

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2026 - 2029



CARRASCO BONITO
2026

Gilvan Bandeira da Silva

Prefeito do Municipal

Inácio Alves da Conceição

Secretario Municipal de Saúde

COLABORAÇÃO

Núbia Barbosa Sousa

Coordenadora de Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica

Adriana Siqueira dos Santos

**Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente (NEP) e responsável pelo setor
de Informação e Sistema da Saúde**

Equipe dos Departamentos da SMS

Apoio na Elaboração Do Plano Municipal de Saúde

GVA Assessoria em Gestão da Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde.
AF – Assistência Farmacêutica.
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
APS – Atenção Primária em Saúde.
ASPS – Ações e Serviços Públicos de Saúde.
BPC – Benefício de Prestação Continuada.
CAD-ÚNICO – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.
CEAF – Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.
CIB – Comissão Intergestores Bipartite.
CID – Classificação Internacional de Doenças.
CIES – Comissão de Integração Ensino-Serviço.
CIR – Comissão Intergestora Regional.
CMS – Conselho Municipal de Saúde.
CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde.
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
CNS – Conselho Nacional de Saúde.
DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis.
DATASUS – Departamento de Informática do SUS.
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
DOMI – Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
DSS – Determinantes Sociais da Saúde.
EC – Emenda Constitucional.
EPI – Equipamento de Proteção Individual.
ESB – Equipe de Saúde Bucal.
ESF – Estratégia Saúde da Família.
E-SUS – Estratégia do Sistema Único de Saúde.
ETSUS – Escola Técnica do SUS.
FMS – Fundo Municipal de Saúde.
FNS – Fundo Nacional de Saúde.
GTH – Grupo de Trabalho de Humanização.
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.
HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica.
HPV – Papilomavírus Humano.
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio.
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis.
LC – Lei Complementar.
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias.

LOA – Lei Orçamentária Anual.
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal.
LRPD – Laboratório Regional de Próteses Dentárias.
MAC – Média e Alta Complexidade.
MIF – Mulher em Idade Fértil.
MS – Ministério da Saúde.
NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família.
NEP – Núcleo de Educação Permanente.
OMS – Organização Mundial da Saúde.
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PAS – Programação Anual de Saúde.
PBF – Programa Bolsa Família.
PCCR – Plano de Cargos, Carreira e Remuneração.
PCCS – Plano de Cargos e Carreira.
PCD – Pessoa com Deficiência.
PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão.
PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
PIB – Produto Interno Bruto.
PMS – Plano Municipal de Saúde.
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
PNH – Política Nacional de Humanização.
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
PPA – Plano Plurianual.
PQAVS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.
PSE – Programa Saúde na Escola.
RAG – Relatório Anual de Gestão.
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.
RAS – Rede de Atenção à Saúde.
RDQA – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior.
REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.
RMIS – Rede Municipal de Informação.
RNDS – Rede Nacional de Dados em Saúde.
RSS – Resíduos de Serviços de Saúde.
RUE – Rede de Urgência e Emergência.
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde.
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial.
SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde.
SIH – Sistema de Informação Hospitalar.
SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade.
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.
SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.
SISMOB – Sistema de Monitoramento de Obras.
SISPACTO – Sistema de Pactuação de Indicadores.
SISREG – Sistema de Regulação.
SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SNIS – Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento.

ST – Saúde do Trabalhador.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde.

TACS – Técnico em Agente Comunitário de Saúde.

TCE-TO – Tribunal de Contas do Estado do Tocantins.

TEA – Transtorno do Espectro Autista.

TFD – Tratamento Fora do Domicílio.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

URM – Uso Racional de Medicamentos.

UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

VA – Vigilância Ambiental.

VISA – Vigilância Sanitária.

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de Carrasco Bonito – TO é resultante do exercício democrático na formulação das políticas públicas e constitui-se em instrumento de trabalho de referência para a gestão da saúde no município no quadriênio 2026-2029, elaborado em conformidade com a legislação que regulamenta os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000; a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolidou as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS anteriormente previstas na Portaria GM/MS nº 2.135/2013. Esse arcabouço normativo permite a adoção de estratégias capazes de modificar a realidade sanitária e epidemiológica do município, com o envolvimento dos diferentes atores sociais — comunidade e profissionais da saúde — interessados na busca da qualidade de vida e do desenvolvimento social da população.

Mais do que cumprir as exigências formais previstas em lei, o Plano de Saúde concretiza o compromisso da gestão municipal com a consolidação do SUS e é fruto de rodadas de discussão entre os setores integrantes do Sistema Municipal de Saúde, a partir da análise dos relatórios de gestão, da Análise de Situação de Saúde (Asis) e de outros documentos referenciais.

Procurou-se conciliar a realidade municipal com os diversos recursos do SUS e, por essa razão, apesar da identificação de necessidades de expansão da oferta assistencial, houve a nítida decisão de embasar as prioridades nas possibilidades concretas de viabilidade financeira e executiva, a fim de que este Plano não se torne uma peça meramente formal.

A operacionalização do Plano de Saúde dar-se-á por meio das Programações Anuais de Saúde (PAS), nas quais serão definidas as ações e atividades específicas que culminem em consequências práticas de sua execução, sendo seu monitoramento e avaliação realizados por meio dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG). Desta forma, entende-se que o Plano de Saúde é um instrumento dinâmico, a ser consultado periodicamente e analisado a cada exercício, principalmente no sentido de monitorar e avaliar a efetividade das ações propostas em relação às necessidades evidenciadas.

Sumário

1. ANÁLISE SITUACIONAL	9
1.1. Estrutura do Sistema de Saúde	10
1.2. Profissionais de Saúde	16
2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	18
2.1. Rede de Atenção Materno-Infantil (Rede Alyne)	18
2.2. Atenção Psicossocial	20
2.3. Saúde Bucal Especializada	20
2.5. Saúde do Trabalhador	20
2.6. Saúde da Pessoa Idosa	21
2.7. Saúde da Pessoa com Deficiência	22
2.8. Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Dificuldades da Região do Bico do Papagaio	22
2.9. Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e Rastreamento de Câncer	23
3. CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS	26
3.1. Dados Territoriais e Demográficos	27
3.2. Aspectos Sociais e Econômicos	30
3.3. Saneamento Básico e Meio Ambiente	32
3.4. Perfil Epidemiológico do Município	36
3.5. Indicadores de Mortalidade e Morbidade	37
3.5.1. Mortalidade por Grupos de Causas	37
3.5.2. Morbidade Hospitalar por Causas	38
3.5.3. Doenças e Agravos de Notificação (SINAN)	40
4. DETERMINANTES E CONDICIONANTES EM SAÚDE	43
Quadro-síntese – Determinantes e condicionantes em saúde em Carrasco Bonito – TO	44
4.1. Características Individuais e Demográficas	44
4.2. Estilos de Vida e Comportamentos Individuais	45
4.3. Redes Sociais e Comunitárias	45
4.4. Condições de Vida e de Trabalho	45
4.5. Macrodeterminantes Socioeconômicos, Culturais e Ambientais	46
4.6. Síntese: Determinantes, Condicionantes e o Perfil Epidemiológico de Carrasco Bonito	47
5. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE	48
5.1. Territorialização, Oferta e Cobertura dos Serviços em Saúde	49
5.2. Relatório de Ações e Serviços Desenvolvidos	51
5.3. Integração Multiprofissional e Políticas Intersectoriais	54
6. VIGILÂNCIA EM SAÚDE EPIDEMIOLÓGICA, SANITÁRIA, DO TRABALHADOR E AMBIENTAL	57
6.1. Vigilância Epidemiológica: Endemias, Imunização e Doenças Transmissíveis	57
6.2. Vigilância Sanitária (Visa)	59
6.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador (ST) e Vigilância de Violências	60
6.4. Vigilância Ambiental em Saúde (VA)	60
6.5. Educação em Saúde e Fortalecimento dos Sistemas de Informação	61
7. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	63
7.1. Sistemas de Informação: Transição do Hórus para o e-SUS Assistência Farmacêutica	63
7.2. Estruturação da Farmácia da Atenção Básica	64

7.3. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)	64
8. RECURSOS FINANCEIROS	66
8.1. Percentuais Mínimos de Aplicação e Condicionantes para o Recebimento de Recursos	66
8.2. Articulação entre os Instrumentos de Planejamento e Orçamento	67
8.3. Desafios do Financiamento para o Quadriênio 2026-2029	68
9. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	69
9.1. Educação Permanente em Saúde	69
9.2. Humanização	70
10. CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO	72
10.1. Planejamento e Gestão Estratégica na Saúde Municipal	73
10.2. Participação e Controle Social	74
11. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI) – 2026/2029	76
11.1. Referencial Conceitual	76
11.2. Estrutura das Diretrizes do PMS 2026-2029	77
12. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	100
12.1. Instrumentos de Prestação de Contas: RDQA e RAG	100
12.2. Monitoramento dos Indicadores de Desempenho da Atenção Primária	101
12.3. Avaliação Orçamentária e Financeira	101
12.4. Instrumentos de Verificação Financeira	102
13. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103

1. ANÁLISE SITUACIONAL

A Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu art. 196, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo garantida mediante a implementação de políticas sociais e econômicas voltadas à redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços destinados à sua promoção, proteção e recuperação.

A partir desse marco constitucional, supera-se a concepção restrita de saúde pública centrada apenas no controle de doenças e na contenção de agravos à coletividade, passando-se a adotar uma abordagem ampliada, na qual o dever do Estado compreende não apenas a oferta de serviços assistenciais, mas também a formulação e execução de políticas públicas que atuem sobre os determinantes sociais da saúde.

Nesse sentido, a incorporação da perspectiva epidemiológica amplia a compreensão do processo saúde-doença, considerando fatores sociais, ambientais, econômicos e educacionais como elementos fundamentais na produção das condições de saúde da população. Essa abordagem impõe ao Estado e aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) o compromisso de identificar tais determinantes e de implementar políticas públicas que contribuam para a melhoria das condições de vida da população.

Dessa forma, a saúde não pode ser analisada de maneira isolada, dissociada do contexto em que os indivíduos e coletividades estão inseridos. Compreender o processo saúde-doença exige considerar as relações sociais e ambientais que influenciam diretamente a qualidade de vida, superando a visão reducionista que limitava a doença a um fenômeno estritamente biológico.

Nesse contexto, o SUS tem como objetivos a identificação e a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de políticas que promovam a redução de riscos de doenças e de outros agravos, especialmente nos campos econômico e social; e a execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando práticas assistenciais e preventivas de modo a assegurar a integralidade do cuidado.

O Plano Municipal de Saúde, por sua vez, constitui-se como o principal instrumento de planejamento das ações e serviços de saúde, orientando as responsabilidades de cada ente governamental e materializando a participação da comunidade na definição das prioridades e estratégias para o setor.

Nesse cenário, a organização e a articulação da Rede de Atenção à Saúde no município devem estar fundamentadas nesse conceito ampliado de saúde, orientando a estruturação de um modelo de atenção que responda de forma efetiva às necessidades da população, com especial ênfase na Atenção Primária à Saúde, como ordenadora do cuidado e coordenadora das ações previstas neste Plano.

A análise do panorama socioeconômico do município de Carrasco Bonito – TO evidencia um contexto típico de municípios de pequeno porte da região Norte, marcado por limitações estruturais que impactam diretamente os determinantes sociais da saúde. Com população em torno de 3,3 mil habitantes e baixa densidade demográfica, o município apresenta desafios relacionados ao acesso a serviços públicos e à organização da rede de atenção à saúde, especialmente em áreas mais dispersas do território.

Do ponto de vista do desenvolvimento humano, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) enquadra o município na faixa de baixo desenvolvimento, refletindo fragilidades nas dimensões de renda, educação e longevidade. Esse cenário é reforçado pela desigualdade na distribuição de renda, indicando concentração econômica e possíveis situações de vulnerabilidade social, que se traduzem em maior exposição a riscos de adoecimento.

Nesses termos, é necessário debruçar-se sobre a análise situacional de Carrasco Bonito – TO com foco na infraestrutura e no acesso a serviços essenciais, como pressuposto para a implementação de políticas públicas intersetoriais que promovam não apenas a assistência à saúde, mas também melhorias nas condições de vida, redução das desigualdades e fortalecimento da Atenção Primária como eixo estruturante do cuidado.

1.1. Estrutura do Sistema de Saúde

Caracterização da Secretaria Municipal de Saúde

Identificação da Secretaria

Razão Social da Secretaria:	Secretaria Municipal de Saúde de Carrasco Bonito – TO.
CNPJ do Fundo Municipal de Saúde:	11.740.122/0001-30
Endereço da Secretaria Municipal de Saúde:	Avenida Tocantins, nº 185 – Centro
CEP:	77985-000
Telefone:	(63) 3344-1461
E-mail:	carrascobonito@saude.to.gov.br
Site da Secretaria (se houver):	carrascobonito.to.gov.br

Informações do Fundo Municipal de Saúde

Instrumento Legal de Criação do Fundo Municipal de Saúde (Lei):	Lei nº 030/94, de 11 de maio de 1994, reestruturada pela Lei nº 296/2017, de 10 de abril de 2017.
CNPJ do Fundo Municipal de Saúde:	11.740.122/0001-30
O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde:	Sim
Nome do Gestor do Fundo Municipal de Saúde:	Inácio Alves da Conceição
Cargo do Gestor do Fundo Municipal de Saúde:	Secretário Municipal de Saúde

Informações sobre a Conferência de Saúde

Ano da Última Conferência:	2022 *
----------------------------	--------

Informações sobre o Conselho de Saúde

Instrumento Legal de Criação do Conselho Municipal de Saúde (Lei):	Lei nº 036/94, de 8 de agosto de 1994, reestruturada pela Lei nº 302/2017, de 19 de maio de 2017.
Nome do Presidente:	Soely Diedrich Nascimento Feitosa
Data da última eleição do Conselho:	a confirmar *
Telefone:	(63) 3344-1463
E-mail:	carrascobonito.saude.to@gmail.com
Segmento de Representação:	ANEXO *

Informações sobre o Último Plano Municipal de Saúde

Data de aprovação no Conselho Municipal de Saúde:	PMS 2022 a 2025 - 24 de outubro de 2022 (Resolução CMS nº 009/2022)
---	---

Informações sobre o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)

