/Fundo Municipal de Saúde de São Sebastião, objetivando o contínuo aperfeiçoamento e a concretização do SUS, fundamentado nas suas diretrizes: universalização, integralidade e a equidade da atenção à saúde no município. A Portaria MS/GM 2.751/2009 regulamentou a integração dos prazos e dos processos de formulação dos instrumentos do PLANEJASUS, do Pacto pela Saúde e do planejamento de governo, expresso no Plano Plurianual – PPA, Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Leis Orçamentárias Anuais – LOA. A Lei Complementar nº 141 de 13/01/2012, definiu os prazos legais para encaminhamento aos Conselhos Municipais de Saúde, dos instrumentos de gestão do SUS, em consonância com os instrumentos de gestão pública. A viabilidade financeiro-orçamentária da PAS 2025 está prevista nos programas do Plano Plurianual - PPA 2022 – 2025 e Proposta Orçamentária 2025. A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza o Plano Municipal de Saúde, onde as ações e metas foram definidas a partir dos eixos, diretrizes objetivos do PMS-2022/2025, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. 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 à saúde e investimentos em infraestrutura bem como as diretrizes da Política Estadual e Federal e da Conferência Municipal de Saúde do ano de 2022. O desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento da PAS 2025 deverá ser contínuo, com avaliações periódicas, objetivando a efetiva participação e responsabilização pelas ações programadas.

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA 2025

FONTE		<u>Receita de impostos e de transferência de impostos (receita própria - R\$)</u>	<u>Transferências de fundos à Fundo de Recursos do SUS, provenientes do Governo Federal (R\$)</u>	<u>Transferências de fundos ao Fundo de Recursos do SUS, provenientes do Governo Estadual (R\$)</u>
0 - Informações Complementares	Corrente	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Capital	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
122 – Administração Geral	Corrente	R\$ 540.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Capital	R\$ 35.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
301 – Atenção Básica	Corrente	R\$ 2.233.154,38	R\$ 1.626.000,00	R\$ 0,00
	Capital	R\$ 0,00	R\$ 1.250.000,00	R\$ 0,00
302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Corrente	R\$ 280.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Capital	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
303 – Suporte Profilático e Terapêutico	Corrente	R\$ 76.000,00	R\$ 32.000,00	R\$ 12.000,00
	Capital	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
304 – Vigilância Sanitária	Corrente	R\$ 108.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 0,00
	Capital	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
305 – Vigilância Epidemiológica	Corrente	R\$ 86.583,44	R\$ 104.416,56	R\$ 0,00
	Capital	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
301 – Primeira Infância	Corrente	R\$ 141.225,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
	Capital	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
TOTAL =	R\$	R\$ 3.499.962,82	R\$ 3.024.416,56	R\$ 6.536.379,38
6.908.824,00				

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DE SAÚDE.

GESTÃO MUNICIPAL

DIRETRIZ MUNICIPAL: Fortalecer a Gestão da Saúde no município, com foco na governança municipal e no controle social, para aprimoramento das redes de atenção à saúde.

DIRETRIZES NACIONAIS RELACIONADAS (PNS): 1 -14 – 18 -25.

DIRETRIZ ESTADUAL RELACIONADA (PES): 6. Gestão do Sistema Único de Saúde.

OBJETIVO: Aprimorar a relação Inter federativa de forma tripartite, qualificando o financiamento do SUS a nível municipal, com a expansão e modernização da rede de atenção à saúde, com o fortalecimento do controle social participativo.

Nº	DESCRIÇÃO DA META.	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META.	META PREVISTA 2025	AÇÕES/ATIVIDADES
1	Elaborar, revisar e enviar ao CMS a cada 4 anos, um Plano Municipal de Saúde – PMS e alimentar o DIGISUS.	Um PMS elaborado e apresentado ao CMS a cada 4 anos.	1	A1 - Elaborar o PMS para o período 2026 a 2029, juntamente com a equipe de saúde e apresentar ao CMS para apreciação; A2 – Inserir O PMS no sistema de referência DIGISUS e monitorar.
2	Elaborar a Programação Anual de Saúde e enviar ao CMS e alimentar o DIGISUS.	Uma PAS elaborada e apresentada ao CMS a cada ano.	1	A1 - Elaborar a PAS 2025 juntamente com a equipe de saúde e apresentar ao CMS para apreciação; A2 – Inserir a PAS no sistema de referência DIGISUS.
3	Elaborar o Relatório Anual de gestão e enviar ao CMS e alimentar o DIGISUS.	Um RAG elaborado e apresentado ao CMS a cada ano.	1	A1 - Elaborar o RAG 2024 juntamente com a equipe de saúde e apresentar ao CMS para apreciação; A2 – Inserir o RAG no sistema de referência DIGISUS.
4	Elaborar os Relatórios Quadrimestrais (1º, 2º e 3º quadrimestres), apresentar no CMS e alimentar o DIGISUS	Três RDQA elaborado e apresentado ao CMS a cada quadrimestre.	3	A1 - Elaborar os Relatórios Quadrimestrais – 3ºRDQA 2024 e 1º e 2º RDQA 2025 juntamente com a equipe de saúde e apresentar ao conselho para apreciação e aprovação; A2 – Inserir o RDQA no sistema de referência DIGISUS.
5	Manter o apoio ao Conselho Municipal de Saúde com estrutura física, custeio de materiais de consumo e pessoal administrativo.	Conselho Municipal de Saúde com estrutura física, materiais de consumo e pessoal garantidos.	100%	A1 - Manter o CMS conforme lei com garantia da composição paritária, 50% usuários, 25% governo e 25% trabalhadores da saúde e apoiar sua formação; A2 – Promover e apoiar as reuniões mensais do CMS garantindo a divulgação das mesmas para a comunidade/usuária do SUS e disponibilizar de recursos para as atividades; A3 – Garantir financiamento para as ações do CMS; A4 – Garantir Secretária Executiva do CMS; A5 – Reservar sala própria para o CMS; A6 – Manter materiais permanentes, tais como: mesa, cadeiras, computador, etc; A7 – Proporcionar materiais de consumo; A8 – manter Conselho cadastrado no SIACS.
6	Garantir a realização da Conferência Municipal de Saúde em parceria com o CMS, a cada 4 anos.	Realização da Conferência Municipal de Saúde em parceria com o CMS, a cada 4 anos.	0	A1 – Articular junto ao CMS as Audiências Municipais de Saúde seguindo a regulamentação; A2 - Elaborar Fórum Municipal de Saúde; A3 – Garantir equipe de Organização e palestrantes, além de manter os custos financeiros da Conferência de Saúde.



SEMUS PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2025

7	Realizar reformas e manutenções nas unidades básicas de saúde.	Número de UBS reformadas e adaptadas.	2	A1 – Manutenção da infraestrutura física necessária ao funcionamento das UBS sempre que necessário; A2 – Buscar recursos de Emenda Parlamentar para ampliação, reforma e construção de unidades de saúde melhorando a ambiência para o atendimento do usuário; A3 – Investir com recursos próprios da participação da receita conforme preconiza a Emenda Constitucional e com recursos de emendas parlamentares para reforma.
---	--	---------------------------------------	---	--

ATENÇÃO BÁSICA

DIRETRIZ MUNICIPAL: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.

DIRETRIZES NACIONAIS RELACIONADAS (PNS): 5 – 7 – 9 -10 -12.

DIRETRIZES ESTADUAIS RELACIONADAS (PES): 1 – 2.

OBJETIVO: 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, especializada, ambulatorial e hospitalar; Alcançando os indicadores de saúde, com a promoção do cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida, considerando as vulnerabilidades, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde

Nº	DESCRIÇÃO DA META.	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META.	META PREVIST A 2025	AÇÕES/ATIVIDADES
01	Aumentar a Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família.	Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) alcançado.	95%	A1 - Realizar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, por meio da garantia dos serviços da atenção básica que visam ao cumprimento do calendário básico de vacinação e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de sete anos, ao seguimento do calendário de pré-natal da gestante, da assistência pós-parto, bem como à realização da vigilância nutricional; A2 - Realizar o monitoramento dessas ações no Sistema de Gestão do Programa E-SUS – alinhado a Atenção Básica, possibilitando os registros individuais da condição de saúde dos beneficiários; e Participar das ações de monitoramento Inter setorial nos municípios; A3 - Realizar atendimento coletivo e/ou individual/visita às famílias beneficiárias com perfil na saúde e preencher os dados no “Mapa de Acompanhamento” em parceria com a Assistência Social o CRAS; A4 - Alimentar o Sistema de Informação, conforme calendário de vigência previsto; A5 - Avaliar o estado nutricional da gestante e registrar no sistema do Programa semestralmente (e-SUS); A6 - Planejar intersetorialmente as ações a serem desenvolvidas para o bom desempenho do programa; A7 - Elaborar e promover atividades em parceria com a Coordenação Municipal da Secretaria de Assistência Social e Educação; A8 - Avaliar o estado nutricional de crianças e registrar no sistema semestralmente; A9 - Verificar a situação vacinal da criança por meio da caderneta e registrar no sistema E-SUS semestralmente; A10 - Participar das capacitações promovidas para o uso do Sistema E-SUS para acompanhamento do Bolsa Família; A11 - Participar das reuniões mensais da Coordenação Inter setorial do Programa; também, participar dos eventos relativos ao programa; A12 - Fazer busca ativa das gestantes beneficiárias; A13 - Realizar reuniões de equipe para ajustes nos processos de trabalho sempre que necessário.