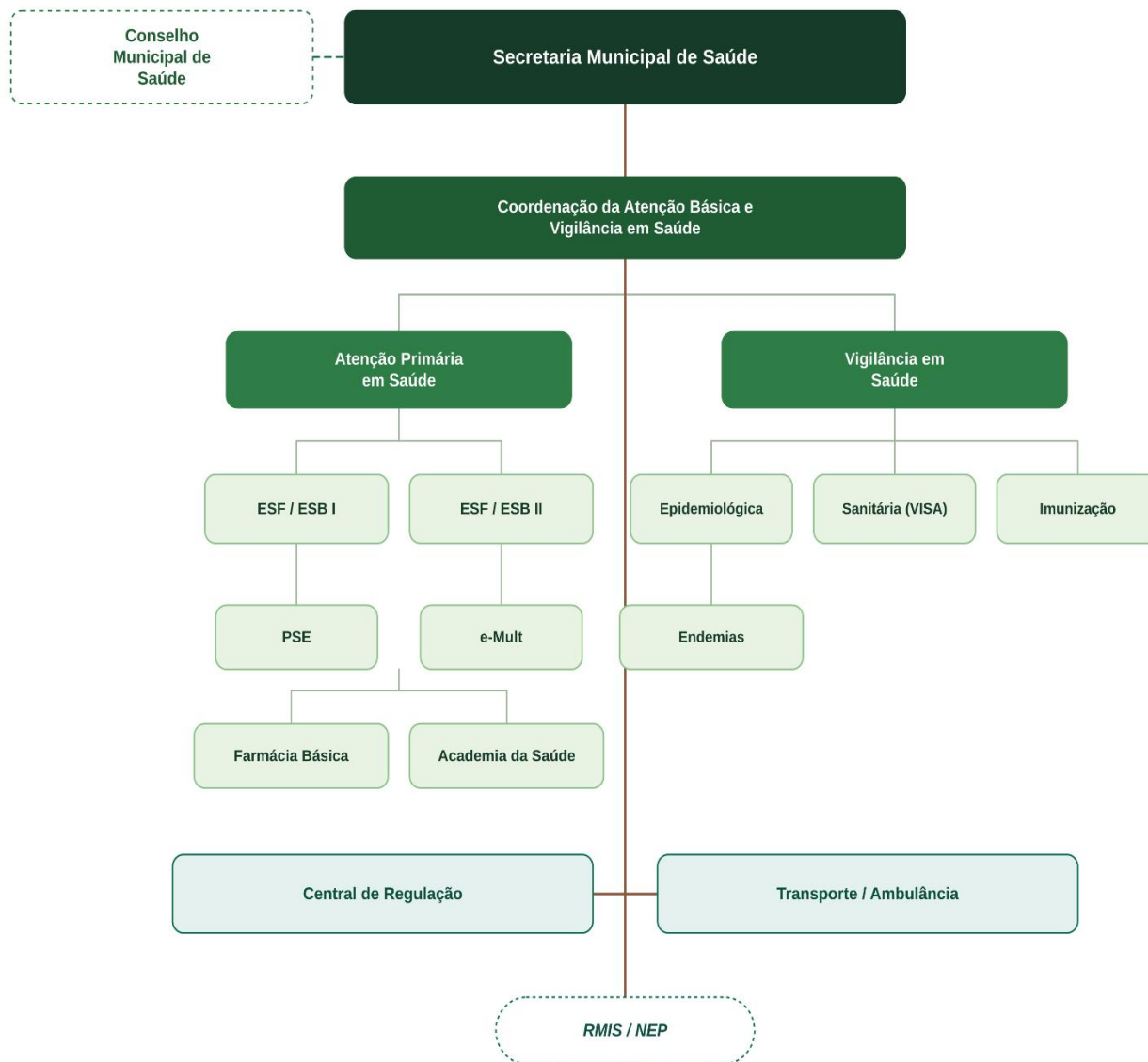
O município possui Comissão de elaboração do PCCS:	Não
--	-----

Informações sobre a Regionalização

Nome da CIR:	CIR Bico do Papagaio.
O município participa de algum consórcio:	Não
O município está organizado em regiões:	Sim

Fontes: Plano Municipal de Saúde de Carrasco Bonito 2022-2025; Resolução CMS nº 009/2022 (aprovação do PMS 2022-2025); CNES (endereço e telefone da Secretaria).

Organograma da Saúde de Carrasco Bonito - TO



Legenda

ESF Equipe de Saúde da Família
PSE Programa Saúde na Escola
VISA Vigilância Sanitária
NEP Núcleo de Educação Permanente

ESB Equipe de Saúde Bucal
e-Mult Equipe Multiprofissional (eMulti)
RMIS Rede Municipal de Informação em Saúde

O sistema de saúde no município de Carrasco Bonito – TO apresenta serviços implantados a partir da necessidade de oferecer melhor assistência, principalmente no que tange à promoção à saúde. Gerenciando toda a estrutura de saúde está a Secretaria Municipal de Saúde, subordinada ao Gabinete do Prefeito Municipal, tendo como principais competências planejar, coordenar e executar a política de saúde no âmbito municipal, em consonância com as diretrizes estabelecidas nas esferas estadual e federal do Sistema Único de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Carrasco Bonito está cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o número 6433642. O órgão funciona na Avenida Sete de Setembro, sem número, e possui como telefone de contato (63) 3344-1135.

A mantenedora está registrada sob o CNPJ 25.064.023/0001-90. No que se refere à gestão municipal da saúde, o município tem como prefeito Gilvan Bandeira da Silva, e como secretário municipal de saúde, no período analisado, Inácio Alves da Conceição.

A Secretaria Municipal de Saúde é responsável por promover ações voltadas à atenção integral à saúde da população, incluindo assistência médico-hospitalar e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Entre suas atribuições, destacam-se a implementação de medidas de controle e combate às doenças epidemiológicas, a execução das ações de vigilância sanitária e o monitoramento das condições de higiene, saneamento, qualidade de medicamentos e alimentos, bem como a fiscalização das práticas profissionais na área da saúde. Também compete à Secretaria desenvolver estratégias de combate à desnutrição e atuar na prevenção de doenças, incluindo ações voltadas ao controle do câncer.

A Secretaria é responsável, ainda, pela elaboração de estudos, pesquisas e avaliações sobre a demanda por serviços de saúde, visando subsidiar o planejamento e a tomada de decisões, além de promover campanhas educativas e ações de orientação à comunidade, com foco na promoção da saúde e na melhoria das condições de vida da população.

No âmbito da gestão, cabe à Secretaria administrar as unidades de saúde do município, elaborar planos e programas de assistência médico-hospitalar, bem como articular-se com instituições públicas e privadas para fortalecer a política de saúde local, além de atuar na busca de fontes de financiamento para custeio e ampliação dos serviços de saúde.

Destacam-se, ainda, as ações voltadas à vigilância em saúde, incluindo o controle de zoonoses, e o planejamento e a execução de políticas específicas nas áreas de saúde bucal, saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do idoso, saúde sexual e atenção às pessoas com deficiência, sempre em integração com as demais esferas de governo.

Junto à SEMUS está o Conselho Municipal de Saúde, órgão fiscalizador, orientador e participativo em todas as decisões referentes à saúde e ao meio ambiente do município. Os Conselhos de Saúde são organismos colegiados de caráter deliberativo e permanente, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que a representação dos usuários se dá de forma paritária em relação aos demais segmentos. Esse modelo de gestão democrática em saúde tem avançado significativamente no processo de formulação e controle das políticas públicas propostas para essa matéria.

O papel do Conselho de Saúde tem sido importante para o processo de implementação do SUS, tanto que a Emenda Constitucional nº 29 — que vinculou impostos e transferências constitucionais à aplicação de recursos em saúde — determinou que o acompanhamento e a fiscalização dos recursos do Fundo de Saúde fossem exercidos pelo Conselho de Saúde.

Em relação ao Conselho Municipal de Saúde, observa-se que sua criação também ocorreu por meio de lei, estando localizado na Avenida Tocantins, CEP 77985-000, com e-mail de contato prefcarrascobonito@gmail.com e telefone (63) 9989-4916. A presidência é exercida por Soely Diedrich Nascimento Feitosa. De acordo com dados do SIOPS referentes ao ano de 2025 (6º bimestre), a composição do conselho é formada por 8 conselheiros, distribuídos da seguinte forma: 4 representantes dos usuários, 2 do governo, 2 dos trabalhadores da saúde e prestadores de serviços.

Também é fundamental destacar a existência do Fundo Municipal de Saúde, unidade orçamentária ligada à Secretaria Municipal de Saúde e responsável pela operacionalização financeira do sistema, bem como o papel estratégico do Conselho Municipal de Saúde como órgão gestor, cuja marca principal é a gestão democrática e participativa dos recursos do Fundo Municipal.

De acordo com a Constituição Federal (art. 77, § 3º, do ADCT), a Lei nº 8.142/1990, o Decreto nº 1.232/1994, a Portaria GM/MS nº 204/2007, a IN/SRF/RFB nº 748/2007 e a Resolução CNS nº 322/2003, os recursos referentes à saúde repassados aos municípios somente se darão por meio do FMS, conforme também orienta a Nota Técnica nº 001 do Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Fundo Nacional de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde é uma unidade orçamentária dentro da Secretaria Municipal de Saúde, e não uma unidade gestora, obedecendo à classificação funcional-programática da Lei nº 4.320/1964, motivo pelo qual, a princípio, não haveria necessidade de CNPJ próprio. Contudo, a Instrução Normativa da Receita Federal nº 200/2002 dispôs que os fundos públicos de natureza meramente contábil devem se inscrever no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas, imposição que deve ser observada por todas as esferas de governo.

Quanto ao Fundo Municipal de Saúde de Carrasco Bonito, este foi instituído por meio de lei em maio

de 1994, possuindo o CNPJ 11.740.122/0001-30 e natureza jurídica de fundo público da administração direta municipal. A gestão do Fundo está sob a responsabilidade de Inácio Alves da Conceição.

Tabela 1 – Rede física de estabelecimentos de saúde, por tipo de estabelecimento

Tipo de Estabelecimento	Quantidade
Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde (UBS)	2
Posto de Saúde	1
Polo Academia da Saúde	1
Unidade de Vigilância em Saúde	1
Farmácia (Componente Básico da Assistência Farmacêutica)	1
Central de Gestão em Saúde	1
TOTAL	7

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dezembro de 2025.

A rede física de estabelecimentos de saúde de Carrasco Bonito é integralmente composta por unidades sob gestão municipal, não havendo estabelecimentos de administração estadual ou de gestão compartilhada (dupla). No total, o município conta com sete unidades de saúde, distribuídas entre diferentes tipos de serviços, evidenciando uma rede organizada e totalmente municipalizada, voltada principalmente para a atenção básica, a promoção da saúde, a assistência farmacêutica, a vigilância e a gestão do sistema local de saúde.

Por se tratar de município de pequeno porte, a rede física local é direcionada prioritariamente à Atenção Primária, assumindo o papel de porta de entrada do sistema de saúde. Nesse contexto, a integralidade do cuidado é assegurada por meio da articulação com a Rede Regional de Atenção à Saúde, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência bem definidos.

Os atendimentos de média e alta complexidade, incluindo procedimentos cirúrgicos (obstétricos, cardíacos, ginecológicos e gerais), internações clínicas e suporte em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), são regulados por meio do Sistema de Regulação Estadual (SISREG). As principais unidades de referência são o Hospital Regional de Augustinópolis e o Hospital Regional de Araguaína.

No campo da saúde mental, o suporte especializado ocorre por meio de pactuação intermunicipal, tendo como referência o município de Buriti do Tocantins, conforme estabelece a Portaria nº 404/2013, que orienta os processos de regionalização.

Essa organização demonstra que Carrasco Bonito cumpre seu papel no pacto federativo da saúde, mantendo uma Atenção Primária resolutiva em seu território e articulando-se com a rede regional e estadual para garantir o acesso a serviços de maior complexidade tecnológica.

1.2. Profissionais de Saúde

A disponibilidade de profissionais qualificados, com vínculos estáveis e atuação territorializada, é central para a efetividade da Atenção Primária à Saúde. Equipes multiprofissionais capacitadas são fundamentais para o estabelecimento de vínculos com a comunidade, a compreensão das necessidades locais e a construção de estratégias de cuidado integrais e resolutivas.

A força de trabalho em saúde no município de Carrasco Bonito apresenta uma estrutura consistente, alinhada às necessidades operacionais das Unidades Básicas de Saúde e dos serviços de Vigilância. Em dezembro de 2025, o município dispunha de 3 médicos (distribuídos entre bolsistas e contratos temporários) e 4 enfermeiros (2 estatutários e 2 contratados), configuração que assegura a cobertura das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Destaca-se também a presença de 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), todos com vínculo estatutário ou como empregados públicos — aspecto positivo, pois favorece a estabilidade da relação entre profissional e comunidade, elemento essencial para a efetividade da Atenção Primária.

Observa-se ainda expressiva participação de profissionais de nível médio (40 postos de trabalho), fundamentais para o suporte técnico e administrativo dos serviços, além de 12 profissionais de nível superior em outras categorias — como dentistas, fisioterapeutas e assistentes sociais — que integram a equipe multiprofissional (eMulti), ampliando a capacidade de resposta às demandas de saúde.

Tabela 2 – Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação

Administração do Estabelecimento	Forma de Contratação	Médicos	Enfermeiros	Nível Superior (outros)	Nível Médio	ACS
Pública (NJ grupo 1)	Autônomos (0209, 0210)	–	–	–	02	–
Pública (NJ grupo 1)	Bolsistas (07)	01	–	–	–	–
Pública (NJ grupo 1)	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	–	02	03	09	12
Pública (NJ grupo 1)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	02	02	09	29	–
TOTAL		03	04	12	40	12
TOTAL GERAL		71				

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) — DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP), período 12/2025, consulta em 30/03/2026.

A rede de profissionais da saúde no município de Carrasco Bonito é composta por uma equipe multiprofissional diversificada, responsável pela execução das ações assistenciais, administrativas e de

vigilância em saúde. No âmbito da assistência direta, destacam-se profissionais de nível superior, como enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionista, assistente social, educadores físicos e médico veterinário, que atuam tanto na Estratégia Saúde da Família quanto em serviços complementares, havendo ainda funções de coordenação específicas, como coordenação de saúde bucal, vacinação, regulação, planejamento e vigilância sanitária.

A equipe de enfermagem apresenta expressiva representatividade, composta por enfermeiros e um número significativo de técnicos de enfermagem, especialmente vinculados à Estratégia Saúde da Família, desempenhando papel fundamental na assistência contínua, no acompanhamento de usuários e na execução de procedimentos essenciais na Atenção Primária.

No campo da saúde bucal, o município conta com cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal, além de protético dentário, garantindo suporte integral às ações odontológicas. Já no apoio à vigilância e à promoção da saúde, atuam agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, fundamentais para o desenvolvimento de ações territoriais, a prevenção de doenças e o fortalecimento do vínculo com a comunidade.

A estrutura também inclui profissionais de apoio e suporte, como digitadores de programas de saúde, laboratoristas, assistentes administrativos, motoristas, vigias e auxiliares de serviços gerais (ASG), que asseguram o funcionamento logístico e operacional dos serviços de saúde, além de profissionais vinculados a programas específicos, como a Academia da Saúde, com educadores físicos e auxiliares.

Por fim, a gestão do sistema é conduzida por equipe administrativa composta pelo Secretário Municipal de Saúde e diversos coordenadores de áreas estratégicas, como informação em saúde, endemias, regulação, planejamento e vigilância, garantindo a organização, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas.

A análise da evolução histórica da força de trabalho, no período de 2021 a 2024, demonstra relativa estabilidade do quadro de pessoal: o número de servidores estatutários manteve-se praticamente constante, passando de 42 em 2021 para 41 em 2024, enquanto os contratos temporários e cargos comissionados oscilaram entre 45 e 47 vínculos anuais, evidenciando estratégia de gestão voltada à cobertura de demandas imediatas e à substituição de vacâncias, garantindo o funcionamento contínuo dos serviços.

Nesse contexto, a predominância de vínculos estáveis entre os Agentes Comunitários de Saúde, aliada à manutenção do quantitativo de profissionais de nível superior ao longo dos anos, indica gestão comprometida com a fixação de trabalhadores — aspecto determinante para a qualificação do cuidado, o fortalecimento do vínculo com os usuários do SUS e a consolidação da Atenção Primária no município.