02	Manter a Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica alcançada.	100%	<p>A1 – Dotar/manter as UBS de recursos materiais, equipamentos, insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços; A2 - Desenvolvimento de ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente; A3- Atender ao Programa Previne Brasil ao Informatiza APS e Garantir sistema de monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica – Desempenho; A4 - Fortalecimento da integralidade na atenção à saúde (AB e VS); A5 - Ofertar atendimento qualificado com vistas à humanização da atenção básica na visita domiciliar realizada pelos profissionais de saúde como porta de entrada do SUS; A6 – Implementar o Acolhimento e Informatização das Unidades Básicas de Saúde; A7 - Realizar acompanhamento sistemático do envio das fichas do e-SUS no site do SISAB; A8 - Manter atualizados os dados das Equipes de Saúde e os profissionais por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); A9 - Alimentar mensalmente os Sistemas de Informações: Ambulatorial e da Atenção Básica (SIA e E-SUS). Manter o Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC, com todos os recursos necessários ao mesmo – computadores, Tabletes, impressoras e internet; A10 - Contratar e garantir médicos para atendimento nas especialidades básicas (Ginecologista/Ultrassonografia); A11 – Garantir material permanente e de consumo para realização de procedimentos nas UBS (suturas, atendimento das urgências, pequenas cirurgias, exames, etc.); A12 – Garantir recursos para capacitar profissionais da Atenção Básica para o Acolhimento e classificação de risco; A13 – Garantir ambiência nas UBS para a Escuta Inicial onde os profissionais possam atender as singularidades dos usuários; A14 – Garantir ao funcionamento do Prontuário Eletrônico – PEC para fortalecimento do acolhimento e classificação de risco; A15 – Utilizar o Regimento interno das unidades básica e manual de normas e rotinas de funcionamento em todas as UBS do município; A16 – trabalhar com atendimento agendado nas UBS atendendo as vulnerabilidades e também ofertar atendimento da demanda espontânea e as urgências e emergências; A17 – Reunir equipes de saúde e gestão para a elaboração de protocolos municipais baseados nos protocolos estaduais e ministeriais; A18– Utilizar protocolos Estaduais elaborados em oficinas conjuntas junto as urgência e emergência, pediatria e obstetrícia no pronto atendimento e na atenção básica do município; A19 – Realizar planilha detalhada de consumo de material segundo as UBS de forma mensal para garantir funcionamento diário aos usuários; A20 – Manter o mapeamento das áreas atualizados - O mapeamento de riscos e vulnerabilidades do território circunscrito a uma UBS baseado na classificação e estratificação de risco, analisando os riscos individuais e coletivos de cada família envolvida com a análise do perfil epidemiológico, a identificação do perfil sociodemográfico da população e o perfil das atividades econômicas existentes nesse território, bem como os riscos advindos dessas atividades; A21 - Atuar numa frente integrada, realizando planejamento conjunto das ações no território, somar esforços na</p>
----	---	--	------	---

				<p>organização de temáticas mensais para as visitas domiciliares para ACS e ACE, no sentido de promover atividades educativas relativas aos problemas mais comuns da comunidade ou de divulgar aspectos relativos às ações desenvolvidas no âmbito da unidade de saúde aos moradores; A22 - Trabalhar com definição de metas e análise de indicadores com toda a Equipe de Saúde de forma integrada através dos programas de Monitoramento propostos pelo MS; A23 – Buscar a Garantia de um financiamento tripartite compatível com os custos de uma atenção básica mais resolutiva e considerando diferenças regionais; A24 - Estimular e induzir à solicitação de tele consultoria como dispositivo de qualificação do encaminhamento às especialidades no município e região; A25 - Induzir e valorizar a vinculação (regionalização) e ações de Matriciamento (presencial e à distância) entre equipes da atenção básica e especialistas; A26 - Incorporar funcionalidades de regulação pela AB e integração entre E-SUS, SISREG e Plataforma de Telessaúde; A27 - A partir do e-SUS, ofertar base para prontuário eletrônico integrado em rede; A28 - estender horário de atendimento nas UBS para o período noturno garantindo atender a demanda masculina; A29 - realizar atividades exclusivas aos trabalhadores da saúde no sentido da promoção e prevenção da saúde; A30 – Aderir ao novo PAC 2025 para reforma, ampliação e construção de UBS e aquisição de equipamentos.</p>
03	Manter a Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal alcançada.	100%	<p>A1 - Definir as ações mínimas a serem desenvolvidas pelas ESB integradas aos outros profissionais das equipes mínimas; A2 – Definir o processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do pacto de indicadores da atenção básica e utilização dos sistemas nacionais de informação. E Monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados; A3 - Cadastrar as ESB por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e Realizar acompanhamento mensal do envio do CNES; A4 - Alimentar mensalmente os Sistemas de Informações: Ambulatorial e da Atenção Básica (SIA e E-SUS); e Implementar e Manter o Prontuário Eletrônico – PEC; A5 – Realizar visita domiciliar de forma continuada; A6 – Garantir Recursos Humanos na Saúde Bucal; A7 – Garantir recursos materiais, insumos e manutenção nos equipamentos para o atendimento na saúde bucal; A8 - Realizar acompanhamento sistemático do envio das fichas do e-SUS no site do SISAB; A9 – Realização de Escovação Dental Supervisionada nas escolas prioritárias pactuadas no PSE, rurais e urbanas com doações de kits para o procedimento; A10 – Aquisição de kits de escova, pasta de dente, fio dental para os grupos de trabalho (crianças, gestantes e idosos); A11 – Garantir primeira consulta odontológica programática e conclusão de tratamento; A12 – Aquisição e Instalação de Equipamento para Consultório Odontológico; A13 - Implantar Equipe SESB (Serviços de Especialidade em Saúde Bucal – Sesb); A14 – Aderir e requisitar Unidade Odontológica Móvel (UOM) no novo PAC 2025.</p>
04	Aumentar a Proporção de gestantes com pelo	Proporção de gestantes com 6 (seis) consultas	90%	<p>A1 – Manter cadastro individual das gestantes completo e atualizado; A2 – Realizar acompanhamento nominal das gestantes adscrita na equipes; A3 –</p>

	menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.	de pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação.		Realizar o monitoramento regular das gestantes; A4 – Flexibilizar a agenda das equipes; A5 – Instituir consultas de acompanhamento pelo enfermeiro; A6 – Orientar as gestantes quanto a importância do pré-natal; A7 – Intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde; A8 – Ampliar o acesso dos homens/parceiros na APS: estimular a realização de exames preventivos, de rotina, testes rápidos e atualização da carteira de vacina, estimular a participação em atividades educativas durante o pré-natal e nos cuidados com a criança e estimular o acesso ao direito da licença a paternidade; A9 - Finalizar a gestação no SISAB para que a gestante seja contabilizada no indicador; A10 – Considerar para o indicador Gestações interrompidas por aborto (CIAP: W82, W83; CID: O02, O03, O05, O06, O04, Z30.3), Gestações com partos prematuros ou partos a termo, antes de 42 semanas e Gestantes de alto risco.
05	Aumentar a Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	Proporção de gestantes com exames para sífilis e HIV realizados durante a gestação.	90%	A1 – Gestante com atendimento adequado no pré-natal; A2 – Realizar a testagem no 1º e 3º trimestre gestacional; A3 – Registro na caderneta e prontuário da gestante; A4 – Realizar a notificação do caso se for positivo.
06	Aumentar a Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado durante a gestação.	90%	A1 – Acolher a gestante na ESF e encaminhar para a ESB; A2 – Construção do plano terapêutico da gestante de forma multiprofissional com troca de informações entre as ESF e ESB; A3 – aumentar a cobertura de saúde bucal com o cumprimento de carga horária do profissional odontólogo e sua equipe; A4 - Identificar as gestantes: Por meio dos relatórios do e-SUS ou outra forma, promova a identificação das gestantes e o estímulo que essas realizem o PNO - Mecanismos como busca ativa e teleodontologia podem auxiliar nestes casos; A5 - Aprimorar os fluxos de encaminhamento: Identifique os fluxos de encaminhamentos e aprimore-os dentro da mesma UBS ou em outras quando for necessário; A6 - Realizar intervenções educativas: Estabeleça dentro da agenda dos profissionais e gestores momentos de educação permanente e sistematizada visando a melhoria do cuidado ofertado. Uma dica é incorporar as orientações inseridas nas Diretrizes para prática Clínica Odontológica na APS para tratamento de gestantes; A7 - Reforçar a importância do PNO para profissionais, gestores e população: O atendimento odontológico é seguro e deve ser incorporado a rotina de cuidado a gestante. Comunique as gestantes e profissionais da sua comunidade disso.
07	Aumentar a Cobertura de coletas de exame citopatológico realizada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura de coletas de exame citopatológico alcançado.	60%	A1 - Acompanhamento nominal das mulheres de 25 a 64 anos; A2 - Orientar usuária (importância do exame e periodicidade correta); A3 - Flexibilização de agenda (ex: após 18h; aos sábados); A4 - Capacitação da equipe para reduzir taxa de exames inconclusivos; A5 - Estabelecer protocolos locais; A6 - Estabelecer método de controle de seguimento de mulheres com lesões precursoras; A7 - Intervenções educativas permanentes da comunidade e de profissionais de saúde; A8 - Intervenções educativas para o registro correto nos sistemas de informações. (VER INDICADOR 12).
08	Manter a Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS	Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de Pentavalente	95%	A1 - Vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança , em especial do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI), pela Atenção Básica à saúde, conforme as orientações da Caderneta da Criança,

	contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenza tipo b e Poliomielite inativada.	alcançada.		incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares; A2 – Realizar Busca ativa das crianças faltosas; A3 – Organizar a agenda para o atendimento das crianças menores de 1 ano de idade; A4 – Realizar processos de educação em saúde com a comunidade e profissionais; A5 – Realização de Matriciamento; A6 – Articulação Inter setorial; A7 – Alimentar o sistema de informação, e-SUS, corretamente e em tempo oportuno; A8 – Manter a sala de vacina aberta durante todo o horário de funcionamento da UBS; A9 – Evitar barreiras de acesso; A9 – Aproveitar as oportunidades de vacinação quando a criança entrar na UBS para outra ação, resgate, acolha; A10 – Monitorar a cobertura vacinal diariamente; A11 – Garantir o registro adequado da vacinação, anote tudo, anote sempre; A12 – oriente sempre a população sobre o calendário vacinal, seja o técnico do time; A13 – combata qualquer informação falsa (fake News) sobre vacinação; A14 – promova a disponibilidade e a qualidade das vacinas ofertadas a população; A15 – Intensifique campanhas de vacinação; A16 – garanta pessoal treinado e habilitado para vacinar durante todo tempo de funcionamento da UBS.
09	Aumentar a Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre alcançada.	60%	A1 – Atender aos eixos de ação da Portaria 3.008, de 04 de nov. 2022: Institui a ECV na APS : I – promoção da saúde e prevenção das doenças cardiovasculares no âmbito da APS; II – educação em saúde e capacitação de profissionais e gestores, incluindo estratégias de autocuidado e outras ferramentas para promover a qualificação do cuidado e o aumento da adesão ao tratamento; III – rastreamento, estratificação do risco cardiovascular, diagnóstico precoce e aperfeiçoamento dos processos de cuidado; IV – fortalecimento dos processos de gestão, melhorias na estrutura física dos estabelecimentos de saúde da APS, organização dos processos de trabalho e disponibilidade de equipamentos para o cuidado; e V – fomento à produção de pesquisa em doenças cardiovasculares para inovações assistenciais e de gestão nas temáticas relacionadas à prevenção e controle no âmbito da APS; A2 – Realizar acompanhamento nominal dos pacientes; A3 - Orientar usuário (importância das consultas, adesão, exames); A4 - Realizar estratificação de risco cardiovascular; A5 - Acompanhamento conforme o risco; A6 - Estruturar a linha de cuidado; A7 – Realizar Intervenções educativas e incentivo ao registro das informações; A8 - Incentivar o auto monitoramento em domicílio (quando indicado); A9 - Promover estratégias de adesão terapêutica.
10	Aumentar a Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina Glicada solicitada no semestre.	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina Glicada alcançada.	60%	A1 – Manter o cadastro individual completo nos sistema de informação (cadastro módulo cidadão PEC e E—SUS APS); A2 – Qualidade na população cadastrada, considerar critério socioeconômico e demográfico (Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada – BPC e Benefício Previdenciário no valor máximo de 2 salários mínimos/População com até 5 anos e a partir de 65 anos de idade); A3 – Manter SCNES atualizado, equipes homologadas e credenciadas corretamente; A4 – Implementar programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS.
11	Atingir anualmente o o potencial de cadastros dos cidadãos feito pelas equipes de atenção básica, considerando a tipologia do IBGE e as vulnerabilidades.	Cidadãos cadastrados conforme a tipologia do IBGE e suas vulnerabilidades.	100%	A1 - Capacitar todos os profissionais das UBS quanto ao conhecimento do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama; Implementar o rastreamento organizado da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos;
12	Aumentar a Razão de exames cito patológicos do colo do útero em	Razão de exames cito patológicos do colo do útero na faixa etária	0,50	

	mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	alcançada.		<p>A2 - Realizar palestras educativas em rodas de conversa nas UBS e outros locais onde a população se reúne; A3 - Realizar o diagnóstico de área a fim de conhecer a realidade da população feminina que iniciaram a atividade sexual; A4 - Reunir os agentes comunitários de saúde para busca ativa através de visita domiciliar, com o objetivo de realizar o mapeamento da área e identificação da quantidade de mulheres na faixa etária priorizando as mulheres que iniciaram a atividade sexual e nunca realizaram o exame preventivo; A5 - Criar dentro das UBS o fluxo de trabalho e local específico para o atendimento ao exame citopatológico do colo do útero, além de definir os dias na semana e horários; A6 - Identificar o número absoluto de exames citopatológicos pactuados na faixa etária de 25 a 64 anos e determinar a meta mensal para a realização desses exames; Contratação de profissional médico ginecologista para suporte ao programa; A7- Implantar na rotina das unidades/equipes o livro de registro e acompanhamento das mulheres na faixa etária preconizada favorecendo a busca ativa das faltosas; Garantir no cronograma das equipes a realização semanal do exame com agenda e acolhimento das mesmas; Garantir material permanente e de consumo para realização dos exames; A8 – Realizar busca ativa das mulheres na faixa etária preconizada pelo MS para que sejam submetidas ao exame citopatológico; Divulgar o exame e as datas de realização do exame em cada UBS através do ACS e outros meios de comunicação; A9 – Participar dos treinamentos e atualizações ofertados pela Secretaria Estadual de Saúde; Implementar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) às mulheres que apresentam resistência à realização do exame citopatológico do colo do útero; A10 – Realizar ações educativas com as mulheres informando sobre a forma de coleta e os cuidados que antecedem o exame; A11 – Garantir a entrega do resultado de forma ética e sigilos com tratamento quando for o caso; A12 – Confeccionar material educativo sobre o câncer do colo de útero para distribuição através do ACS à comunidade; A13 - Buscar junto ao estado e parceiros a permanência da Unidade Móvel de Saúde da Mulher no município para realização dos exames de PCCU e Mamografia; A14 – Pleitear o cadastro de um profissional e do serviço de cito patologia na região de saúde e assim atender a parte da demanda da região; A15 - Operacionalizar o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN); A16 - Monitorar indicador no site do DATASUS.</p>
13	Aumentar a Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	Razão de exames de mamografia de rastreamento na faixa etária realizados.	0,20	<p>A1 - Capacitar todos os profissionais das UBS quanto ao conhecimento do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama; A2 - Implementar o rastreamento organizado da população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos; A3 - Realizar palestras educativas, rodas de conversa em UBS e outros locais onde a população se reúne; A4 - Reunir os agentes comunitários de saúde para busca ativa através de visita domiciliar, com o objetivo de realizar o mapeamento da área e identificação da quantidade de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos que nunca realizaram o exame de mamografia ou que não realizaram a mais de 2 anos; A5 - Identificar o número absoluto de exames de mamografia pactuados na faixa etária de 50 a 69 anos e determinar a meta mensal para a realização desses exames; A6 – Buscar junto a gestão Estadual a</p>

				<p>garantia do Aparelho, mamógrafo, funcionando na referência e atendendo a PPI da assistência; A7 - Implementar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) às mulheres que apresentam resistência à realização do exame de mamografia; A8 - Realizar busca ativa das mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde para que sejam submetidas ao exame de mamografia; A9 - Participar dos treinamentos e atualizações ofertados pela Secretaria Estadual de Saúde; A10 - Operacionalizar o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN); A11 - Monitorar indicador no site do DATASUS.</p>
14	Aumentar a Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar.	Proporção de parto normal no SUS e saúde suplementar alcançadas.	65%	<p>A1 - Garantir acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno a todas as gestantes que necessitem do atendimento em Augustinópolis e Araguaína Tocantins (nossa referência estadual); A2 - Acolher as gestantes com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidades; A3 - Informar e favorecer a vinculação das gestantes do município com o hospital de Augustinópolis referência para o parto normal ou Cesária (Pactuar com a maternidade a referência e a contra referência); A4 - Coordenar o cuidado da gestante pela atenção básica através das equipes no território; Realizar Orientação individual; A5 - Realizar busca ativa das gestantes faltosas, ações educativas direcionadas a gestantes e familiares e imunização antitetânica. Capacitar parteiras tradicionais do território disponibilizando os "kits parteiras" conforme previsto na portaria 1459/2011; A6 - Estabelecer fluxo no município para garantir a entrega de resultado de exames em tempo hábil (até a 12ª sem e entre a 28ª e a 36ª sem gestacional conforme preconizado). Realizar os exames gestacionais prioritários de acordo com protocolo; A7 - Manter equipe e infraestrutura necessária para alimentação regular do sistema de informação da atenção básica (E-SUS), utilizando as informações no monitoramento das ações relacionadas à rede Alyne; A8 - Informar e apoiar garantindo as gestantes durante o deslocamento para as consultas de pré-natal e para o local do parto em Augustinópolis – TO; A9 - Identificar as gestantes de alto risco do território e realizar primeira consulta até 120 dias de gestação e disponibilizar o teste rápido de gravidez, HIV, sífilis e proteinúria nas unidades de saúde de forma segura e garantindo o sigilo; A10 - Realizar cooperação técnica para as maternidades (Visita Guiada a Maternidade); A11 – Realizar reunião do fórum perinatal; Qualificar a consulta de pré-natal pelos profissionais da Atenção Básica; A12 – Realizar campanhas de promoção da rede Alyne; Garantia de todos os exames de pré-natal na AB; A13 – Implementar educação permanente dos profissionais da rede Alyne e os grupos de Gestante; A14 – Realizar oficinas de boas práticas ao Parto Humanizado sensibilizando a gestante para o Parto Normal; A15 – Realizar avaliação e monitoramento trimestral in loco dos indicadores da Rede Alyne.</p>
15	Reduzir a Proporção de gravidez na adolescência de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência reduzida.	20%	<p>A1 - Participar e/ou desenvolver ações de promoção de saúde nos territórios, articulando e potencializando os diversos espaços e equipamentos comunitários, especialmente a escola; A2 - Articular parcerias e promover, junto às famílias, atividades de educação em saúde relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, dando ênfase ao diálogo familiar como estratégia fundamental na melhoria das relações afetivas entre pais, responsáveis e filhos e favorecendo comportamentos,</p>

				<p>hábitos e ambientes seguros e saudáveis para adolescentes; A3 - Desenvolver ações educativas relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva baseada nas demandas e necessidades trazidas pelos adolescentes criando ambientes participativos de discussões em grupo que favoreçam o exercício das relações afetivas e fortaleçam o autoconhecimento, o autocuidado e o cuidado com o outro para tomadas de decisões esclarecidas e responsáveis; A4 - Articular parcerias e desenvolver estratégias sistemáticas de busca ativa de adolescentes grávidas no território acolhendo-as e realizando atendimento pré-natal considerando as especificidades e necessidades deste grupo etário, envolvendo os parceiros e os familiares no atendimento; A5 - Ampliar o acesso aos métodos contraceptivos, como garantia de acesso igualitário a informações, disponibilizando-os em Unidade Básica de Saúde e hospitais públicos; A6 - Palestras educativas e demonstrativas nas UBS e escolas com orientações aos adolescentes sobre os mecanismos de prevenção e as consequências da gravidez não planejada; A7 – Implantação de oficinas junto aos pais em parceria com as escolas levando informação acerca da importância da utilização dos métodos contraceptivos e a necessidade de diálogo com as filhas, assim como observação acerca da menarca e início da atividade sexual; A8 - Aumenta o nível de informação da população sobre os riscos de IST e sobre a gestação na adolescência.</p>
16	Reduzir para 0 a Taxa de mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil reduzida.	0	<p>A1 - Monitorar e registrar aleitamento materno exclusivo até o sexto mês por meio do SISVAN/WEB; A2 - Promover a Semana Municipal do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável; A3 - Realizar atendimento na primeira semana de vida do bebê incluindo a visita domiciliar do enfermeiro e/ou médico; A4 - Realizar consultas de puericultura conforme calendário do MS; A5 - Utilizar instrumentos de registro como a Caderneta da Saúde da Criança; A6 - Realizar em tempo oportuno a triagem neonatal; A7 - Realizar avaliação e classificação de sinais de risco e tratamento oportuno de todas as crianças, objetivando identificar as crianças vulneráveis; A8 - Acompanhamento do Pré-Natal com a realização de 7 ou mais consultas; A9 - Promover a atualização dos profissionais em reanimação neonatal; A10 – Implementar o mapeamento de todas as crianças menores de um ano pelo ACS integrados ao ACE com visita mensal ou semanal, em caso de baixo peso, por parte dos mesmos; A11 – Implantação do acolhimento dos usuários e humanização das UBS e do atendimento oferecendo e fortalecendo os serviços de atendimento a criança; A12 – Articulação com a Rede Hospitalar da Região, fortalecer os vínculos com os Hospitais/Maternidades de Augustinópolis e Araguaína – TO na assistência à saúde da criança; A13 – Garantir o envio de dados do SINASC com regularidade, caso o nascimento seja no município e preencher a Declaração de Nascido Vivo – DN corretamente; A14 – Priorizar a saúde das crianças vulneráveis no território segundo a PNAB.</p>
17	Manter o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	0	<p>A1 - Realizar a investigação de óbitos maternos; A2 - Preencher a ficha de investigação de óbito corretamente observando todos os campos; Inserir a investigação realizada no Sistema de Informação sobre mortalidade: módulo federal; A3 - Monitorar o SIM federal quanto aos prazos estabelecidos e óbitos</p>

				pendentes para investigação; A4 - Integração entre os serviços de Vigilância Epidemiológica e os serviços de assistência à Saúde para qualificação das fichas de investigação; A5 - Construir protocolo de Mortalidade Materna junto a SES/TO.
18	Manter a Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil – MIF (10 a 49) investigados.	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil - MIF (10 a 49) investigados.	100%	A1 - Realizar a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil em tempo oportuno; A2 - Preencher a ficha de investigação de óbito corretamente observando todos os campos; A3 - Inserir a investigação realizada no Sistema de Informação sobre mortalidade: módulo federal; A4 - Monitorar o SIM federal quanto aos prazos estabelecidos e óbitos pendentes para investigação; A5 - Integração entre os serviços de Vigilância Epidemiológica e os serviços de assistência à Saúde para qualificação das fichas de investigação.
19	Reduzir as internações por causas sensíveis à Atenção Básica.	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – ICSAB. Número de internações por causas sensíveis à atenção básica no ano/total de internações do mesmo período x 100.	20%	A1 - Manutenção do acesso aos serviços de média e alta complexidade, por meio das pactuações; A2 – Implementar as visitas domiciliares por parte dos profissionais médicos aos pacientes do grupo de risco em DCNT; A3 - Realizar campanhas educativas periódicas abordando fatores de risco para DM e HA; A4 - Programar, periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário junto a Academia da Saúde; A5 - Incentivar a adoção de hábitos alimentares saudáveis para prevenção obesidade, DM e HA; A6 - Aumentar o nível de conhecimento da população sobre alimentação equilibrada, manutenção do peso adequado e benefícios da atividade física; A7 - Buscar adequar as orientações sobre hábitos de alimentação saudáveis e prática da atividade física compatíveis com a realidade local; A8 - No caso do diabetes ou hipertensão instalados, aplicar a terapia nutricional para a prevenção ou correção do excesso de peso, manutenção da glicemia, perfil lipídico e pressão arterial em níveis adequados; A9 – Incluir tema de DM e HA nas escolas junto ao PSE para medidas de prevenção; A10 – Implementar e Manter o Programa de prevenção do Tabagismo implantado junto às equipes; A11 – Tratamento adequado que permita modificar a evolução da doença previna as complicações e melhore a qualidade de vida dos portadores; A12 - cadastro e monitoramento dos portadores.
20	Manter o número de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	86%	A1 – Manter cadastro individual das gestantes completo e atualizado; A2 – Realizar acompanhamento nominal das gestantes adscrita nas equipes; A3 – Realizar o monitoramento regular das gestantes; A4 – Flexibilizar a agenda das equipes; A5 – Orientar as gestantes quanto a importância do pré-natal; A6 – Intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde.

MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE

DIRETRIZ MUNICIPAL: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.

DIRETRIZES NACIONAIS RELACIONADAS (PNS): 8 -9.

DIRETRIZES ESTADUAIS RELACIONADAS (PES): 3. Fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências no Estado do Tocantins.

OBJETIVO: Garantir acesso da população a serviços de especialidades com Implementação da Rede de Atenção às Urgências, fortalecendo os mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.