2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e a coordenadora do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Carrasco Bonito – TO. É por meio da APS — estruturada, conforme descrito no item anterior desta Análise Situacional, pela Estratégia Saúde da Família (ESF/ESB I e II), pelo Programa Saúde na Escola (PSE), pela Equipe Multiprofissional (e-Mult), pela Farmácia Básica e pela Academia da Saúde, sob a Coordenação da Atenção Básica e Vigilância em Saúde — que se organiza o primeiro contato da população com o sistema de saúde, viabilizando o acolhimento, a longitudinalidade do cuidado e a comunicação com os demais pontos de atenção da rede.

Cabe à APS, nesse sentido, identificar as necessidades de saúde da população em seu território, coordenar o cuidado ao longo do tempo e articular-se com os demais níveis de complexidade — atenção especializada, urgência e emergência, saúde mental, entre outros —, garantindo a integralidade da atenção e evitando a fragmentação do cuidado. Essa função ordenadora da APS será retomada ao longo desta seção, à medida que cada rede temática for apresentada, evidenciando os fluxos de comunicação entre a Atenção Básica e os demais componentes das Redes de Atenção à Saúde do município.

Feita essa contextualização, apresentam-se a seguir os componentes da atenção especializada e das demais redes temáticas, sempre a partir da APS como ordenadora do cuidado.

Os componentes da atenção especializada compreendem os serviços de média complexidade, ambulatoriais e especializados, que constituem as redes de atenção convergindo com a organização das linhas de cuidado. A demanda é programada e regulada por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

Os serviços especializados necessários à população são encaminhados aos centros de referência de média e alta complexidade, com destaque para Augustinópolis (a 60 km) e Araguaína (a 220 km), entre outros municípios, a depender das pactuações vigentes, incluindo serviços regulados junto a Palmas, capital do estado. O município garante os encaminhamentos de referência tanto de média quanto de alta complexidade, com transporte ou passagens custeadas a depender da avaliação social de cada cidadão regulado, o que viabiliza os Tratamentos Fora de Domicílio (TFD).

2.1. Rede de Atenção Materno-Infantil (Rede Alyne)

Os serviços de atenção especializada em saúde materna e infantil, reunidos na chamada Rede Alyne,

articulam um conjunto de esforços coordenados pelo Ministério da Saúde em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, representando um projeto de readequação e expansão da antiga Rede Cegonha. No estado do Tocantins, essa iniciativa está distribuída em cerca de 14 estabelecimentos de saúde capacitados para atender parturientes, puérperas e recém-nascidos. Na região do Bico do Papagaio, onde está localizado o município de Carrasco Bonito, é referência o Hospital Regional de Augustinópolis, que dispõe de serviços especializados para gestações de baixo risco, além do Hospital Dom Orione, em Araguaína, para os casos de alto risco. Augustinópolis conta ainda com uma Casa da Gestante, inaugurada recentemente para atender a região.

A partir de 2025, o Ministério da Saúde passou a vincular parte do cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde — componente de qualidade, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que alterou a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, com alterações posteriores pelas Portarias GM/MS nº 6.907/2025 e nº 7.799/2025 — ao alcance de boas práticas por eixo temático. **No eixo materno-infantil, essas práticas incluem, na gestação:**

- 1ª consulta de pré-natal (presencial ou remota) realizada por médica(o) ou enfermeira(o), até a 12ª semana de gestação;
- Pelo menos 7 consultas presenciais ou remotas por médica(o) ou enfermeira(o) durante a gestação;
- Pelo menos 7 registros de aferição de pressão arterial durante a gestação;
- Pelo menos 7 registros simultâneos de peso e altura durante a gestação;
- Pelo menos 3 visitas domiciliares por ACS/TACS após a primeira consulta de pré-natal;
- Vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche) registrada a partir da 20ª semana de cada gestação;
- Testes rápidos ou exames avaliados para sífilis, HIV e hepatites B e C no 1º trimestre de cada gestação;
- Testes rápidos ou exames avaliados para sífilis e HIV no 3º trimestre de cada gestação;
- Pelo menos 1 consulta presencial ou remota por médica(o) ou enfermeira(o) durante o puerpério;
- Pelo menos 1 visita domiciliar por ACS/TACS durante o puerpério;
- Pelo menos 1 atendimento em saúde bucal durante a gestação.

E no desenvolvimento infantil:

- 1ª consulta presencial por médica(o) ou enfermeira(o) até o 30º dia de vida;
- Pelo menos 9 consultas presenciais ou remotas até os dois anos de vida;
- Pelo menos 9 registros simultâneos de peso e altura até os dois anos de vida;

- Pelo menos 2 visitas domiciliares por ACS/TACS, sendo a primeira até os 30 dias de vida e a segunda até os 6 meses;
- Esquema vacinal completo — difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, Haemophilus influenzae tipo b, poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola e pneumocócica — com todas as doses recomendadas registradas.

2.2. Atenção Psicossocial

Os serviços de Atenção Psicossocial são prestados no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e, quando necessário, encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do município de Buriti do Tocantins e, nos casos de atenção a álcool e outras drogas, ao CAPS AD do município de Augustinópolis, ambos integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), disciplinada pelo Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (com origem na Portaria GM/MS nº 3.088/2011). A rede de saúde mental do município conta com um psicólogo na Equipe Multidisciplinar e os médicos clínicos das equipes, responsáveis pelo atendimento da demanda local e pela realização de matriciamento junto às equipes de Saúde da Família.

2.3. Saúde Bucal Especializada

A atenção secundária em Saúde Bucal compreende o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb), recentemente implantado, que oferece à população serviços de diagnóstico, dentística, cirurgia oral menor de tecidos moles e duros e endodontia. O município conta ainda com o apoio do Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD).

2.4. Atenção às IST/Aids e Hepatites Virais

Os Serviços de Atenção Especializada às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), Aids e Hepatites Virais são prestados pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE), responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids e hepatites virais, por meio de equipe multidisciplinar, com o objetivo de garantir atendimento integral e de qualidade. Os pacientes que necessitam de acompanhamento especializado são encaminhados a Araguaína – TO; no município são realizados os testes rápidos, o aconselhamento e o acompanhamento dos pacientes em tratamento.

2.5. Saúde do Trabalhador

O conjunto de estratégias de Atenção à Saúde do Trabalhador (ST) no município fundamenta-se na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), atualmente disciplinada pelo Anexo X da

Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 (que incorporou a antiga Portaria GM/MS nº 2.728, de 11 de novembro de 2009), e pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), consolidada no Anexo XV da mesma Portaria de Consolidação nº 2/2017 (com origem na Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012). A reorganização das competências e atribuições dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) permanece regida pela Resolução nº 603/2018 do Conselho Nacional de Saúde, alinhada aos critérios definidos pelas Portarias de Consolidação do SUS de 2017.

Os Cerest constituem, em todo o país, instâncias de apoio matricial para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como nas diversas instâncias de promoção e vigilância da Rede de Atenção à Saúde.

Para o quadriênio 2026-2029, o município de Carrasco Bonito passa, de fato, a iniciar a implantação das ações de Saúde do Trabalhador em seu território — até então restritas ao planejamento —, com o objetivo de fortalecer a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no estado do Tocantins, em consonância com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a Política Nacional de Vigilância em Saúde, a Resolução nº 603/2018 do CNS, a Agenda 2030 e a legislação vigente. Estão previstas a realização de reuniões e capacitações entre as equipes de Atenção Primária, de média e alta complexidade e a rede de vigilância em saúde (municipal e estadual), voltadas à estruturação inicial dos serviços de saúde do trabalhador e de vigilância em saúde do trabalhador no município.

2.6. Saúde da Pessoa Idosa

As ações estratégicas de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no município voltam-se para uma população idosa crescente, com foco no desenvolvimento de medidas educativas de autocuidado e em atitudes preventivas que promovam o envelhecimento ativo, a manutenção da autonomia, da independência funcional e da qualidade de vida. É importante registrar que parte dos idosos do município envelheceu sem acesso a medidas preventivas adequadas — entre eles, pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza, pessoas analfabetas, sequelados de acidentes, de violências e de doenças cardiovasculares, e idosos com síndromes demenciais —, para os quais é necessário desenhar respostas baseadas em evidências e ações programáticas específicas.

As ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação voltadas à população idosa são norteadas pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI): 1) atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; 2) estímulo a ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; e 3) implantação de serviços de atenção domiciliar a partir das equipes de Estratégia Saúde da Família.

A partir de 2025, o componente de qualidade do financiamento da APS passou a considerar, no eixo da

pessoa idosa, as seguintes boas práticas:

- Pelo menos 1 consulta (presencial ou remota) por médica(o) ou enfermeira(o) nos últimos 12 meses;
- Pelo menos 1 registro simultâneo de peso/altura para avaliação antropométrica nos últimos 12 meses;
- Pelo menos 2 VD por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, nos últimos 12 meses;
- Registro de 1 dose da vacina contra influenza nos últimos 12 meses.

Somam-se a essas práticas o acolhimento preferencial nas unidades de saúde, respeitado o critério de risco; a promoção do envelhecimento ativo e saudável; o fortalecimento da participação social; e a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da saúde da pessoa idosa, entre outras.

2.7. Saúde da Pessoa com Deficiência

A Lei Federal nº 13.146, de 6 de julho de 2015 — Estatuto da Pessoa com Deficiência —, define esse grupo como “aqueles que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

Essa legislação resulta do compromisso internacional assumido pelo Brasil para a implementação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU). A proposição dessa convenção tem como força motriz estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que cerca de 15% da população mundial vive com alguma deficiência; a Pesquisa Mundial de Saúde indica prevalência de 2,2% de indivíduos com 15 anos ou mais enfrentando dificuldades funcionais significativas. Um dos grandes desafios para a gestão municipal em saúde é a reabilitação.

O estado do Tocantins avançou na rede de assistência às pessoas com deficiência a partir de 2018, com a implantação dos Centros Especializados em Reabilitação (CER). A região do Bico do Papagaio conta com o apoio de referência de Araguaína, embora ainda existam demandas e encaminhamentos para fora do estado, como para a rede Sarah Kubitschek, em Brasília – DF e São Luis - MA. Está em andamento a construção de um CER no município de Sítio Novo do Tocantins, o que deverá fortalecer a região.

2.8. Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Dificuldades da Região do Bico do Papagaio

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), atualmente disciplinada pelo Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (com origem na Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011), estabelece que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou sua transferência responsável para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e

regulado.

Na região de saúde do Bico do Papagaio, essa rede está em fase de implementação desde 2014 e, até o momento, nunca foi organizada de fato: a Unidade de Pronto Atendimento prevista para os municípios da região nunca saiu do papel, tendo sido construídas apenas duas UPAs, nos municípios de Tocantinópolis e Augustinópolis. Em 2025, municípios como Maurilândia do Tocantins e Araguatins solicitaram a implantação desses serviços, o que também fortaleceria a região. E existe a proposta de expansão dessa rede através da USB para mais municípios, fortalecendo assim a rede.

Principais dificuldades da Rede de Atenção à Saúde na Região do Bico do Papagaio

- Ausência de SAMU na região, o que dificulta o processo de assistência às urgências;
- Rede hospitalar regional cronicamente superlotada, sem suporte para toda a demanda da região;
- Alta demanda pela composição da região — 24 municípios e mais de 200 mil habitantes;
- Falta de especialistas, de cirurgias e de exames, sobretudo exames de imagem;
- Grande demanda reprimida em ortopedia;
- Cota reduzida e resultados demorados no rastreamento do câncer do colo do útero, o que compromete o vínculo com as usuárias.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Carrasco Bonito, a partir da vivência da gestão municipal na Região de Saúde do Bico do Papagaio.

Esses fatores geram insatisfação da população em razão da demora no atendimento e reforçam a necessidade de fortalecimento da regionalização e da pactuação interfederativa na Região de Saúde do Bico do Papagaio para o quadriênio 2026-2029.

2.9. Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e Rastreamento de Câncer

A atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS está organizada, no estado do Tocantins, em torno da Atenção Básica — que deve promover ações de conscientização sobre práticas de vida saudável por meio de programas como o Saber Saúde e o Programa Saúde na Escola (PSE) —, enquanto a atenção especializada concentra-se no rastreamento e no tratamento dos cânceres, nos termos da Portaria GM/MS nº 874, de 16 de maio de 2013, que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Nesses termos, o município de Carrasco Bonito adota ações alinhadas ao Programa Saúde da Família em parceria com outros programas, a exemplo do PSE, e iniciativas de rastreamento de hipertensão e diabetes,

com metas voltadas ao aumento do monitoramento da pressão arterial e da avaliação da hemoglobina glicada.

A partir de 2025, o componente de qualidade do financiamento da APS passou a considerar as seguintes boas práticas para o fortalecimento das redes de atenção às doenças crônicas:

Pessoas diabéticas:

- Pelo menos 1 consulta (presencial ou remota) por médica(o) ou enfermeira(o) nos últimos 6 meses;
- Pelo menos 1 registro de aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses;
- Pelo menos 1 registro simultâneo de peso e altura nos últimos 12 meses;
- Pelo menos 2 VD por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, nos últimos 12 meses;
- Pelo menos 1 solicitação de hemoglobina glicada realizada e avaliada nos últimos 12 meses;
- Pelo menos 1 avaliação dos pés nos últimos 12 meses.

Pessoas hipertensas:

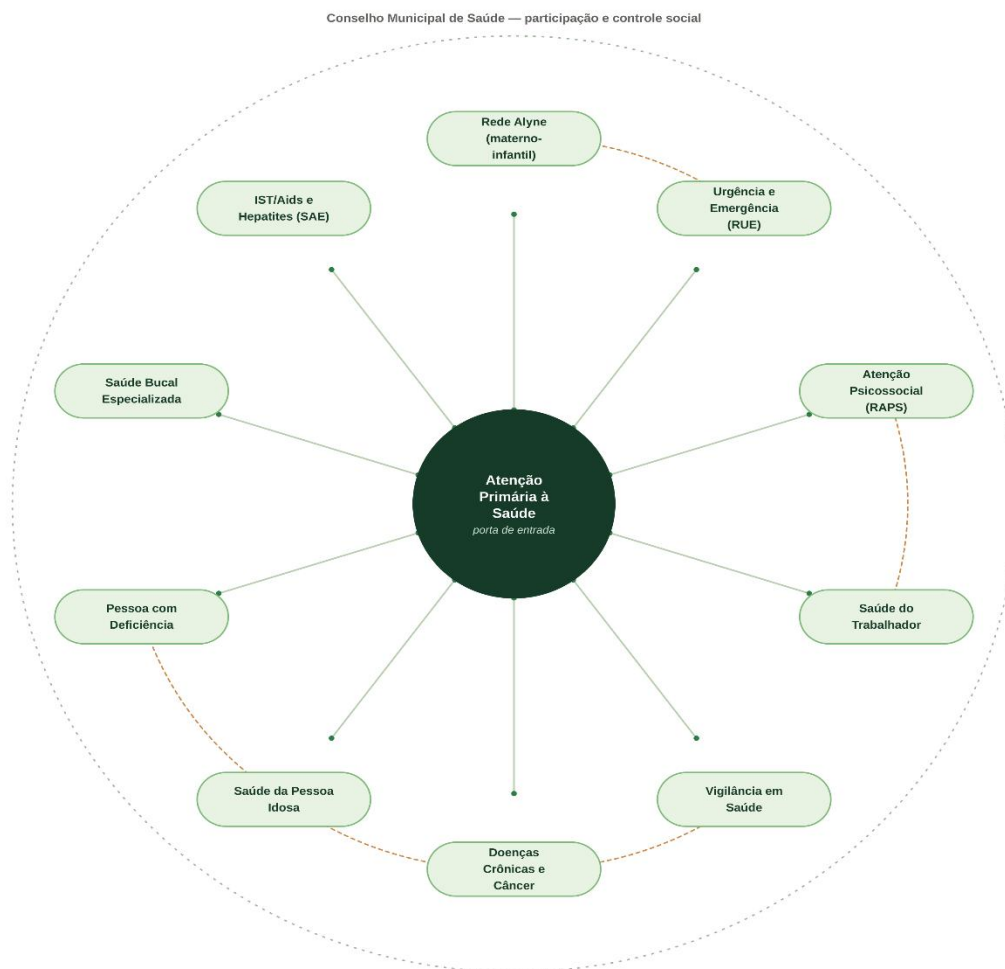
- Pelo menos 1 consulta (presencial ou remota) por médica(o) ou enfermeira(o) nos últimos 6 meses;
- Pelo menos 1 registro de aferição de pressão arterial nos últimos 6 meses;
- Pelo menos 1 registro simultâneo de peso e altura nos últimos 12 meses;
- Pelo menos 2 VD por ACS/TACS, com intervalo mínimo de 30 dias, nos últimos 12 meses.

No que se refere ao rastreio do câncer, as equipes de saúde do município também têm como meta o aumento proporcional da realização de exames específicos para identificação de neoplasias, como forma de alinhamento ao planejamento estadual, encaminhando, quando necessário, os pacientes para atendimento especializado nos hospitais de Augustinópolis e de Araguaína. O rastreamento do câncer do colo do útero tem sido especialmente desafiador para o município, pois a cota liberada para realização dos exames é reduzida e os resultados são demorados, o que compromete o vínculo com as usuárias. As boas práticas recomendadas para esse eixo — entre as mais desafiadoras quanto ao cumprimento — são:

- Pelo menos 1 exame de rastreamento para câncer do colo do útero em mulheres e homens transgênero de 25 a 64 anos, coletado, solicitado ou avaliado nos últimos 36 meses;
- Pelo menos 1 dose da vacina HPV para crianças e adolescentes do sexo feminino de 9 a 14 anos;
- Pelo menos 1 atendimento (presencial ou remoto) sobre saúde sexual e reprodutiva para adolescentes, mulheres e homens transgênero de 14 a 69 anos, realizado nos últimos 12 meses;
- Pelo menos 1 exame de rastreamento para câncer de mama em mulheres de 50 a 69 anos, solicitado ou avaliado nos últimos 24 meses.

A Atenção Primária à Saúde, como rede ordenadora do cuidado, busca ainda fortalecer o acesso de todos

os cidadãos do município ao melhor seguimento dentro da linha de cuidado, oferecendo atendimento espontâneo e programado de acordo com a realidade de cada território. A realidade local mostra, no entanto, o predomínio da demanda espontânea sobre a programada.



Legenda

APS Atenção Primária à Saúde

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RUE Rede de Urgência e Emergência

SAE Serviço de Assistência Especializada (IST/Aids/Hepatites)

3. CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS

O município de Carrasco Bonito está localizado no extremo norte do estado do Tocantins, na região administrativa conhecida como Bico do Papagaio, fazendo divisa com os municípios tocaninenses de Buriti do Tocantins, Augustinópolis, Araguatins e Sampaio, além dos municípios maranhenses de Cidelândia e Vila Nova dos Martírios.

O município apresenta características típicas das pequenas cidades do interior tocaninense, com população reduzida e economia baseada principalmente na administração pública e em atividades locais. De acordo com o IBGE, Carrasco Bonito possui população de 3.318 habitantes conforme o Censo Demográfico de 2022, com estimativa de crescimento para 3.344 pessoas em 2025, distribuídas em uma área territorial de 190,352 km², o que resulta em densidade demográfica de 17,43 habitantes por km².

No campo social, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é considerado médio (0,594, calculado com base no Censo 2010, ainda o dado mais recente disponível para esse indicador), revelando desafios relacionados a renda, educação e longevidade. Em termos econômicos, o município possui economia de pequena escala, característica comum a municípios de seu porte: em 2023, a arrecadação municipal foi de aproximadamente R\$ 29,5 milhões, enquanto as despesas empenhadas somaram cerca de R\$ 27,3 milhões, evidenciando gestão fiscal relativamente equilibrada — dado que reforça a viabilidade de investimentos planejados em saúde ao longo do quadriênio 2026-2029.

Do ponto de vista ambiental, o município está inserido no bioma Amazônia, de grande biodiversidade e relevância ecológica, e localiza-se às margens do rio Tocantins, condição que vincula a vida da população ao fluxo hídrico do rio. A infraestrutura urbana revela forte presença de elementos naturais e boa arborização, mas ainda enfrenta desafios significativos de infraestrutura básica, sobretudo em saneamento e em urbanização das vias públicas — aspectos retomados no item 3.3 desta Análise Situacional.

A ocupação do território que hoje corresponde a Carrasco Bonito teve início em julho de 1965, quando famílias vindas principalmente dos estados do Maranhão, do Piauí e de outras regiões do Nordeste brasileiro se estabeleceram na localidade, atraídas pelas belezas naturais e pelas condições favoráveis à subsistência. Esses primeiros moradores viviam da caça, da pesca e da agricultura familiar, construindo suas moradias de forma simples e adaptada ao meio.

Entre os pioneiros, destacam-se João Pereira, Manoel Pereira, Firmino Lopes e Raimundo Preto, que se instalaram em barracões erguidos por eles próprios às margens de uma vertente de água conhecida como “Grot do Carro”. Com o passar do tempo, a comunidade estruturou-se social e religiosamente, tendo como marco inicial

a construção de uma pequena igreja de pau a pique dedicada a Nossa Senhora de Fátima, posteriormente substituída por uma capela coberta de telhas.

Destaca-se também, no processo de organização territorial, a formação das primeiras propriedades rurais, como a fazenda do senhor Epitácio Freitas Rêgo, cujas terras foram adquiridas no contexto das políticas de reforma agrária conduzidas pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra).

A economia local esteve baseada, inicialmente, na exploração de madeiras de lei, evoluindo posteriormente para a pecuária, que se consolidou como principal atividade econômica do município, favorecida pela existência de boas pastagens naturais, como o “varjão”. Somam-se a isso a extração da amêndoa do coco babaçu e a agricultura familiar, importantes fontes de renda para a população — boa parte delas desenvolvida em área de reserva extrativista situada no extremo norte do Tocantins, o que impõe restrições ambientais, ainda que permita a produção de alimentos em determinadas áreas.

Do ponto de vista administrativo, o povoamento intensificou-se na década de 1960, inicialmente vinculado ao município de São Sebastião do Tocantins, ainda quando a região pertencia ao estado de Goiás. Posteriormente, o território passou a integrar o município de Augustinópolis, em 1982, e o de Sampaio, em 1989. A emancipação política ocorreu em 20 de fevereiro de 1991, por força da Lei Estadual nº 251/1991, que desmembrou o território de Sampaio e criou oficialmente o município de Carrasco Bonito.

O termo “carrasco”, que dá nome ao município, é usado para descrever diferentes tipos de vegetação no Nordeste do Brasil: áreas com arbustos em solos pedregosos, vegetação que rebrota após desmatamento (capoeira) ou regiões abertas com plantas baixas — também chamada, em algumas regiões, de Catanduva, Grameal, “caatinga arenosa” ou “caatinga sedimentar”, em razão de sua adaptação ao clima seco (Vodonis, 2019).

3.1. Dados Territoriais e Demográficos

O município integra a Amazônia Legal e possui cerca de 3.759 habitantes catalogados na base do Sistema Único de Saúde (DATASUS), número que inclui a população dispersa entre a sede do município, fazendas, sítios, projetos de assentamento e os distritos de Vinte Mil e Centro dos Firmino. De acordo com o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), existem 973 famílias cadastradas no município.

Observação metodológica: os números de população variam conforme a fonte — 3.318 habitantes no Censo IBGE 2022, 3.344 na estimativa IBGE para 2025 e 3.759 no cadastro da Atenção Primária (DATASUS/SISAB). Essa diferença é esperada, pois cada sistema tem metodologia e data de referência próprias: o Censo mede residência declarada em data fixa, enquanto o cadastro da APS é dinâmico e tende a refletir também população flutuante e vinculada por território, não apenas domicílio permanente. Para fins de planejamento em saúde, recomenda-se usar a base do SISAB/e-SUS APS como referência operacional de território adscrito, e a base do IBGE como referência para indicadores socioeconômicos comparáveis a outros municípios.

Tabela 3 – Panorama demográfico de Carrasco Bonito – TO

Indicador	Categoria	Quantidade	%
População por zona	Rural	1.564	53,3
População por zona	Urbana	1.787	46,7
População por raça/cor	Branca	490	14,8
População por raça/cor	Preta	588	17,7
População por raça/cor	Amarela	06	0,18
População por raça/cor	Parda	2.230	67,2
População por raça/cor	Indígena	04	0,12
Total (Censo 2022)	—	3.318	100

Fonte: IBGE Cidades, Censo Demográfico 2022.

A tabela demonstra leve predominância da população urbana sobre a rural — proporção quase equivalente que deve ser considerada na territorialização dos serviços de saúde e na programação de ações específicas, já que as duas populações se sujeitam a condições socio sanitária distintas, como condições laborais, exposição a vetores infectocontagiosos e até mesmo condições de acesso aos serviços de saúde.

Quanto ao perfil étnico-racial, nota-se clara predominância da população preta e parda (juntas, 84,9% do total) sobre as demais categorias. Esse panorama relaciona-se historicamente à migração desses grupos para a região em busca de oportunidades de trabalho, sobretudo na agropecuária e no extrativismo vegetal, atividades econômicas típicas do município. Esse dado deve ser observado como condicionante em saúde: trata-se de grupo étnico tradicionalmente mais exposto a fatores socioeconômicos de vulnerabilidade — emprego e renda, saneamento básico, moradia e modo de vida, incluindo hábitos alimentares —, o que reforça a necessidade de que as ações de promoção e prevenção da Atenção Primária considerem a equidade racial como eixo transversal do planejamento.

A presença de população amarela/asiática também se explica pela migração histórica desse grupo para a região, motivada pela atuação em lavouras permanentes e temporárias, bem como pela presença de uma comunidade indígena da etnia Apinajé, predominante em toda a região do Bico do Papagaio.

Tabela 4 – Distribuição da população de Carrasco Bonito por faixa etária e sexo – 2025

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total	%
0 a 4 anos	140	132	272	8,13
5 a 9 anos	145	143	288	8,61
10 a 14 anos	149	143	292	8,73
15 a 19 anos	162	138	300	8,97
20 a 29 anos	258	247	505	15,10
30 a 39 anos	267	234	501	14,98
40 a 49 anos	221	205	426	12,74

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total	%
50 a 59 anos	158	156	314	9,39
60 a 69 anos	113	124	237	7,09
70 a 79 anos	85	63	148	4,43
80 anos e mais	36	25	61	1,82
Total	1.734	1.610	3.344	100

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE (DataSUS/Tabnet). Data da consulta: 29/03/2026.

Tabela 4-A – Nascidos vivos residentes em Carrasco Bonito – TO, por ano

Unidade Federação	2021	2022	2023	2024
Carrasco Bonito	55	54	58	59

Fonte: Número de nascidos vivos por residência da mãe – DataSUS/Tabnet. Data da consulta: 29/03/2026.

O número de nascidos vivos residentes em Carrasco Bonito manteve-se relativamente estável entre 2021 e 2024 (54 a 59 nascimentos por ano), com leve tendência de alta nos dois últimos anos. Esse volume constante de nascimentos reforça a necessidade de dimensionamento estável das ações da Rede Alyne e da cobertura vacinal infantil, já detalhadas no item 2.1 desta Análise Situacional, e serve de referência para o cálculo de metas de cobertura de pré-natal, puericultura e imunização no DOMI deste Plano.

A distribuição etária de Carrasco Bonito em 2025 revela perfil marcado pela predominância de adultos jovens, sem deixar de apresentar base infantil significativa e um grupo de idosos em crescimento — cenário que exige planejamento em saúde que contemple ações integradas ao longo de todo o ciclo de vida da população.

Observa-se maior concentração populacional nas faixas de 20 a 39 anos (30,08% do total), seguida pelo grupo de 40 a 59 anos, o que indica contingente expressivo em idade produtiva. Esse perfil demanda o fortalecimento de ações voltadas à saúde do trabalhador — com foco na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, conforme já tratado no item 2.5 desta Análise —, além da ampliação dos serviços de saúde reprodutiva e planejamento familiar, e do investimento na prevenção de fatores de risco como sedentarismo, alimentação inadequada e consumo de álcool e tabaco, que contribuem para o desenvolvimento de doenças crônicas.

A população de 0 a 19 anos também possui participação relevante (34,44% do total), reforçando a necessidade de manutenção de altas coberturas vacinais, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, e implementação de ações de saúde no ambiente escolar, com destaque para a promoção da alimentação saudável, o cuidado com a saúde mental e a prevenção de violências e do uso de substâncias psicoativas, além do fortalecimento do pré-natal e da atenção materno-infantil, já detalhados na Rede Alyne (item 2.1).

A população idosa, embora proporcionalmente menor (13,34% do total), apresenta demandas específicas que exigem maior organização dos serviços de saúde: acompanhamento contínuo de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, promoção do envelhecimento ativo e saudável, prevenção de quedas e incapacidades, e estruturação da rede de cuidado domiciliar e de uso adequado de medicamentos — retomando o eixo de Saúde da Pessoa Idosa já apresentado no item 2.6.

Observa-se ainda leve predominância masculina na população geral, com maior presença feminina nas faixas etárias mais avançadas — padrão que reforça a necessidade de estratégias que ampliem o acesso e a adesão dos homens aos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que se qualifica o cuidado direcionado às mulheres idosas, que tendem a demandar maior acompanhamento.

Diante desse contexto, é fundamental fortalecer a APS com organização territorial e foco na promoção, na prevenção e no cuidado contínuo, desenvolvendo estratégias específicas para os diferentes grupos etários e articulando ações intersetoriais com as áreas de educação, assistência social e saneamento — condição para que o município responda de forma mais eficaz às necessidades de sua população.

3.2. Aspectos Sociais e Econômicos

Carrasco Bonito é um município de pequeno porte, marcado pela coexistência de atividades econômicas urbanas e rurais. O cenário socioeconômico local está fortemente associado às atividades do setor primário — extrativismo vegetal, agricultura e pecuária. No campo laboral rural, o município dispõe de aproximadamente 14 mil hectares de área cultivada, distribuídos em cerca de 185 propriedades rurais, que empregam cerca de 500 pessoas (35% dos vínculos informados), divididas entre os sexos masculino (52%) e feminino (48%).

A maioria dos trabalhadores alocados em atividades rurais afirma ter vínculo de parentesco com o proprietário (83%), o que evidencia a predominância da agricultura familiar na região. As atividades agrícolas são diversificadas, envolvendo o cultivo de lavouras temporárias, como frutas (especialmente banana), hortaliças (como abóbora) e grãos (arroz e milho).