Nº	DESCRIÇÃO DA META.	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META.	META PREVISTA 2025	AÇÕES/ATIVIDADES
1	Contratar serviços ambulatoriais de média complexidade para atender a população residente nas áreas de pediatria e ginecologia.	Número de profissionais para serviços ambulatoriais de média complexidade nas especialidades de pediatria e ginecologia.	2	A1 – Contratar empresa especializada em serviços médicos para a contratação dos especialistas; A2 – Garantir junto a empresa as especialidades básicas de Pediatria, Ginecologia;
2	Manutenção dos serviços de de Ultrassonografia ofertados anualmente no município.	Serviços de Ultrassonografia, mantidos.	1	A1 – Garantir com contratação de profissional especialista e manutenção de aparelho de USG, serviços de exames por imagem, Ultrassonografia.
3	Manter as ações de Enfrentamento da COVID-19.	Ações de Enfrentamento da COVID-19 em funcionamento.	1	A1 - Alimentar mensalmente o SIA/SUS - Ficha BPA – com procedimentos de vigilância ao COVID 19; A2 – Reunir Comitê Municipal de Prevenção e Enfrentamento do COVID-19; A3- Atualizar os Instrumentos Legais do Plano de Enfrentamento; A4 - Dispor Sobre as Medidas Para Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública e Adere as Recomendações e Políticas Estaduais e Federais, Impõe Medidas Restritas e Determina ações Preventivas Para a Contenção do Avanço e Enfrentamento do Novo Corona vírus (COVID-19) através de Decreto Municipal. Incluindo a Campanha de Vacinação; A5 - Atualizar os Instrumentos Legais de enfrentamento: incluindo previsão de financiamento emergencial; A6 - Realizar atividades educativas sobre a Vigilância do Corona Vírus; Promover ações conjuntas com outros setores da atenção básica, Gestão municipal e a Educação; A7 - Realizar atividades educativas sobre a Vigilância do COVID 19 para a população; Participar das capacitações oferecidas pelas instancias responsáveis; A8 - Programação das Ações de Vigilância; A9 - Oferecer equipamentos necessários (Adquirir todo material de EPI e outros que se fizerem necessários para o enfrentamento da doença); A10 - Confeccionar e Adquirir material educativo; A11 -Adquirir medicamentos para COVID 19 segundo os protocolos implantados pelo MS; A16 – Garantir RH.
4	Adquirir ambulância tipo I para atendimento das urgências e emergências.	Número de Ambulâncias adquiridas.	0	A1 – Buscar através de emenda Parlamentar recursos para a aquisição; A2 – realizar o projeto justificativa para a aquisição; A3 – Realizar processo licitatório adequado para a aquisição; A4 – Realizar a manutenção da mesma com seguro e outros.

ASSISTENCIA FARMACEUTICA

DIRETRIZ MUNICIPAL: Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

DIRETRIZ NACIONAL RELACIONADA (PNS): 16.

DIRETRIZ NACIONAL RELACIONADA (PNS): 4. Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

OBJETIVO: Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica no município, Promovendo a estruturação e o acesso aos medicamentos padronizados no SUS pela RENAME, com a implementação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) e do envio do conjunto de dados por meio do serviço WebService como estratégia para o fortalecimento do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

Nº	DESCRIÇÃO DA META.	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META.	META PREVISTA 2025	AÇÕES/ATIVIDADES
1	Manter atualizado o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) ou enviar o conjunto de dados por meio do serviço WebService, em 100% dos estabelecimentos farmacêuticos (farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico) da Atenção Básica	Percentual de estabelecimentos farmacêuticos com o Sistema Hórus implantado e enviando o conjunto de dados por meio do serviço WebService.	100%	A1 – A partir da programação, a farmácia, por meio do funcionário responsável, realiza a solicitação/requisição dos medicamentos; manter a Adesão ao QUALIFAR – SUS e aquisição de equipamentos e manutenção da Farmácia Básica; A2 – Realizar controle de estoque dos medicamentos através do HÓRUS.
2	Manter a Farmácia Básica estruturada, no município.	Farmácia Básica estruturada, no município.	100%	A1 - Assegurar as condições adequadas de conservação dos medicamentos – armazenamento adequado; A2 – Realizar processo de Educação em Saúde pelo profissional farmacêutico; A3 – Contratar e manter profissional farmacêutico na Farmácia Básica com termo de responsabilidade técnica atualizado.
3	Atender os usuários do SUS, com os medicamentos do componente da atenção primária conforme RENAME.	Usuários do SUS, atendidos com medicamentos do componente da atenção primária conforme RENAME.	95%	A1 - Estimar quantidades de medicamentos a serem adquiridos de acordo com a população e estimativa na organização do processo de trabalho; A2 – Realizar a dispensação e assegurar que o medicamento seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto; A3 - Orientar o correto uso dos medicamentos sob supervisão do farmacêutico; A4 – Realizar o atendimento ao paciente em sala privativa de forma acolhedora; A5 – Garantir o acompanhamento nos grupos como o de HIPERDIA, Saúde Mental entre outros; A6 – Cadastrar pacientes junto a farmácia estadual para recebimento de medicamentos da Atenção Especializada.
4	Implantar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, o REMUNE.	REMUNE implantado.	1	A1 – Organizar Equipes gestora para a Implantação do REMUNE.

GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DIRETRIZ MUNICIPAL: F Fortalecimento da Educação Permanente e Regulação do Trabalho em Saúde

DIRETRIZ NACIONAL RELACIONADA (PNS): 13 e 26.

DIRETRIZ ESTADUAL REALCIONADA (PES): Não Relaciona.

OBJETIVO: Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho, investindo na fixação de profissionais atendendo dentro da proposta da Política de Humanização.

Nº	DESCRIÇÃO DA META.	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META.	META PREVISTA A 2025	AÇÕES/ATIVIDADES
1	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção.	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	100%	A1 - Realização de levantamento junto aos servidores para proposição de temas para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde; A2 - Participação ativa do Polo Regional de Educação Permanente por meio da elaboração de propostas que estejam em consonância com os conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades do SUS, qualificando o serviço e os recursos humanos; A3 - Garantir participação dos profissionais nas capacitações, seminários e oficinas fora do município; A4 - Oferecer capacitações mensais aos profissionais do SUS no município; A5 -- Monitorar processo de EP.
2	Implantar ponto do Telessaúde Brasil Redes no município.	Número ponto do Telessaúde Brasil Redes implantados.	1	A1 – Implantar junto a Universidade responsável o ponto de TELESSAÚDE; A2 - Buscar adquirir o material de informática e a internet junto a Universidade.
3	Garantir a folha de pagamento dos servidores da saúde.	Folha de pagamento garantida.	100%	A1 – Manter ao programa mais médico segundo as mudanças ministeriais para 2025 para as equipes de saúde; A2 – Contratação de profissionais médicos para as equipes de saúde da família; A3 – Contratação profissionais enfermeiros para coordenação da Atenção Básica e para as equipes de saúde da família; A4 – Contratação de profissionais para Equipe Multidisciplinar de acordo com a demanda; A5 – Contratação de profissionais farmacêuticos para atender a farmácia básica (sistema HORUS); A6 – contratação de profissionais auxiliares para as equipes de saúde bucal/Enfermagem; A7 - Manutenção e Garantia dos profissionais concursados/comissionados nas equipes de Atenção Básica - ESFSB; A8 – Contratação de profissionais médicos especialistas para o apoio a Atenção Básica (Ginecologia, pediatria); A9 - Manter Convênio com a SES/TO para cessão de profissionais do estado ao atendimento no município; A10 – Realização de Concurso Público na Saúde; A11 – Contratação de profissional qualificado para Assessoria de Gestão em Saúde e Educação Permanente para fortalecimento da Gestão e Atenção Básica.
4	Fomentar a Instituir do Plano de Cargos Carreira e Salários – PCCR para trabalhadores da saúde.	Plano de Cargos Carreira e Salários – PCCR instituído.	0	A1 – Reunir com equipe de apoio jurídico e de recursos humanos da prefeitura municipal a fim de instituir o plano de carreiras e salários dos servidores da saúde.
5	Manter e Implementar o	Número de Unidades de	100%	A1 – fortalecer o acolhimento como mecanismo de ampliação/facilitação do

	Acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde.	Saúde (UBS) com implantação Acolhimento.		acesso; A2 - Avaliação de risco e vulnerabilidade; A3 - Gestão das agendas de atendimento individual; A4 - Ofertas de cuidado e desmedicalização; A5 – Organizar a demanda espontânea na atenção básica.
6	Implantar o Núcleo de Educação Permanente – NEP municipal.	NEP instituído.	1	A1 – Implantar o NEP para o fortalecimento da atenção básica e a qualificação dos servidores da saúde; A2 - Elaborar Projetos de as ações no NEP para atender as demandas dos profissionais; A3 – Ampliar a rodas de conversa.
7	Realizar ações de segurança e saúde do trabalhador e de qualidade de vida aos servidores das unidades	Número de ações de segurança e saúde do trabalhador e de qualidade de vida desenvolvidas.	1	A1 - Apoiar por parte do NEP as equipes de saúde, na sistematização das informações em Saúde do Trabalho; A2 – Apoiar as equipes no processo de educação permanente em saúde do trabalhador; A3 – Promover espaços de valorização do trabalhador; A4 – formação de profissionais da saúde na área de saúde do trabalhador; A5 – apoiar a gestão/trabalhadores a reconhecer a presença de riscos e perigos para a saúde e o ambiente, para antecipar e prevenir os danos e mudar os processos de trabalho geradores de doenças e morte evitáveis; A6 – apoiar a gestão a reconhecer as atividades produtivas desenvolvidas e o perfil dos trabalhadores e desenvolver ações de proteção; A8 – oferecer oficinas de capacitação aos gestores e aos profissionais de saúde, no município, através do NEP e assessoria, com o tema saúde do trabalhador.
8	Capacitar profissionais na área da saúde com recursos de Educação Permanente.	Percentual de profissionais capacitados com recursos de Educação Permanente.	100%	A1 – Realizar o Plano de Educação Permanente com base nos princípios da humanização; A2 – Realização de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS; A3 – criação de espaços coletivos para discussão do processo de Educação Permanente instituído.
9	Capacitar Todos os conselheiros de saúde (titulares e suplentes).	Número de Conselheiros de saúde capacitados.	100%	A1 – Elaborar plano de ação para duas capacitações no ano para os conselheiros de saúde, elaborando a temática de suas demandas; A2 – Organizar espaço adequado com recursos materiais e lanche para a capacitação.
10	Realizar trabalhos em experiências exitosas em saúde, ANUALMENTE.	Número de experiências exitosas em saúde pelos profissionais de saúde.	1	A1 – Incentivar os profissionais a elaborar/construir projetos relacionados ao processo de trabalho para apresentação em eventos científicos; A2 – apoiar os profissionais, por parte do NEP, na elaboração de trabalhos científicos e relatos de experiências baseados na vivência profissional.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DIRETRIZ MUNICIPAL: Reduzir e prevenir riscos relacionados à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e prevenção.

DIRETRIZES NACIONAIS RELACIONADAS (PNS): 6 – 10 – 12 – 22 – 23.

DIRETRIZES ESTADUAIS RELACIONADAS (PES): 5. Fortalecimento da Política de Vigilância em Saúde no Estado do Tocantins.

OBJETIVO: 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, e ainda, aprimorar as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.

Nº	DESCRIÇÃO DA META.	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META.	META PREVISTA 2025	AÇÕES/ATIVIDADES
1	Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	0	A1- Atividades Estratégicas para o alcance do Indicador; A2 - Manter e aumentar o número de executores de teste rápido na atenção básica; A3 - Realizar testagem rápida para a Sífilis no pré-natal e no parto de acordo com as normativas vigentes; A4 - Notificar casos de Sífilis em Gestantes e suas parcerias sexuais; A5 - Notificar casos de Sífilis Congênita e acompanhar até 18 meses de acordo com protocolo vigente; A6 - Tratar adequadamente as gestantes com sífilis e seus parceiros sexuais de acordo com protocolo vigente; A7 - Divulgar e sensibilizar as gestantes em relação à prevenção, tratamento e transmissão vertical da sífilis; A8 - Definir processo de trabalho com fluxos estabelecidos nas Unidades Básicas de Saúde para o enfrentamento da Sífilis adquirida, em gestantes e congênita; A9 - Implementar no Plano Municipal ações específicas para fortalecer o cuidado integral dos menores com sífilis congênita.
2	Reduzir o número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) no município.	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	5	A1- Elaborar o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas; A2 – Implementar o Programa Academia da Saúde, segundo a Portaria nº 719 de 7 de abril de 2011, a qual Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde; Realizar adesão a nova da academia porte maior; A3 - Promover sistematicamente ações utilizando o espaço da Academia da Saúde, priorizando a assistência a alguns grupos populacionais considerados de maior risco de agravos à saúde: gestantes, portadores de hipertensão, diabetes, destacando-se ações de prevenção primária (redução e controle de fatores de risco), possibilitando o controle sistêmico e permanente da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM); A4 – Assegurar o Programa Nacional de

				<p>Controle do Tabagismo (PNCT) implantado no município com objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco; disponibilizando assim o acompanhamento aos indivíduos que desejam parar de fumar; A5 - Fortalecer o cuidado ao portador de DCNT, reestruturando o fluxo de atendimento aos portadores de DCNT e aqueles que estão em risco; A6 – Formar e manter grupos junto à comunidade local que incentivem a prática de atividades físicas e autocuidado (com trabalho diferenciado com os portadores de doenças crônicas cadastrados e acompanhados por meio do Relatório Trimestral de Hipertensão, Diabetes e Fatores de Risco: sedentarismo, obesidade, tabagismo e alcoolismo; A7 - Assegurar o envio do Relatório Trimestral de Hipertensão, Diabetes e Fatores de Risco (Sedentarismo, Obesidade, Tabagismo e Alcoolismo), conforme aprovado na CIR; A8 - Realizar o rastreamento, identificação, diagnóstico, acompanhamento e tratamento das pessoas com Doenças Crônicas, assim como promover ações que minimizem os impactos dos fatores de risco nos índices de incapacidades e mortalidade pelo conjunto das quatro doenças crônicas (Doenças Cardiovasculares, Respiratórias Crônicas, Diabetes e Cânceres); A9 - A avaliação e acompanhamento do estado nutricional da população atendida na atenção básica, o que possibilita elaborar ações que possam reduzir o sobre peso e obesidade no município; A10 - Monitorar e avaliar a eficácia e o impacto das ações desenvolvidas no município sobre o Indicador (número de óbitos/taxa de mortalidade pelo conjunto das quatro doenças crônicas) por meio do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM; A11 - Oficina de análise de dados para vigilância epidemiológica estadual das doenças crônicas não transmissíveis com o objetivo de qualificar as informações sobre as DCNT.</p>
3	<p>Manter a proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade – pentavalente (3º dose), pneumocócica 10 valente (2º dose), poliomielite (3º dose), tríplice viral (1º dose) com cobertura vacinal preconizada no município.</p>	<p>Proporção de vacinas selecionadas do calendário nacional de vacinação para crianças menores de dois anos de idade – pentavalente (3º dose), pneumocócica 10 valente (2º dose), poliomielite (3º dose), tríplice viral (1º dose) com cobertura vacinal preconizada.</p>	75%	<p>A1 - Disponibilizar as vacinas na rede de serviços locais - caso o município tenha mais de uma sala de vacina; A2 – Planejar as atividades de vacinação e manter a sala de vacina na UBS V; A3 - Vacinar a população alvo conforme o esquema vacinal e as normas estabelecidas pelos Programas: Nacional de Imunização (PNI/SVSA/Ministério da Saúde) e ESUSAB para cada vacina; Integrar os programas para o ESSUSAB; A4 - Monitorar, analisar e avaliar sistematicamente os dados de cobertura vacinal por vacina e grupos específicos - de forma integrada (entre a Sala de Vacina e as demais equipes de saúde da UBS), por meio de reuniões semanais ou mensais; Coordenação e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância; A5 - Alimentar mensalmente o movimento de imunobiológico no sistema de informação – e-SUSAB; A6 - Registrar todas as doses aplicadas no Sistema de Informação e Providenciar o envio dos dados diário/mensal;</p>

				<p>A7 - Gerar relatórios no sistema: Cobertura Vacinal – Lista Nominal de Aprazamentos Listagem Nominal de esquema vacinal incompleto - Lista Nominal de Faltosos - Lista Nominal de Vacinados e conferir com os cartões de aprazamento e /ou ficha nominal; Corrigir os possíveis erros de registro no sistema de informação; A8 - Realizar estratégias de resgate de não vacinados (Busca de Faltosos); e Estabelecer estratégias locais para vacinação em áreas de difícil acesso (zona rural etc.) de acordo com a realidade do município; A9 - Avançar nas estratégias de mobilização da população – (utilizar carros de som, rádios, cartazes, faixas, folhetos, escolas, etc.) Os ACS, Agentes de Vigilância e outros meios; A10 - Estabelecer estratégias de integração / articulação com a Atenção Primária - Fazer reuniões sistemáticas, estabelecer vínculo; A11 - Buscar parcerias com a Educação, Assistência Social e Seguidores Organizados e outros existentes no município; A12 - Estar atento a inclusão das Doses Aplicadas de pessoas de outros municípios (sistema de informação); A13 - Gestão do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes; A14 - Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação; A15- Promoção e execução da educação permanente em seu âmbito de atuação.</p>
4	Manter a proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	85%	<p>A1 - Prestar apoio técnico às unidades notificadoras; A2 – Coletar e consolidar os dados provenientes de unidades notificantes; A3 – Estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelas unidades notificantes: respeitando os fluxos e prazos estabelecidos pelo Estado; A4 – Enviar os dados ao nível estadual, observando os fluxos e prazos estabelecidos pelo Estado e MS; A5 – Distribuir as versões do SINAN e seus instrumentos de coleta de dados para as unidades notificantes; A6 – Informar à unidade federada a ocorrência de casos de notificação compulsória imediata, detectados na sua área de abrangência, residente em outros municípios, ou a ocorrência de surtos ou epidemias, com risco de disseminação no país; A7 – Avaliar a regularidade, completitude, consistência e integridade dos dados e duplicidade de registros, efetuando os procedimentos definidos como de responsabilidade do município, para a manutenção da qualidade da base de dados; A8 – Realizar análises epidemiológicas e operacionais; A9 – Divulgar informações e análises epidemiológicas; A10 - Executar a rotina "Fluxo de retorno" para obter os casos residentes notificados por outros municípios/estados e disponibilizar o arquivo, passíveis de fluxo de retorno, para o município de residência semanalmente ou de acordo</p>