A pecuária também se configura como atividade econômica relevante: o rebanho bovino alcança 15 mil cabeças, com foco especial na produção de leite. Associam-se a essa atividade as criações de equinos, muares, suínos e aves, com destaque para os galináceos, reforçando a diversificação produtiva no meio rural. Já as atividades urbanas correspondem a 65% dos vínculos de trabalho informados no município, com mais de 900 pessoas empregadas — o setor de serviços representa a maior fatia desses vínculos, seguido pelo setor público, conforme demonstra a tabela a seguir.

Tabela 5 – Distribuição da mão de obra urbana em Carrasco Bonito – TO

Categoria	%
Empregado no setor privado (exceto trabalhador doméstico)	55,46
— Com carteira assinada	4,26
— Sem carteira assinada	51,20
Trabalhador doméstico	4,59
— Com carteira assinada	0,33
— Sem carteira assinada	4,26
Empregado no setor público	26,97
— Funcionário estatutário	15,17
— Empregado não estatutário	11,79
Conta própria (sem empregados)	12,99
— Com CNPJ	0,87
— Sem CNPJ	12,23

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022.

A tabela revela cenário laboral marcado por forte informalidade e baixa proteção social. Embora a maior parte da população ocupada esteja no setor privado (55,46%), apenas pequena parcela possui carteira assinada (4,26%), enquanto a grande maioria (51,20%) trabalha sem vínculo formal — dado que indica fragilidade nas relações de trabalho, com menor acesso a direitos como previdência, férias e segurança trabalhista. No trabalho doméstico (4,59%), a informalidade também predomina amplamente (4,26% sem carteira assinada), reforçando a vulnerabilidade desse grupo, historicamente marcado por baixos rendimentos e pouca proteção legal.

O setor público representa fatia relevante (26,97%) e é um dos principais polos de emprego formal, sobretudo por meio dos servidores estatutários (15,17%); ainda assim, parcela significativa dos vínculos não estatutários (11,79%) também se encontra em situação de informalidade, demonstrando que nem mesmo o setor público garante plenamente vínculos estáveis. Já o trabalho por conta própria (12,99%) é majoritariamente informal, com pouquíssimos trabalhadores com CNPJ (0,87%) frente aos que atuam sem formalização (12,23%), evidenciando empreendedorismo de necessidade associado à falta de oportunidades formais de emprego.

Os dados do Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) revelam base produtiva pouco diversificada e concentrada no setor de serviços, com predominância de estabelecimentos classificados como “outras atividades de serviços” (23 unidades), seguidos pelo comércio e reparação de veículos automotores e motocicletas (16 unidades). Outros setores aparecem com participação reduzida — construção (3 unidades), atividades profissionais, científicas e técnicas (2 unidades), e agricultura, alojamento e alimentação, informação e comunicação e transporte, com 1 unidade cada. Ainda assim, os setores de educação (6 unidades), saúde (4 unidades) e administração pública (5 unidades) têm presença relevante, reforçando o papel do poder público

como estruturador da economia local.

O município apresenta um total de 306 pessoas ocupadas, das quais 266 são assalariadas, com rendimento médio mensal de apenas 1,1 salário mínimo — evidência de baixos níveis de remuneração mesmo entre trabalhadores com vínculo assalariado, o que limita o poder de compra da população e impacta diretamente suas condições de vida. Para o planejamento em saúde, esse quadro de informalidade e baixa renda reforça a relevância das ações de Saúde do Trabalhador (item 2.5) voltadas também ao trabalhador rural e informal, público historicamente menos coberto por programas de saúde ocupacional.

No campo educacional, a rede de ensino de Carrasco Bonito organiza-se em três níveis. Na educação infantil, há 162 matrículas distribuídas em 3 escolas, com 11 docentes. No ensino fundamental — etapa que concentra a maior demanda educacional —, são 539 matrículas, atendidas por 46 docentes em 5 escolas. O ensino médio conta com 177 matrículas, 21 docentes e 2 escolas. O município apresenta elevada taxa de escolarização entre crianças de 6 a 14 anos, alcançando 98,93% em 2022, o que evidencia ampla inserção da população em idade escolar na rede de ensino.

Nesse contexto, a articulação entre saúde e educação por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) assume papel estratégico. Conforme o Termo de Compromisso Municipal, as ações do PSE têm por objetivo conjugar esforços de promoção e atenção à saúde e de prevenção de doenças e agravos relacionados à saúde dos estudantes, articulando de forma intersetorial a rede de Atenção Primária à Saúde e a rede pública de Educação Básica (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio). Os temas abordados incluem saúde ambiental; promoção da atividade física; alimentação saudável e prevenção da obesidade; promoção da cultura de paz e direitos humanos; prevenção de violências e acidentes; prevenção de doenças negligenciadas; verificação da situação vacinal; saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST; prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; saúde bucal; saúde auditiva; e saúde ocular.

No âmbito local, as equipes de Saúde da Família realizam visitas periódicas às escolas, acompanhando de forma contínua a saúde dos estudantes e desenvolvendo ações conforme as necessidades identificadas — atuação que também fortalece o vínculo com as famílias e amplia o cuidado para além do ambiente escolar, especialmente entre as inseridas em programas sociais.

3.3. Saneamento Básico e Meio Ambiente

A realidade socioambiental e sanitária de Carrasco Bonito é marcada por avanços pontuais, mas também por importantes desigualdades no acesso aos serviços básicos de saneamento, o que impacta diretamente as condições de saúde e a qualidade de vida da população. Com população de aproximadamente 3.351 habitantes

distribuída de forma relativamente equilibrada entre áreas urbana e rural, o município apresenta limitações estruturais típicas de pequenos municípios do país.

No abastecimento de água, cerca de 79,6% da população possui acesso à rede — índice inferior às médias estadual e nacional, o que significa que aproximadamente 685 pessoas ainda vivem sem acesso regular à água tratada, dependendo de fontes alternativas como poços e cacimbas, o que pode aumentar a vulnerabilidade a doenças de veiculação hídrica. A situação do esgotamento sanitário é ainda mais crítica: apenas 22% da população é atendida por serviços de coleta de esgoto, enquanto cerca de 78% não possuem acesso a esse serviço, recorrendo majoritariamente a soluções precárias, como fossas rudimentares. Estima-se que aproximadamente 76,9 mil m³ de esgoto sejam lançados anualmente na natureza sem tratamento, contribuindo para a contaminação do solo e da água e aumentando o risco de doenças infecciosas e parasitárias.

O manejo de resíduos sólidos apresenta cenário relativamente mais favorável, com cerca de 99% da população atendida por coleta de lixo; ainda assim, práticas inadequadas persistem, como a queima de resíduos por cerca de 22,5% dos moradores, com potenciais impactos ambientais e à saúde, sobretudo respiratórios. O consumo de água no município é inferior à média nacional, refletindo tanto limitações de acesso quanto hábitos de uso mais restritos, e há perda significativa de água na distribuição (cerca de 46,1%), evidenciando problemas de infraestrutura e gestão do sistema.

Quanto à drenagem urbana, o cenário é marcado por baixa urbanização e fragilidades institucionais na gestão das águas pluviais: apenas 0,6% do território municipal é considerado área urbana, o que reduz, em termos absolutos, a exposição da população a problemas típicos de drenagem, embora nas áreas urbanizadas esses problemas gerem impactos diretos sobre as condições de vida, especialmente em períodos de chuvas intensas. Ainda assim, 77,8% das vias urbanas são pavimentadas e possuem meio-fio, índice próximo à média nacional. O poder público municipal já identificou pontos de alagamento intensivo no centro da cidade, razão pela qual foram construídas barreiras de contenção; permanece, no entanto, a necessidade de construção de canais abertos para escoamento de águas pluviais, de modo a evitar erosões e novos alagamentos.

Tabela 6 – Situação do saneamento básico em Carrasco Bonito – TO

Indicador	Categoria	Nº de domicílios	%
Abastecimento de água	Rede pública (encanada até o domicílio)	2.702	81,4
Abastecimento de água	Poço ou nascente no domicílio	333	10,0
Abastecimento de água	Poço artesiano ou cisterna	265	8,0
Abastecimento de água	Outros	5	0,6
Destino do lixo	Coleta pública	2.564	77,3
Destino do lixo	Queimado / enterrado	754	22,7

Indicador	Categoria	Nº de domicílios	%
Destino de fezes/urina	Sistema de esgoto	71	2,3
Destino de fezes/urina	Fossa séptica	409	13,0
Destino de fezes/urina	Fossa rudimentar	2.604	83,4
Destino de fezes/urina	Outra forma	38	1,2

Fonte: IBGE/SNIS/Sidra, 2022. Nota: a partir de 2024, a coleta de dados de saneamento básico passou a ser feita pelo Sinisa – Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico (Lei nº 11.445/2007, atualizada pela Lei nº 14.026/2020), que sucedeu ao SNIS; recomenda-se que a próxima atualização deste Plano utilize os dados mais recentes do Sinisa.

Adicionalmente, quanto à drenagem urbana, dados de 2022 apontavam 113 domicílios (8,3%) em risco de inundação e 282 pessoas (8,4%) sujeitas a eventos hidrológicos, com 2 eventos hidrológicos identificados nos cinco anos anteriores.

O abastecimento de água em Carrasco Bonito é prestado pela BRK Ambiental, empresa privada que atua mediante delegação, atendendo tanto a sede municipal quanto outras localidades.

O consumo médio per capita de água no município é de 96,3 litros por habitante ao dia — valor significativamente inferior às médias estadual e nacional —, enquanto a tarifa média cobrada é de R\$ 6,80 por metro cúbico, cerca de 36,7% superior à média nacional, indicando custo relativamente elevado para os usuários. O índice de hidrometração atinge 100%, mas é contrastado por elevado índice de perdas na distribuição (46,1%), o que significa que quase metade da água captada não chega ao consumidor final, perdida em vazamentos, ligações irregulares e falhas operacionais.

A coleta e o tratamento de esgoto também são de responsabilidade da mesma concessionária. O município gera aproximadamente 93,5 mil m³ de esgoto por ano, dos quais apenas 17,7% são efetivamente coletados — índice bastante inferior às médias estadual e nacional —, o que resulta no lançamento de cerca de 76,9 mil m³ de esgoto no meio ambiente sem qualquer tratamento, representando risco significativo à saúde pública e à qualidade ambiental. Todo o esgoto que é coletado, por outro lado, recebe tratamento (100%), evidenciando que o principal desafio não está na capacidade de tratamento em si, mas na ampliação da rede de coleta.

O manejo de resíduos sólidos está vinculado à Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Turismo, sem cobrança pelos serviços de manejo de resíduos sólidos urbanos. A coleta contempla 100% do núcleo urbano e as principais estradas vicinais rurais, realizada diariamente por dois caminhões próprios da Prefeitura, com quatro funcionários cada. Os resíduos são levados ao lixão municipal, localizado próximo à rodovia TO-201, já que o município não dispõe de nenhum serviço de coleta seletiva, reciclagem ou associação de catadores.

Ponto crítico: a área do lixão municipal não possui estrutura adequada — não há cercamento,

sinalização, controle de acesso, sistema de drenagem de chorume, canalização ou queima dos gases produzidos, tampouco manta impermeabilizadora, o que favorece a contaminação do solo e das águas superficiais e subsuperficiais, além de apresentar risco de incêndios (inclusive criminosos) e de proliferação de vetores. Trata-se de uma fragilidade estrutural relevante a ser enfrentada no planejamento intersetorial do quadriênio 2026-2029.

Quanto à drenagem urbana, o município não possui mapeamento de áreas de risco de inundação, sistema de alerta para eventos hidrológicos extremos, Plano Diretor de Drenagem ou cadastro técnico das obras existentes — lacunas que comprometem a capacidade de planejamento, monitoramento e resposta a eventos adversos.

Considerando essa realidade socio sanitária, as ações prioritárias da Atenção Primária à Saúde voltam-se fortemente à prevenção de doenças relacionadas às condições ambientais e ao fortalecimento do cuidado integral da população. A baixa cobertura de coleta de esgoto e o lançamento expressivo de efluentes sem tratamento exigem intensificação das ações de vigilância em saúde ambiental, com ênfase no monitoramento e controle de doenças de veiculação hídrica, como diarreias, parasitoses intestinais e hepatites — dado que se reflete diretamente nos indicadores de morbidade apresentados no item 3.5. São realizadas, com frequência, atividades de educação em saúde sobre uso seguro da água, higiene domiciliar, manejo adequado de resíduos, redução da queima de lixo e incentivo à separação de resíduos domiciliares, articuladas pelas equipes de Saúde da Família em conjunto com escolas e outros setores locais.

Em relação à drenagem urbana, a ausência de planejamento estruturado demanda a incorporação, na rotina da Atenção Primária, de ações de vigilância voltadas a períodos chuvosos, com identificação de áreas mais vulneráveis a alagamentos e orientação preventiva à população — atuação em que os Agentes Comunitários de Saúde são estratégicos, por seu papel no mapeamento territorial e na comunicação de riscos. A Vigilância Ambiental, integrada à Atenção Básica, garante ainda o acompanhamento da qualidade da água consumida, sobretudo por populações que utilizam fontes alternativas, realizando inspeções, orientações e, quando necessário, intervenções em situações de risco.

Fica evidente, portanto, a necessidade de manter e fortalecer a integração intersetorial entre saúde, meio ambiente, saneamento e educação, na busca por soluções conjuntas para os determinantes sociais da saúde. A ampliação do acesso aos serviços básicos de saneamento, aliada a ações contínuas de promoção, prevenção e vigilância, deve orientar o planejamento local, contribuindo para melhores condições de vida e para a redução de agravos evitáveis na população — e configura-se como uma das prioridades a serem traduzidas em diretrizes e metas do presente Plano.

3.4. Perfil Epidemiológico do Município

O perfil epidemiológico da população de Carrasco Bonito resulta da interação entre condições demográficas, socioeconômicas, ambientais e de acesso aos serviços públicos, especialmente nos campos do saneamento básico e da saúde. Trata-se de município de pequeno porte, localizado na região do Bico do Papagaio, com população estimada entre 3,3 e 3,7 mil habitantes, distribuída de forma relativamente equilibrada entre as zonas urbana e rural — configuração que impõe desafios importantes à organização da rede de atenção à saúde, sobretudo quanto ao acesso equitativo aos serviços e à implementação de ações de promoção e prevenção.

Do ponto de vista demográfico, observa-se predominância de adultos jovens, com participação significativa de crianças e adolescentes e contingente de idosos em crescimento — padrão que exige a estruturação de políticas de saúde que contemplem todo o ciclo de vida, incluindo ações voltadas à saúde materno-infantil, à prevenção de agravos relacionados ao trabalho e ao acompanhamento de doenças crônicas. A composição étnico-racial, majoritariamente formada por população preta e parda, reflete desigualdades históricas que se expressam nas condições de vida e saúde, configurando-se como importante determinante social a ser considerado no planejamento das ações.

No campo socioeconômico, o município apresenta forte dependência das atividades do setor primário — com destaque para a agricultura familiar e a pecuária —, associadas a economia pouco diversificada e marcada por elevada informalidade no mercado de trabalho. A baixa renda média da população e a limitada proteção social contribuem para a manutenção de condições de vulnerabilidade, impactando diretamente os indicadores de saúde e ampliando a exposição a fatores de risco.

As condições socioambientais reforçam esse cenário: persistem desigualdades no acesso ao saneamento básico, sobretudo no esgotamento sanitário, cuja cobertura reduzida resulta no lançamento de efluentes in natura no ambiente; o abastecimento de água, embora presente na maior parte dos domicílios, ainda não é universal e apresenta perdas significativas na distribuição; e somam-se a isso a destinação inadequada de resíduos sólidos — com lixo a céu aberto e ausência de coleta seletiva — e fragilidades na gestão da drenagem urbana e dos riscos hidrológicos.

Diante desse contexto, o perfil epidemiológico de Carrasco Bonito é fortemente influenciado por determinantes sociais e ambientais da saúde, evidenciando a coexistência de agravos relacionados às condições de vida — como doenças infecciosas e parasitárias — com o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis. Esse cenário demanda o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com enfoque territorial, ações intersetoriais e estratégias que promovam a equidade no acesso e na qualidade do cuidado, visando à melhoria das condições

de saúde e de vida da população — diretriz que orienta a leitura dos indicadores de mortalidade e morbidade apresentados a seguir.

3.5. Indicadores de Mortalidade e Morbidade

3.5.1. Mortalidade por Grupos de Causas

Tabela 7 – Mortalidade por capítulo CID-10, Carrasco Bonito – TO (2021-2024)

Capítulo CID-10	2021	2022	2023	2024
I. Doenças infecciosas e parasitárias	03	01	—	—
II. Neoplasias (tumores)	04	05	02	03
III. Doenças do sangue e trans imunitários	01	—	—	—
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	06	03	—	01
V. Transtornos mentais e comportamentais	—	02	—	—
VI. Doenças do sistema nervoso	01	01	—	—
VII. Doenças do olho e anexos	—	—	—	—
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	—	—	—	—
IX. Doenças do aparelho circulatório	07	14	04	09
X. Doenças do aparelho respiratório	—	—	03	01
XI. Doenças do aparelho digestivo	01	01	01	—
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	—	—	—	—
XIII. Doenças do sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	—	—	—	—
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	01	—	—	01
XV. Gravidez, parto e puerpério	—	—	—	—
XVI. Afecções originadas no período perinatal	01	—	—	01
XVII. Malformações cong., deform. e anom. cromossômicas	—	—	—	—
XVIII. Sint., sinais e achados anorm. clín. e laborat.	03	01	—	—
XIX. Lesões, envenen. e outras causas externas	—	—	—	—
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	05	01	07	04
XXI. Contatos com serviços de saúde	—	—	—	—
XXII. Códigos para propósitos especiais	—	—	—	—
Total	33	29	17	20

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-Tabnet). Data da consulta: 29/03/2026.

A análise das informações de mortalidade por capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) contribui para compreender de forma mais precisa o perfil epidemiológico da população de Carrasco Bonito, evidenciando os principais agravos responsáveis pelos óbitos entre 2021 e 2024. Observa-se variação no número total de óbitos ao longo do período — 33 registros em 2021, 29 em 2022, redução significativa para 17 em 2023 e leve aumento para 20 em 2024. Apesar da oscilação, o padrão de causas revela a coexistência de diferentes perfis de adoecimento, característica de um cenário de transição epidemiológica típico de municípios de pequeno porte.

As doenças do aparelho circulatório destacam-se como principal causa de mortalidade na maioria dos anos analisados, com maior expressividade em 2022 (14 óbitos) e manutenção de números relevantes em 2021 (7) e 2024 (9) — dado que evidencia o peso das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, fortemente associadas a fatores de risco como sedentarismo, alimentação inadequada e condições de vida. As neoplasias também apresentam participação constante nos óbitos em todos os anos do período, indicando a necessidade de fortalecer as ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Chama atenção o grupo de causas externas de morbidade e mortalidade, com pico em 2023 (7 óbitos) e presença contínua nos demais anos — categoria que inclui acidentes e violências, frequentemente relacionados a fatores sociais, comportamentais e ocupacionais, especialmente em contexto de forte presença de atividades rurais e de informalidade no trabalho, como já discutido no item 3.2. As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas também tiveram destaque em 2021 (6 óbitos), sugerindo influência de agravos como diabetes mellitus e suas complicações, enquanto as doenças infecciosas e parasitárias, com menor número absoluto e em redução ao longo dos anos, permanecem como indicador das condições socioambientais e de saneamento ainda insuficientes, discutidas no item 3.3.

Dessa forma, o perfil de mortalidade em Carrasco Bonito evidencia a sobreposição de doenças crônicas não transmissíveis, causas externas e, em menor escala, doenças infecciosas — refletindo a influência dos determinantes sociais da saúde, como condições de saneamento, renda, acesso aos serviços e estilo de vida. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com foco na prevenção de doenças crônicas, na promoção da saúde, na redução de acidentes e violências e na melhoria das condições socioambientais.

3.5.2. Morbidade Hospitalar por Causas

Tabela 8 – Morbidade hospitalar por capítulo CID-10, Carrasco Bonito – TO (2021-2025)

Capítulo CID-10	2021	2022	2023	2024	2025
I. Doenças infecciosas e parasitárias	15	10	04	11	04
II. Neoplasias (tumores)	06	04	10	13	17
III. Doenças do sangue e transt. imunitários	02	03	05	01	01
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	03	04	—	01	01
V. Transtornos mentais e comportamentais	—	—	02	—	—
VI. Doenças do sistema nervoso	01	01	—	02	—
VII. Doenças do olho e anexos	—	—	—	01	—
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	—	—	01	—	—
IX. Doenças do aparelho circulatório	06	11	07	11	18
X. Doenças do aparelho respiratório	18	15	17	16	24

Capítulo CID-10	2021	2022	2023	2024	2025
XI. Doenças do aparelho digestivo	12	22	26	23	17
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	06	04	03	06	04
XIII. Doenças do sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	—	—	01	01	01
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	11	11	15	14	07
XV. Gravidez, parto e puerpério	34	44	38	34	47
XVI. Afecções originadas no período perinatal	03	05	07	05	08
XVII. Malformações cong., deform. e anom. cromossômicas	—	01	01	04	01
XVIII. Sint., sinais e achados anorm. clín. e laborat.	01	02	01	01	01
XIX. Lesões, envenen. e outras causas externas	30	14	15	28	21
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	—	—	—	—	—
XXI. Contatos com serviços de saúde	10	05	07	14	09
Total	158	156	160	186	181

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Data da consulta: 29/03/2026.

A análise do perfil de morbidade de Carrasco Bonito, no período de 2021 a 2025, evidencia padrão complexo e coerente com o perfil de mortalidade previamente observado, caracterizado pela coexistência de agravos infecciosos, condições crônicas e causas externas — reflexo de um cenário de transição epidemiológica influenciado por determinantes sociais, econômicos e ambientais. Observa-se aumento gradual no número total de registros de morbidade ao longo dos anos, de 158 casos em 2021 para 181 em 2025, com pico em 2024 (186 casos), o que pode estar associado tanto à ampliação do acesso aos serviços de saúde e à melhoria na notificação quanto à persistência de condições de risco na população.

Destacam-se as doenças do aparelho respiratório, com números elevados e tendência de crescimento, atingindo 24 casos em 2025 — padrão que pode relacionar-se a fatores ambientais como queima de resíduos sólidos, poeira, variações climáticas e condições habitacionais, retomando o alerta já feito no item 3.3 sobre a queima de lixo por parte de 22,5% dos domicílios. As doenças do aparelho digestivo também se mostram relevantes, com pico em 2023 (26 casos) e manutenção de números elevados nos demais anos, associando-se frequentemente às condições de saneamento básico ainda precárias no município, sobretudo quanto ao esgotamento sanitário e à qualidade da água.

As doenças do aparelho circulatório apresentam crescimento expressivo, de 6 casos em 2021 para 18 em 2025, reforçando o avanço das doenças crônicas não transmissíveis já evidenciado no perfil de mortalidade e apontando para a necessidade de intensificar as ações de prevenção e controle de fatores de risco. As neoplasias também mostram tendência crescente, chegando a 17 registros em 2025, o que pode indicar tanto aumento de incidência quanto melhoria no diagnóstico — reforçando a importância das estratégias de rastreamento e

detecção precoce já discutidas no item 2.9.

No campo das causas externas — lesões, envenenamentos e outras consequências —, observa-se elevada frequência ao longo dos anos, com destaque para 2021 (30 casos) e 2024 (28 casos), agravos frequentemente associados a acidentes, especialmente em contextos de trabalho rural, e a outras situações de vulnerabilidade social. As internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério constituem o grupo mais expressivo em todos os anos analisados (34 a 48 registros), refletindo tanto a demanda por serviços de saúde materno-infantil quanto a importância da organização da rede de atenção obstétrica e neonatal detalhada no item 2.1 (Rede Alyne).

As doenças infecciosas e parasitárias apresentam tendência geral de redução (de 15 casos em 2021 para 4 em 2025), mas ainda persistem, indicando que as condições ambientais e de saneamento continuam influenciando o processo saúde-doença. Outros grupos — doenças geniturinárias, afecções do período perinatal e doenças de pele — também apresentam presença constante, ainda que com menor magnitude, reforçando a diversidade de demandas assistenciais do município.

Dessa forma, o perfil de morbidade de Carrasco Bonito revela a sobreposição de agravos típicos de contextos com limitações estruturais, nos quais coexistem doenças relacionadas à pobreza e às condições ambientais com o avanço das doenças crônicas e o impacto das causas externas. Esse cenário exige o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com ações integradas de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e cuidado contínuo, além de intervenções intersetoriais voltadas à melhoria das condições de vida da população — elementos que, em conjunto com os itens 3.1 a 3.4, subsidiarão a priorização de problemas e a definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) nas próximas etapas deste Plano Municipal de Saúde.

3.5.3. Doenças e Agravos de Notificação (SINAN)

Complementando o perfil de mortalidade e de morbidade hospitalar, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) permite acompanhar a incidência das doenças e agravos de notificação compulsória entre os residentes de Carrasco Bonito, incluindo eventos de causa externa e agravos não necessariamente hospitalizados.

Tabela 9 – Doenças e agravos de notificação (Sinan), Carrasco Bonito – TO (2021-2025)

Doenças e agravos	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Acidente por animais peçonhentos	04	—	04	08	15	31
Acidente de trabalho	—	01	01	06	—	08
Dengue	—	01	03	10	—	14
Zika vírus	—	01	—	01	—	02
Febre chikungunya	—	—	—	—	—	—
Hepatites virais *	—	—	—	—	—	01

Doenças e agravos	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Leishmaniose visceral	—	—	—	—	—	—
Leishmaniose tegumentar americana	01	—	—	—	—	01
Sífilis adquirida	07	04	15	01	—	27
Sífilis em gestante	02	02	02	—	—	06
Sífilis congênita	01	01	01	—	—	03
Toxoplasmose congênita	—	—	02	—	—	02
Varicela	—	—	01	06	01	08
Violência interpessoal/autoprovoçada	03	05	06	03	09	26
Hanseníase	—	03	01	04	—	08
Tuberculose	—	—	—	—	01	01

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net). Data da consulta: 2026.

O agravo com maior número de notificações no período foi o acidente por animais peçonhentos (31 casos), com tendência de crescimento acentuado — de 4 casos em 2021 para 15 em 2025, sem registro em 2022. Esse padrão é coerente com o perfil produtivo do município, fortemente rural e agropecuário (item 3.2), e reforça a relevância de ações de prevenção e de garantia de soro antiofídico/antiaracnídico na rede de urgência, bem como de orientação aos trabalhadores rurais no âmbito da Saúde do Trabalhador (item 2.5).

A violência interpessoal/autoprovoçada aparece como o segundo agravo mais notificado (26 casos), com presença constante em todos os anos e pico em 2025 (9 casos). Esse resultado dialoga diretamente com o quadro de informalidade e vulnerabilidade social identificado no item 3.2 e com as causas externas já destacadas na mortalidade e na morbidade hospitalar (item 3.5.1 e 3.5.2), reforçando a violência como prioridade transversal a ser enfrentada de forma intersetorial — envolvendo Atenção Psicossocial (Raps, item 2.2), assistência social, educação e segurança pública.

Chama atenção o conjunto de notificações relacionadas à sífilis: 27 casos de sífilis adquirida, 6 em gestantes e 3 congênitas no período. A ocorrência de casos de sífilis congênita — evento considerado evitável quando há diagnóstico e tratamento oportunos da gestante e de seu(sua) parceiro(a) — é um indicador sensível da qualidade do pré-natal ofertado pela Atenção Primária, e reforça diretamente a importância das boas práticas de testagem para sífilis no 1º e no 3º trimestre da gestação, já apresentadas no item 2.1 (Rede Alyne). Recomenda-se que esse indicador seja acompanhado de perto e traduzido em meta específica na etapa de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) deste Plano.

A dengue apresentou tendência de crescimento entre 2022 e 2024 (de 1 para 10 casos), sem registros em 2021 e 2025, o que reforça a necessidade de fortalecimento das ações de controle vetorial já discutidas no item 3.3 (saneamento e manejo de resíduos) e no item 2.9 (vigilância epidemiológica/endemias). A hanseníase, com

8 casos concentrados entre 2022 e 2024, e a tuberculose, com 1 caso em 2025, ainda que de menor magnitude, exigem monitoramento continuado por se tratar de doenças de notificação compulsória com potencial de transmissão e de agravamento quando não tratadas oportunamente.

Os demais agravos — varicela, toxoplasmose congênita, leishmaniose tegumentar, hepatites virais, zika vírus e acidente de trabalho — apresentaram números absolutos baixos, mas presentes, reforçando a importância de manter a vigilância ativa mesmo para eventos de baixa frequência em um município de pequeno porte. Destaca-se, em especial, o crescimento dos acidentes de trabalho notificados em 2024 (6 dos 8 casos do período), o que pode refletir tanto maior exposição ocupacional quanto — de forma positiva — maior qualificação da notificação, na medida em que o município passa a estruturar suas ações de Saúde do Trabalhador (item 2.5).

Em conjunto, os dados do Sinan confirmam e detalham o perfil epidemiológico já traçado no item 3.4: predominância de agravos ligados às condições de trabalho rural e às causas externas, presença relevante de infecções sexualmente transmissíveis com repercussão materno-infantil, e sinais de arbovirose em ascensão — elementos que, somados aos indicadores de mortalidade e morbidade hospitalar, devem orientar a priorização de problemas e a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) nas próximas etapas deste Plano Municipal de Saúde.

4. DETERMINANTES E CONDICIONANTES EM SAÚDE

A saúde não pode ser compreendida apenas como ausência de doença, mas como resultado de um conjunto amplo de fatores sociais, econômicos, ambientais e individuais que interagem entre si. A própria Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 — Lei Orgânica da Saúde —, em seu art. 3º, com a redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013, estabelece que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. O mesmo diploma legal define, em seu art. 5º, como um dos objetivos do SUS “a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde” — disposição diretamente relacionada à elaboração desta Análise Situacional.

Para organizar a análise desses fatores em Carrasco Bonito, adota-se neste Plano o modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), referência conceitual adotada pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), instituída pelo Ministério da Saúde em 2006 e responsável pelo relatório “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil” (CNDSS, 2008). O modelo organiza os determinantes sociais da saúde (DSS) em camadas concêntricas, de uma camada mais próxima do indivíduo até uma camada mais distal, onde se situam os macrodeterminantes: (i) características individuais, como idade, sexo e fatores genéticos; (ii) estilos de vida e comportamentos individuais; (iii) redes sociais e comunitárias; (iv) condições de vida e de trabalho — incluindo alimentação, saneamento, moradia, educação e acesso a serviços essenciais; e (v) macrodeterminantes estruturais, relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais mais amplas da sociedade.