				com a demanda.
5	Manter 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.	100%	A1 - Manter os insumos para realização do diagnóstico clínico na UBS - exame de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa (2 tubos de ensaio, água quente a 45°C, água fria, alfinete de costura e algodão, lanterna, régua, fio dental sem sabor, pinça de sobancelha, tabela de Snellen, lápis preto, tapa olho, kit de estesiômetro, canetas ou lápis nas cores: verde, azul, lilás, vermelho e preto); A2 - Encaminhar os casos de difícil manejo para a unidade de referência estadual; A3 - Manter o quantitativo mínimo de medicamentos hansenostáticos e dispensar, conforme preconizado pelo PNCH e PECH nas unidades básicas de saúde; A4 - Dispensar mensalmente o medicamento hansenostáticos para o paciente de hanseníase; A5 - Realizar consulta de enfermagem mensal; A6 - Realizar consulta médica minimamente de dois em dois meses e sempre que houver necessidade para acompanhamento do usuário do programa de hanseníase; A7 - Realizar avaliação neurológica simplificada no diagnóstico, de 3 em 3 meses e/ou nos episódios reacionais, conforme preconiza a Portaria nº149, de 3 de fevereiro de 2016; A8 - Realizar busca ativa de faltosos sistematicamente; A9 - Alimentar no SINAN NET as atividades desenvolvidas com os pacientes através do boletim de acompanhamento dos casos de hanseníase; A10 - Avaliar o grau de incapacidades físicas dos casos curados de hanseníase no ano de avaliação; A11 - Encerrar os casos novos de Hanseníase registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação tratados em tempo oportuno; A12 - Realizar busca ativa de casos novos de hanseníase; A13 - Realizar diagnóstico de hanseníase no município.
6	Manter zerado o número de casos autóctones de malária.	Número de casos autóctones de malária zerado.	0	A1 - Realizar exame de gota espeça para investigação e diagnóstico dos indivíduos que apresentem os sintomas e/ou quadro clínico da malária; A2 - Notificar todos os casos suspeitos de malária no SIVEP-Malária imediatamente; A3 - Manter atualizado o estoque mínimo de antimaláricos; A4 - Tratar todos os casos confirmados de malária em até 48h a partir da coleta da lâmina; A5 - Realizar LVCs - lâminas de verificação de cura dos pacientes que forem tratados para malária.
7	Manter zerado o número de casos novos de AIDS em < de 5 anos.	Número de casos novos de aids em < de 5 anos zerado.	0	A1 – Realizar atividades Estratégicas para o alcance do Indicador; A2 - Aumentar o número de executores de teste rápido na atenção básica; A3 - Realizar testagem rápida para o HIV no pré-natal e no parto de acordo com as normativas vigentes; A4 - Notificar gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas. – gestantes; A5 - Notificar gestantes infectadas pelo HIV e crianças expostas. - CRIANÇAS; A6 - Realizar ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes, parturientes e em crianças expostas, de acordo com as normativas vigentes. - AZT INJETÁVEL; A7 - Realizar ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes, parturientes e

				em crianças expostas, de acordo com as normativas vigentes. - AZT XAROPE. A8 - Captar precocemente a gestante para realização do TR para HIV e encaminhar para o SAE (Serviço de Atendimento Especializado) de sua referência para início do tratamento com ARV (Antirretrovirais) e manter o acompanhamento na AB.
8	Aumentar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	100%	A1 - Realizar coleta de amostras de água de acordo com programação de coletas anual definidas pelo LACEN-TO e a avaliar os resultados das análises, para verificar a potabilidade da água de consumo humano; A2 - Realizar análise de água para o parâmetro Cloro Residual Livre, no momento das coletas das amostras de água de consumo humano; A3 - Inserir no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água - SISAGUA, os resultados de todas as análises de água, realizadas pela vigilância, para sistematização, consolidação dos dados e geração de relatórios; A4 - Acompanhar a digitação no SISAGUA através do relatório mensal de "cumprimento da diretriz nacional"; A5 - Atualizar os cadastros de SAA SAC e SAI no SISAGUA; A6 - Garantir e viabilizar a participação do técnico dos cursos oferecidos pela SES; A7 - Manter técnico capacitado para desenvolver e coordenar as atividades do programa VIGIAGUA; A8 – Realizar ações de orientação do manejo e distribuição da água para consumo junto a população no sentido da preservação do meio ambiente; A9 – Garantir recursos financeiros para deslocamento e envio das amostras até o laboratório Araguaína mensalmente.
9	Aumentar o número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	8	A1 – Alimentar um banco de dados local com informações das visitas domiciliares. Atualizar o reconhecimento geográfico (RG) das localidades elegíveis. Manter dados do número de imóveis existentes atualizados (IBGE ou SISLOC); A2 - Realizar visitas domiciliares para o controle vetorial da dengue; e Monitorar a cobertura das visitas domiciliares durante cada ciclo e Realizar visitas domiciliares para eliminação de criadouros de Aedes Aegypti; A3 – Desenvolver estratégias para redução de pendências ocasionadas por visitas não realizadas devido ao fato do imóvel estar fechado ou de recusa do morador a entrada do ACE; A4 – Promover a integração dos ACS e ACE para o desenvolvimento das ações conforme PNAB; A5 – Supervisionar as visitas domiciliares. Implantar sala de situação para monitoramento da Dengue, Zika Vírus e chikungunya e reduzir número de microcefalia; A6 - Alimentar semanalmente o SisPNCD (Sistema do Programa Nacional do Controle da Dengue); A7 – Desenvolver ações voltadas ao controle das doenças provocadas pelo mosquito Aedes Aegypti, com em relação ao lixo que possa servir de criadouro para sua procriação, através do cuidado com o meio ambiente, tais como: limpeza dos lotes baldios, dos quintais e ruas e ainda das calhas e caixas d'água, coleta diária do lixo; etc., em toda a cidade; orientação a toda comunidade e ações de mutirões de limpeza com distribuição de

				sacos apropriados para lixo.
10	Manter a proporção de preenchimento do campo de “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Proporção de preenchimento do campo de “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	100%	<p>A1 - Orientação técnica aos profissionais de saúde que atuam na notificação/investigação sobre o correto preenchimento dos campos essenciais e obrigatórios, incluindo o campo ocupação, das fichas de notificações dos agravos relacionados ao trabalho; A2 – Investigar doenças ou agravos de notificação compulsórios relacionados ao trabalho fornecendo semestralmente o exame de rotina aos Agentes de Endemias que manuseiam inseticidas; A3 - Preencher todos os campos essenciais e obrigatórios, incluindo o campo ocupação, das fichas de notificações dos agravos relacionados; A4 - Conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; A5 - Desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS; A6 - Constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou grupos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; A7 - Articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns; A8 - Implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no Município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da PNST; A9 - Elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador; A10 - Promover, no âmbito municipal, articulação Inter setorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores; A11 - Instituir e manter cadastro atualizado de empresas no município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância ambiental.</p>
11	Aumentar a Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado,	Proporção de registros de óbitos alimentados no sim em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias	100%	<p>A1 - Monitorar o SIM quanto aos prazos estabelecidos e óbitos pendentes para investigação; A2 - Integração entre os serviços de Vigilância Epidemiológica e os serviços de assistência à Saúde para qualificação dos dados; A3 - Avaliar os registros, efetuando os</p>

	recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência. (PQAVS)	após o final do mês de ocorrência.		procedimentos definidos como de responsabilidade do município, para a manutenção da qualidade das informações nos prazos estabelecidos.
12	Aumentar a Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	100%	A1 - Solicitar por e-mail os formulários de DN e retirá-los na Gerência do SINASC. Retirar os formulários na Gerência do SINASC; A2 - Armazenar as DN em local seguro com acesso dos responsáveis somente; A3 - Informar/digitar no sistema informatizado SINASC a numeração das DN entregues as equipes (controle de envio); A4 - Informar/digitar no sistema informatizado SINASC as DN canceladas e encaminhar mensalmente os formulários cancelados (vias branca, amarela e rosa), à Gerência do SINASC; A5 - Comunicação de DN extraviadas: encaminhar à Gerência do SINASC o Boletim de Ocorrência de DN extraviadas; A6 - Participar dos eventos promovidos pelo SINASC: Seminários, Cursos sobre Anomalias Congênitas, Premiação anual e outras capacitações que ocorrerem; A7 - Atuar com eficácia na captação das informações de todos os nascimentos com vida que ocorrem na cidade.
13	Manter a Proporção de salas de vacina com alimentação mensal no sistema de informação do programa nacional de imunizações (SI-PNI), por município.	Proporção de salas de vacina com alimentação mensal no sistema de informação do programa nacional de imunizações (SI-PNI), por município.	100%	A1 – Manter a sala de vacina já aberta no município que atende à necessidade; A2 – Alimentar o sistema de informação, e-SUS, corretamente e em tempo oportuno; A3 – Manter a sala de vacina aberta durante todo o horário de funcionamento da UBS.
14	Iniciar tratamento de casos de malária em tempo oportuno, se houver casos	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.	100%	A1 – Buscar junto a área técnica informar a notificação do caso para garantia do medicamento.
15	Aumentar a Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	100%	A1 - Avaliar o grau de incapacidades físicas dos contatos de hanseníase no ano de avaliação; A2 – alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação tratados em tempo oportuno; A3 - Realizar busca ativa de casos novos de hanseníase.
16	Aumentar a Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	100%	A1 - Realizar Cultura para os casos de retratamento de tuberculose (recidiva e reingresso após abandono de tratamento) se houver caso registrado no ano; A2 - Realizar tratamento diretamente observado dos possíveis casos pulmonares bacilíferos; A3 – Examinar os contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera se houverem; A4 – Preencher variável HIV da ficha do SINAN.
17	Realizar dois testes de Sífilis por gestante durante a gestação em tempo oportuno	Número de Testes de Sífilis por gestante.	2	A1 – Gestante com atendimento adequado no pré-natal; A2 – Realizar a testagem no 1º e 3º trimestre gestacional; A3 – realizar busca ativa e manter registros e acompanhamento atualizados das gestantes; A4 - Aumentar o número de executores de teste rápido na atenção básica.
18	Aumentar o número de testes de HIV realizado,	Número de testes de HIV realizado, anualmente.	20	A1 – Realizar atividades Estratégicas para o alcance do Indicador; A2 - Aumentar o número de executores de teste rápido na atenção básica;

	anualmente.			A3 - Realizar testagem rápida para o HIV no pré-natal e em geral de acordo com as normativas vigentes; A4 - Notificar casos infectadas pelo HIV e expostos; A5 - Notificar casos infectadas pelo HIV.
19	Aumentar a proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	100%	A1 – Notificar/Investigar/Monitorar os casos de violências interpessoal e autoprovocada e outras violências no SINAN; A2 – Capacitar profissionais de saúde para o aprimoramento da notificação/investigação de violências.
20	Realizar 100% das ações do Plano Anual de leishmanioses.	100% Ações do Plano realizadas.	100%	A1 – Tratar os casos confirmados de LV; A2 – Tratar os casos de LV maiores de 50 anos com a anfotericina B lipossomal; A3 – Realizar inquérito sorológico canino censitário; A4 – realizar controle químico de flebotomíneos; A5 – Realizar exame sorológico para LV em ao menos 12,5% da população canina do município a cada trimestre; A6 – Garantir a realização dos testes rápidos de leishmaniose visceral canina com busca do material em palmas, material e pessoal qualificado para a realização dos mesmos; A7 – em caso positivo, garantir o sacrifício do cão com local apropriado (sala estruturada) e pessoal qualificado, além de local apropriado para enterro do animal.
21	Manter a proporção de cães e gatos vacinados na rotina de vacinação antirrábica canina.	Proporção de cães e gatos vacinados na rotina de vacinação antirrábica canina.	90%	A1 – Realizar a vacinação antirrábica na população canina durante a campanha; A2 – Disponibilizar Recursos financeiros para material de apoio, alimentação e transporte das equipes de trabalho e ainda diárias se houver incentivo do Ministério da Saúde através da FNS, na realização das vacinas.
22	Garantir o número de exames referentes a saúde do trabalhador dos agentes de endemias, Colinesterase, semestralmente	Número de exames referentes a saúde do trabalhador (endemias) realizados.	20	A1 – Ofertar e realizar coleta de material para exame de colinesterase, referente a saúde do trabalhador para os Agentes de Endemias.
23	Alcançar o número de ações do plano da dengue, Zika e Chikungunya executadas anualmente.	Percentual de ações do plano da dengue, Zika e Chikungunya executadas anualmente.	100%	A1 - Garantir e viabilizar a participação do técnico dos cursos oferecidos pela SES; A2 - Garantir e viabilizar a participação DE cursos oferecidos pela SEMUS; A3 – Desenvolver processos de Educação Permanente junto ao NEP municipal; A4 – Elaborar semestralmente um boletim de informe epidemiológico no município com garantia de serviços de arte e gráficos.
24	Alcançar o número de ações do plano de Vigilância Sanitária executadas.	Percentual de ações do plano de Vigilância Sanitária executadas.	100%	A1 - Alimentar mensalmente o SIA/SUS - Ficha BPA – com procedimentos de vigilância sanitária; A2 - Participar das assessorias e treinamentos em Vigilância Sanitária oferecidos pela DVISA; A3- Criar/Atualizar os Instrumentos Legais da Vigilância Sanitária: Portaria de Nomeação dos servidores da Visa; A4 - Manutenção do Serviço de Vigilância Sanitária; A5 - Criar/Atualizar os Instrumentos Legais da

				<p>Vigilância Sanitária: Código sanitário municipal; A6 - Criar/Atualizar os Instrumentos Legais da Vigilância Sanitária: Lei de taxas sanitárias; A7 - Realizar atividades educativas sobre a Vigilância Sanitária para o setor regulado e Promover ações conjuntas com outros setores da atenção básica; A8 - Realizar atividades educativas sobre a Vigilância Sanitária para a população e Participar das capacitações oferecidas pela Vigilância Sanitária Estadual e outras instituições correlatas; A9 - Manter e atualizar cadastros/pastas arquivos de estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária; A10 - Inspeção em estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária de competência municipal (Acordo de Competências); A11 – Elaborar a Programação Anual das Ações de Vigilância Sanitária de 2025: elaboração (envio de cópia impressa, encadernada assinada para pactuação em CIB) e execução; A12- Envio de relatório Quadrimestral (05 de maio, 05 de setembro e 05 de janeiro do ano posterior) a DVISA/GASVS para monitoramento das ações executadas e utilização do recurso federal PFVISA para o: comunicavisa@saude.to.gov.br; A13 - Receber denúncias relacionadas à Vigilância Sanitária e Atender denúncias relacionadas à Vigilância Sanitária; A14 - Oferecer um espaço adequado com equipamentos necessários (computador e mesa), canais de comunicação (telefone e internet) para funcionamento da Visa municipal; A15 - Acessar de forma contínua as plataformas de educação permanentes (Plataforma Moodle) oferecidas pela VISA Estadual; A16 - Instauração de Processos Administrativos de Vigilância Sanitária.</p>
25	Manter a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	100%	A1 - Realizar Cultura para os casos de retratamento de tuberculose (recidiva e reingresso após abandono de tratamento) se houver caso registrado no ano; A2 – Encerrar os casos novos de tuberculose registrados no SINAN quando houver caso; A3- Realizar tratamento diretamente observado dos possíveis casos pulmonares bacilíferos; A4 - Preencher variável HIV da ficha do SINAN.
26	Manter a proporção de escolares examinados para o tracoma nas escolas pactuadas no município.	Proporção de escolares examinados para o tracoma nas escolas pactuadas no município.	0	A1 – Realizar busca ativa de tracoma em população de escolares do 1º ao 5º ano do ensino fundamental de escolas públicas, por meio de inquéritos escolares; A2 – Realizar o tratamento dos casos positivos de tracoma inflamatório (TF/TI) e de seus contatos de acordo com a recomendação da Portaria n. 67 de 22 de setembro de 2005/SVS/MS; A3 – Realizar parceria com o PSE para a execução das ações de TRACOMA uma vez ao ano.
27	Garantir o percentual de sistemas de informação da vigilância em saúde alimentados mensalmente.	Percentual de sistemas de informação da vigilância em saúde alimentados mensalmente.	100%	A1- Manter o sistema de informação municipal RMIS funcionando com recursos materiais (computadores e rede de internet); A2 – Manter profissional interlocutor capacitado para a digitação dos sistemas; A3 – Capacitar profissionais para a qualificação dos sistemas de informação.
28	Manter a proporção de contatos examinados de	Proporção de contatos examinados de casos novos de	100%	A1 - Realizar busca ativa de contatos de casos novos de hanseníase; A2 - Realizar diagnóstico de hanseníase no município.



	casos novos de hanseníase	hanseníase.		
--	---------------------------	-------------	--	--

3. Considerações finais.

A Secretaria Municipal de Saúde juntamente com a prefeitura Municipal de São Sebastião do Tocantins, visa desenvolver as atividades de promoção da saúde em sua gestão, tais como melhoria das nossas Unidades Básicas de Saúde, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, para assim podermos dar continuidade a um espaço de qualidade que atenda aos princípios do SUS. De acordo com o PMS, para o ano de 2025, buscaremos cumprir as metas propostas neste documento contribuindo assim para a saúde geral da população.

A presente Programação foi lida e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme ata e resolução em anexo.

Caiane Nunes Ferreira

Secretária Municipal de Saúde

Lucilene Irineu Moraes de Sousa

Prefeita Municipal



ANEXOS



PROGRAMAÇÃO ANUAL DA VISA.
PLANO DE ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS ENDEMICAS.

SEMUS PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2025