Essa mesma lógica de camadas dialoga com a abordagem da Organização Mundial da Saúde (OMS), que, por meio da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH, 2008), no relatório “Closing the Gap in a Generation”, reconhece as desigualdades em saúde como resultado, em grande medida, das condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem — e não apenas de fatores biológicos individuais. A seguir, cada camada do modelo é aplicada à realidade de Carrasco Bonito, com base nos dados já apresentados nos itens 1 a 3 desta Análise Situacional.

Quadro-síntese – Determinantes e condicionantes em saúde em Carrasco Bonito – TO

Camada	Determinantes/condicionantes	Expressão em Carrasco Bonito – TO
1. Características individuais	Idade, sexo, fatores genéticos e biológicos	População jovem-adulta predominante, base infantil relevante e população idosa em crescimento (item 3.1); leve predominância masculina, com maior presença feminina nas faixas mais avançadas.
2. Estilos de vida e comportamento	Alimentação, atividade física, consumo de álcool e tabaco, adesão ao cuidado	Fatores de risco para doenças crônicas já identificados nos itens 2.9 e 3.5 (sedentarismo, alimentação inadequada), associados ao crescimento das doenças cardiovasculares e das neoplasias na mortalidade e na morbidade locais.
3. Redes sociais e comunitárias	Participação e controle social, capital social, vínculo comunitário	Conselho Municipal de Saúde com composição paritária (item 1.1); Programa Saúde na Escola como estratégia intersetorial de vínculo com famílias e comunidade escolar (item 3.2).
4. Condições de vida e de trabalho	Emprego e renda, saneamento, moradia, educação, acesso a serviços de saúde	Informalidade elevada no mercado de trabalho, baixa renda média, cobertura incompleta de água e esgoto, e Atenção Primária como porta de entrada em contexto de dispersão populacional (itens 2, 3.2 e 3.3).
5. Macrodeterminantes estruturais	Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais	Economia pouco diversificada e dependente do setor público; inserção no bioma Amazônia e em área de reserva extrativista; formação histórica e étnico-racial do município, com predominância de população preta e parda (item 3, introdução e item 3.1).

Fonte: elaboração própria, a partir do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) e dos dados apresentados nos itens 1 a 3 desta Análise Situacional.

4.1. Características Individuais e Demográficas

No campo dos determinantes mais proximais, a estrutura etária de Carrasco Bonito — já detalhada no item 3.1 — apresenta predominância de adultos jovens, com participação significativa de crianças e adolescentes e crescimento progressivo da população idosa. Essa estrutura demanda respostas diferenciadas do sistema de saúde: ações de promoção e prevenção voltadas ao público jovem, fortalecimento da saúde reprodutiva e do trabalhador na população economicamente ativa, e ampliação do cuidado continuado às pessoas idosas. Observa-se ainda leve predominância masculina na população geral, com maior presença feminina nas faixas etárias mais avançadas, reforçando a necessidade de estratégias diferenciadas por sexo e ciclo de vida.

A esse determinante somam-se as características étnico-raciais da população: a predominância de pessoas

pretas e pardas (84,9% do total, conforme item 3.1) reflete desigualdades históricas que se expressam nas condições de vida e no acesso aos serviços, configurando um importante determinante social a ser considerado no planejamento das ações — especialmente por se tratar de grupo tradicionalmente mais exposto a fatores de vulnerabilidade socioeconômica.

4.2. Estilos de Vida e Comportamentos Individuais

Situados no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais mais amplos, os estilos de vida e comportamentos da população carrascoense já foram identificados, ao longo desta Análise, como fatores de risco relevantes para o perfil de morbimortalidade local: sedentarismo, alimentação inadequada e consumo de álcool e tabaco, mencionados nos itens 2.9 e 3.5 como associados ao crescimento das doenças cardiovasculares e ao peso das doenças crônicas não transmissíveis nos indicadores de mortalidade e morbidade do município. A atuação sobre esse nível exige, conforme a literatura sobre determinação social da saúde, políticas de abrangência populacional — e não apenas orientações individuais —, por meio de programas educativos, comunicação em saúde e ampliação do acesso a hábitos de vida saudáveis, articuladas pela Atenção Primária e pelo Programa Saúde na Escola.

4.3. Redes Sociais e Comunitárias

A camada de redes sociais e comunitárias diz respeito ao capital social e ao vínculo entre os indivíduos e a comunidade — fatores que, quando fortalecidos, ampliam a capacidade de resposta coletiva aos problemas de saúde. Em Carrasco Bonito, esse determinante se expressa, sobretudo, na atuação do Conselho Municipal de Saúde, órgão colegiado de caráter deliberativo e permanente, com composição paritária entre usuários, trabalhadores, gestores e prestadores (item 1.1), responsável pelo controle social sobre as políticas e os recursos da saúde municipal.

O Programa Saúde na Escola (PSE) também se destaca como estratégia de fortalecimento de redes comunitárias, ao articular a Atenção Primária à Saúde e a rede pública de ensino, ampliando o vínculo com as famílias e com a comunidade escolar (item 3.2). Da mesma forma, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde — já discutida no item 1.4 — constitui elo fundamental entre os serviços de saúde e a rede social do território, especialmente relevante em um município com significativa dispersão populacional entre a sede, os distritos e as áreas rurais.

4.4. Condições de Vida e de Trabalho

Esta camada intermediária — que reúne emprego e renda, saneamento básico, moradia, educação e acesso aos serviços essenciais — concentra parte expressiva dos condicionantes mais críticos identificados nesta Análise

Situacional. No campo do trabalho e da renda, destaca-se a elevada informalidade no mercado local: apenas 4,26% dos trabalhadores do setor privado possuem carteira assinada, e o rendimento médio mensal da população ocupada é de apenas 1,1 salário mínimo (item 3.2) — quadro que limita o acesso a bens e serviços essenciais, como alimentação adequada, moradia digna e cuidados em saúde, e amplia a exposição a riscos, inclusive ocupacionais, como evidenciado pelos acidentes de trabalho e por animais peçonhentos registrados no Sinan (item 3.5.3).

As condições de saneamento básico constituem outro condicionante crítico: a cobertura de esgotamento sanitário atinge apenas 22% da população, com lançamento de cerca de 76,9 mil m³ de esgoto sem tratamento no ambiente por ano, e 79,6% de cobertura de abastecimento de água, com elevadas perdas na distribuição (item 3.3). Some-se a isso a destinação inadequada dos resíduos sólidos, com lixão a céu aberto sem estrutura de contenção ambiental. Esses fatores favorecem a ocorrência de doenças infecciosas, parasitárias e de veiculação hídrica, já refletidas no perfil de morbidade do município (item 3.5.2).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, a Atenção Primária consolida-se como principal porta de entrada do sistema, especialmente relevante em um contexto de dispersão populacional entre sede, distritos, fazendas, sítios e projetos de assentamento (itens 2 e 3.1). A elevada cobertura escolar (98,93% entre 6 e 14 anos) representa, por outro lado, uma condição de vida favorável e uma oportunidade estratégica para ações intersetoriais de promoção da saúde, especialmente por meio do PSE.

4.5. Macrodeterminantes Socioeconômicos, Culturais e Ambientais

Na camada mais distal do modelo, situam-se os macrodeterminantes estruturais — condições econômicas, culturais e ambientais que influenciam todas as demais camadas. Em Carrasco Bonito, esse nível é marcado por uma economia pouco diversificada e fortemente dependente do setor primário (agricultura familiar, pecuária e extrativismo vegetal) e do setor público como estruturador do emprego formal (item 3.2), o que limita a geração de renda e de oportunidades econômicas no território.

Do ponto de vista ambiental, o município está inserido no bioma Amazônia e, em parte relevante de seu território, em área de Reserva Extrativista, o que impõe tanto restrições quanto oportunidades para o desenvolvimento local (item 3, introdução). A proximidade com o rio Tocantins condiciona historicamente o modo de vida da população, assim como a formação étnico-cultural do município — marcada pela migração de famílias nordestinas a partir de 1965 e pela presença de comunidades indígenas Apinajé na região do Bico do Papagaio —, que ajuda a explicar a atual composição racial da população e reforça a necessidade de que as políticas de saúde considerem a equidade étnico-racial como eixo transversal do planejamento.

4.6. Síntese: Determinantes, Condicionantes e o Perfil Epidemiológico de Carrasco Bonito

A leitura integrada das cinco camadas de determinação social confirma o que já se evidenciava no perfil epidemiológico apresentado no item 3.4: a coexistência de agravos ligados às condições de vida e ao saneamento — como as doenças infecciosas, parasitárias e de veiculação hídrica — com o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares e as neoplasias, e com a relevância das causas externas, incluindo acidentes de trabalho, acidentes por animais peçonhentos e violência interpessoal e autoprovocada (item 3.5). Esse quadro caracteriza um processo de transição epidemiológica no qual persistem problemas típicos de condições de vida ainda precárias, ao mesmo tempo em que crescem os agravos relacionados ao envelhecimento populacional e às mudanças nos hábitos de vida.

Compreender esses determinantes e condicionantes não é um exercício meramente descritivo: é o que permite à gestão municipal identificar, entre os fatores que influenciam a saúde da população, aqueles sobre os quais o setor saúde pode atuar diretamente — como o fortalecimento da Atenção Primária e das redes de atenção já descritas nos itens 1 e 2 — e aqueles que exigem articulação intersetorial com outras políticas públicas, como saneamento, educação, assistência social, geração de emprego e renda e meio ambiente. É esse exercício de leitura integrada que fundamenta a etapa seguinte deste Plano: a priorização dos problemas de saúde identificados nesta Análise Situacional e a definição das diretrizes, dos objetivos, das metas e dos indicadores (DOMI) para o quadriênio 2026-2029.

5. ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil constitui a base organizadora do sistema de saúde e é orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) — universalidade, integralidade e equidade. Sua principal forma de organização é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que recebe incentivos com o objetivo de ampliar o acesso da população e promover a reorganização dos serviços de saúde. Essa estratégia fortalece a territorialização e a responsabilidade sanitária por meio de equipes multiprofissionais — compostas por médico(a) generalista, enfermeiro(a), técnicos(as) ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde — responsáveis pelo acompanhamento contínuo de um conjunto definido de famílias em um território específico.

A APS fundamenta-se na oferta de cuidados essenciais, baseados em evidências científicas, tecnologias apropriadas e práticas socialmente aceitáveis, assegurando também a participação ativa da comunidade. Atua como a principal porta de entrada do sistema de saúde, aproximando os serviços do cotidiano da população e garantindo a continuidade do cuidado ao longo do tempo, inclusive por meio da coordenação com outros níveis de atenção — conforme já apresentado no item 2 desta Análise Situacional.

Entre as diretrizes que orientam a APS no Brasil destacam-se a adscrição da clientela, a coordenação do cuidado, a longitudinalidade, a integralidade da atenção, a resolutividade, o trabalho em equipe multiprofissional e a orientação comunitária. Nesse contexto, ganham centralidade as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento oportuno e reabilitação, sempre consideradas as necessidades específicas do território.

No que se refere às ações e serviços prioritários, a APS desenvolve um conjunto amplo e articulado de intervenções, entre as quais se destacam as consultas médicas e de enfermagem, o acompanhamento de pessoas com condições crônicas — como hipertensão arterial e diabetes mellitus —, o cuidado pré-natal e puerperal, a atenção integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem e da pessoa idosa, além da imunização conforme o calendário vacinal. Também são prioritárias as ações de vigilância em saúde, incluindo o controle de doenças transmissíveis, o monitoramento de agravos e a atuação dos agentes comunitários de saúde e de combate às endemias.

Outras ações relevantes incluem a realização de visitas domiciliares, o desenvolvimento de atividades educativas e de promoção da saúde, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, o planejamento reprodutivo, a saúde bucal, a saúde mental na Atenção Básica, as práticas corporais e atividades físicas — como as desenvolvidas no Programa Academia da Saúde —, bem como o atendimento às demandas espontâneas e às situações agudas de baixa complexidade. A APS também exerce papel fundamental na

coordenação do cuidado, realizando encaminhamentos qualificados para outros níveis de atenção e assegurando o acompanhamento dos usuários ao longo da rede.

Em Carrasco Bonito, observa-se a consolidação de um modelo de atenção centrado na Unidade Básica de Saúde (UBS), que se estabelece como o principal ponto de atendimento e ordenadora da rede. A organização dos fluxos assistenciais prioriza o acolhimento e a resolutividade, estruturando-se em dois eixos principais: o cuidado continuado programado — com foco no monitoramento sistemático de grupos prioritários, como pessoas acamadas, pacientes com hipertensão e diabetes (Hiperdia), gestantes e crianças, garantindo a prevenção de complicações e a manutenção das condições de saúde —; e o atendimento de intercorrências, no qual as UBS realizam o manejo inicial de situações de urgência de baixa complexidade, com estabilização e, quando necessário, acionamento do transporte sanitário para encaminhamento à rede de referência regional.

Outro aspecto relevante do modelo assistencial é a atuação integrada da Equipe Multiprofissional (e-Mult), que desempenha papel estratégico na ampliação do escopo de ações da APS. Em articulação com as equipes de Saúde da Família, por meio do matriciamento, essas equipes contribuem para a qualificação do cuidado, realizando avaliações conjuntas em casos de maior complexidade, apoiando o planejamento terapêutico e ofertando procedimentos clínicos especializados — como atendimentos em fisioterapia, nutrição e psicologia — diretamente no território, além de fornecer suporte técnico para prescrições e acompanhamento de usuários em tratamento de longo prazo. A integração entre a UBS e a e-Mult evidencia o amadurecimento do modelo de atenção no município, com forte ênfase no cuidado continuado e na assistência territorializada, contribuindo para o elevado número de visitas domiciliares realizadas — detalhado no item 5.2 —, com prioridade para o acompanhamento de pessoas com mobilidade reduzida e doenças crônicas, e para a garantia de acesso às populações residentes em áreas rurais e assentamentos.

Diante desses pressupostos, o Plano Municipal de Saúde de Carrasco Bonito apresenta e revisa continuamente, nos itens a seguir, as ações e serviços desenvolvidos no território.

5.1. Territorialização, Oferta e Cobertura dos Serviços em Saúde

A territorialização constitui um dos principais fundamentos da Atenção Primária à Saúde, pois orienta a organização das ações e serviços a partir do conhecimento aprofundado do território e da população adscrita. Por meio dela, é possível compreender a história da região, suas características demográficas, sociais, econômicas e ambientais — já detalhadas nos itens 3 e 4 desta Análise Situacional —, bem como identificar vulnerabilidades, riscos e potencialidades locais. Esse processo permite delimitar a área de abrangência das equipes de saúde e

planejar intervenções mais efetivas, direcionadas às reais necessidades da comunidade.

Na lógica da APS, a territorialização fortalece princípios como a integralidade, a equidade e a longitudinalidade do cuidado, ao possibilitar o acompanhamento contínuo das famílias e dos indivíduos em seu contexto de vida. Associada a esse processo, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) — já apresentada no item 2 — estrutura-se como um conjunto articulado de serviços de diferentes níveis de complexidade, organizados para garantir o acesso e a continuidade do cuidado, representando os trajetos que os usuários percorrem dentro do sistema de saúde.

Nesse contexto, a territorialização assume papel estratégico, pois fornece as informações necessárias para que a APS exerça sua função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. A partir do conhecimento do território, as equipes identificam demandas, organizam fluxos assistenciais e realizam encaminhamentos qualificados para outros pontos de atenção, como serviços especializados e hospitalares — operacionalizados por meio de linhas de cuidado que articulam práticas e serviços, promovendo atenção contínua, integrada e centrada nas necessidades dos usuários. Dessa forma, a integração entre territorialização, APS e RAS contribui para superar a fragmentação dos serviços de saúde, promovendo maior resolutividade, eficiência e qualidade do cuidado.

Quadro – Territorialização e composição da Atenção Primária à Saúde em Carrasco Bonito – TO

Componente da Rede	Quantidade	Área de Abrangência	Equipe Mínima e Especialidades
Equipes de Saúde da Família (ESF)	2	Municipal	1 médico(a), 1 enfermeiro(a), 1 técnico(a) de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (12 ACS no total do município, cerca de 6 por equipe – item 1.4)
Equipes de Saúde Bucal (ESB)	2	Municipal	1 cirurgião(ã)-dentista e 1 técnico(a) de saúde bucal
Equipe Multiprofissional (e-Mult)	1	Municipal	1 psicólogo(a), 1 nutricionista, 1 assistente social e 1 fisioterapeuta
Academia da Saúde	1	Municipal	2 educadores físicos, 2 auxiliares de academia, 1 digitador(a), 1 vigilante e 4 auxiliares de serviços gerais
Farmácia Básica	1	Municipal	1 farmacêutico(a), 2 técnicas de enfermagem, 1 digitador(a) e 1 auxiliar de serviços gerais

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Carrasco Bonito.

A distribuição dos profissionais de saúde em Carrasco Bonito evidencia estrutura organizada da Atenção Primária à Saúde, com equipes multiprofissionais que favorecem cobertura ampla do território municipal. A

presença de equipes da Estratégia Saúde da Família — compostas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem —, associada à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, demonstra a capacidade do município de cadastrar a população e acompanhar de forma contínua as famílias em seu território.

Observa-se composição diversificada de profissionais, incluindo cirurgião(ã)-dentista, técnico(a) e auxiliar em saúde bucal, fisioterapeuta, psicólogo(a), nutricionista, assistente social, educador(a) físico(a) e médico(a) veterinário(a) — já detalhados no item 1.4 —, o que amplia o escopo de ações da APS e fortalece a abordagem interdisciplinar do cuidado. Essa configuração contribui para a resolutividade dos serviços, permitindo que grande parte das demandas de saúde seja atendida no próprio território, reduzindo a necessidade de encaminhamentos para níveis mais complexos da rede.

A quantidade significativa de técnicos de enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde reforça a capilaridade das ações, especialmente no que se refere às visitas domiciliares, ao acompanhamento de grupos prioritários e ao desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção em saúde — profissionais fundamentais para garantir o vínculo com a comunidade, identificar precocemente situações de risco e facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. A presença de equipes completas e o apoio de profissionais de diferentes áreas indicam cobertura potencialmente elevada da APS no município, favorecendo sua consolidação como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e como coordenadora do cuidado, articulada com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

5.2. Relatório de Ações e Serviços Desenvolvidos

A produção da Atenção Básica, consolidada por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) no ano de 2025, evidencia rede capilarizada, com forte atuação territorial, orientada pelas necessidades de saúde da população e pelos princípios da atenção integral.

Quadro – Principais indicadores de produção da Atenção Primária à Saúde, Carrasco Bonito – TO (2025)

Indicador de produção	Quantidade (2025)	Fonte
Visitas domiciliares (ACS/equipes)	37.738	Sisab
Consultas médicas e de enfermagem	6.507	Sisab
Procedimentos (curativos, PA, glicemia, vacinação etc.)	18.103	Sisab
Atendimentos odontológicos	1.915	Sisab
Exames citopatológicos (colo do útero)	75	Sisab
Mamografias de rastreamento	33	Sisab
Produção ambulatorial especializada (total)	4.501	SIA/SIH-SUS
— promoção e prevenção	2.843	SIA/SIH-SUS

Indicador de produção	Quantidade (2025)	Fonte
— órteses, próteses e materiais especiais	233	SIA/SIH-SUS
— Procedimentos diagnósticos	377	SIA/SIH-SUS
— Ações complementares	1.048	SIA/SIH-SUS
Vigilância em Saúde (total de procedimentos)	228	Sisab
— Promoção/prevenção (educativas, inspeções, controle de vetores)	132	Sisab
— Procedimentos diagnósticos (coleta de amostras, monitoramento)	96	Sisab

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (SIA/SIH-SUS), ano-base 2025.

Entre os indicadores mais expressivos, destacam-se as visitas domiciliares, que totalizaram 37.738 registros ao longo do ano, correspondendo a uma média aproximada de 11 visitas por habitante/ano. Esse volume revela a forte atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e reforça a estratégia de acompanhamento territorial, especialmente em áreas rurais e assentamentos como Cupim e São Lucas. A visita domiciliar configura-se, nesse contexto, como ferramenta essencial para o monitoramento de condições crônicas, o acompanhamento de gestantes e a realização de busca ativa para vacinação e outras ações preventivas.

Os atendimentos individuais somaram 6.507 consultas médicas e de enfermagem, indicando utilização regular das Unidades Básicas de Saúde pela população — média de 1,9 consultas por habitante/ano, em consonância com os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde. No que se refere aos procedimentos realizados, foram contabilizados 18.103 registros, incluindo curativos, aferição de pressão arterial, glicemia capilar, retirada de pontos e vacinação, evidenciando a capacidade resolutiva das unidades básicas para grande parte das demandas de baixa complexidade no próprio território, reduzindo a necessidade de deslocamentos para municípios de referência, como Araguatins e Augustinópolis.

A produção em saúde bucal também se destaca, com 1.915 atendimentos odontológicos realizados em 2025, demonstrando a integração efetiva das equipes de Saúde Bucal à Estratégia Saúde da Família, com acesso tanto a ações preventivas quanto a tratamentos curativos no próprio município.

A análise das condições de saúde acompanhadas revela perfil assistencial centrado no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e na atenção materno-infantil. As equipes da Estratégia Saúde da Família mantiveram o acompanhamento sistemático de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, com foco na prevenção de complicações cardiovasculares — achado coerente com o perfil de mortalidade e morbidade já discutido no item 3.5. Também foram realizadas ações voltadas à saúde respiratória, incluindo o manejo de pacientes com asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), além de intervenções relacionadas a vulnerabilidades sociais, como o acompanhamento de usuários em uso de álcool e tabaco e casos

de desnutrição.

No ciclo materno-infantil, destacam-se as ações de pré-natal, o acompanhamento do puerpério e a puericultura, assegurando o desenvolvimento saudável da criança e a assistência integral à mulher — em consonância com a Rede Alyne, apresentada no item 2.1. Complementarmente, o município desenvolveu ações de rastreamento oncológico, com a realização de 75 exames citopatológicos para detecção precoce do câncer do colo do útero e 33 mamografias para rastreamento do câncer de mama, demonstrando atenção aos principais agravos relacionados à saúde da mulher, alinhada às estratégias de redução da mortalidade por neoplasias.

Quanto à atenção de urgência e emergência, não houve registro de produção própria no período analisado, o que é compatível com a estrutura do município, que não dispõe de unidades hospitalares ou serviços de média complexidade: os atendimentos são regulados e encaminhados conforme pactuação da Rede de Atenção à Saúde, tendo como principal referência o Hospital Regional de Augustinópolis, assegurando a continuidade do cuidado em níveis assistenciais adequados. Do mesmo modo, não há registros específicos de produção em atenção psicossocial no Sisab para o período, ainda que o cuidado em saúde mental seja realizado de forma longitudinal pelas equipes da ESF no território; para situações que demandam atenção especializada, os usuários são encaminhados, por pactuação intermunicipal, aos CAPS de Buriti do Tocantins (CAPS I) e de Augustinópolis (CAPS AD), conforme já detalhado no item 2.2, garantindo o suporte necessário dentro da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

A produção ambulatorial especializada, registrada nos sistemas SIA/SUS e SIH/SUS, totalizou 4.501 procedimentos, dos quais 2.843 correspondem a ações de promoção e prevenção — maior parcela da produção, reafirmando o foco na Atenção Primária —, 233 a órteses, próteses e materiais especiais, 377 a procedimentos diagnósticos e 1.048 a ações complementares. No campo hospitalar, não houve registro de internações no período, reforçando a lógica de regionalização da assistência, com encaminhamento dos casos para unidades de maior porte da região, conforme pactuação estabelecida.

Quanto à assistência farmacêutica, o município mantém a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, garantindo o fornecimento de medicamentos essenciais nas Unidades Básicas de Saúde, conforme a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume). Já o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), voltado a medicamentos de alto custo e maior complexidade, é gerido pela esfera estadual, cabendo à gestão municipal atuar como facilitadora, orientando os usuários na formalização de processos para acesso aos medicamentos nas unidades de referência estadual.

Por fim, a Vigilância em Saúde registrou 228 procedimentos no período, com destaque para ações de

promoção e prevenção — atividades educativas, inspeções sanitárias e controle de vetores (132 registros) — e procedimentos diagnósticos relacionados à coleta de amostras e ao monitoramento epidemiológico (96 registros). Essas ações demonstram a integração entre vigilância e Atenção Básica, fortalecendo o monitoramento contínuo dos riscos sanitários e a prevenção de agravos no território. Em síntese, os dados de produção de 2025 evidenciam Atenção Primária estruturada, resolutiva e fortemente territorializada em Carrasco Bonito, com foco na prevenção, no cuidado contínuo e na garantia do acesso integral à saúde, em consonância com os princípios do SUS e com a organização regional da Rede de Atenção à Saúde.

5.3. Integração Multiprofissional e Políticas Intersetoriais

A organização da Atenção Primária à Saúde em Carrasco Bonito tem avançado no sentido de ampliar sua capacidade de resposta às necessidades da população, especialmente por meio da incorporação de estratégias como a e-Mult (Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária). Esse modelo, que representa a evolução das antigas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), fortalece o cuidado interdisciplinar ao atuar de forma integrada às equipes de Saúde da Família, já consolidadas no município. Considerando a realidade local — população de pequeno porte, forte vínculo territorial e significativa atuação dos Agentes Comunitários de Saúde —, a e-Mult surge como importante suporte técnico e assistencial.

Em Carrasco Bonito, a presença de profissionais como psicólogo(a), nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, educador(a) físico(a) e outros especialistas evidencia a adoção de abordagem ampliada do cuidado. Esses profissionais atuam tanto no atendimento individual quanto em ações coletivas e, principalmente, no apoio matricial às equipes de referência, permitindo a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) adequados às necessidades específicas da população, com maior resolutividade e sem romper o vínculo do usuário com sua unidade básica de saúde.

A territorialização, já consolidada no município por meio da forte atuação das equipes da ESF e do elevado número de visitas domiciliares (item 5.2), potencializa o trabalho da e-Mult: o conhecimento aprofundado do território permite identificar demandas prioritárias, como condições crônicas, vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde mental, orientando intervenções mais eficazes e contextualizadas. Dessa forma, a APS em Carrasco Bonito se fortalece como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, organizando fluxos assistenciais e evitando encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção.

No município, a condução das atividades multiprofissionais organiza-se principalmente em torno de políticas intersetoriais de âmbito federal, com destaque para o Programa Saúde na Escola (PSE), o Programa

Academia da Saúde e o financiamento federal da Atenção Primária à Saúde, todos adotados e pactuados pelas equipes de saúde de Carrasco Bonito.

Cabe registrar que, a partir de 2024, o modelo de cofinanciamento federal da APS deixou de ser o Programa Previne Brasil (instituído pela Portaria GM/MS nº 2.979/2019) e passou a seguir a nova metodologia instituída pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024 — já apresentada nos itens 2.1, 2.6 e 2.9 desta Análise Situacional —, com alterações posteriores pelas Portarias GM/MS nº 6.907/2025 e nº 7.799/2025. O novo modelo busca fortalecer o vínculo entre as equipes de Saúde da Família e a população acompanhada, valorizando o desempenho qualitativo das equipes — incluindo as equipes de Saúde Bucal e as equipes multiprofissionais (e-Mult) —, e não apenas o quantitativo de pessoas cadastradas, como ocorria no modelo anterior.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, como política pública intersetorial desenvolvida conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde realizadas no ambiente escolar e em seu território de abrangência. O decreto estabelece que o PSE busca integrar as políticas de saúde e educação, fortalecendo a articulação entre o SUS e as redes públicas de ensino, de modo a ampliar o alcance das ações de saúde, utilizando a escola como espaço estratégico para práticas educativas e de cuidado voltadas a estudantes, famílias e comunidade.

O programa foi posteriormente regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, que redefiniu diretrizes, critérios de adesão e mecanismos de financiamento, e atualizado pela Portaria GM/MS nº 1.004, de 21 de julho de 2023, que ampliou as temáticas do programa, retomando eixos como prevenção de violências e acidentes, promoção da cultura de paz e dos direitos humanos, e saúde sexual e reprodutiva. A adesão dos municípios ocorre por ciclos bienais, mediante termo de compromisso e planejamento integrado das ações; o ciclo vigente é o de 2025/2026, orientado pelo Documento Orientador do PSE — Indicadores e Padrões de Avaliação do Ciclo 2025/2026, do Ministério da Saúde.

A partir dessa estrutura normativa, o programa organiza suas atividades em ações principais desenvolvidas com os estudantes, entre as quais: combate ao mosquito da dengue; incentivo à atividade física e ao lazer; prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; promoção da cultura de paz e dos direitos humanos; prevenção de violências e acidentes; identificação de sinais de doenças; cuidados com a saúde bucal; atualização da vacinação; promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade; atenção à saúde auditiva; orientação

sobre saúde sexual e prevenção de infecções; e cuidados com a saúde ocular.

Na prática, essas ações se transformam em produtos oferecidos à comunidade escolar: encenações teatrais, palestras, rodas de conversa e campanhas de saúde ao longo do ano, além de oficinas, grupos terapêuticos e atividades coletivas organizadas por faixa etária ou condição de saúde, práticas corporais e iniciativas como a terapia comunitária. Somam-se a isso as avaliações de saúde — medição de peso e altura, testes de visão, escovação dental supervisionada e aplicação de flúor — e ações de mobilização comunitária, que incentivam a criação de redes de apoio, convivência e solidariedade no território.

No estado do Tocantins, os 139 municípios aderiram ao programa, inclusive Carrasco Bonito, o que contribui para a prevenção, o cuidado e a promoção da saúde de forma integrada, ao mesmo tempo em que aproxima as equipes de Saúde da Família da comunidade escolar e amplia o acesso da população estudantil aos serviços de saúde — reforçando, também neste campo, a integração intersetorial já discutida no item 4 desta Análise Situacional.

6. VIGILÂNCIA EM SAÚDE EPIDEMIOLÓGICA, SANITÁRIA, DO TRABALHADOR E AMBIENTAL

A Vigilância em Saúde do município de Carrasco Bonito constitui eixo estratégico fundamental do Plano Municipal de Saúde 2026-2029, orientando-se pela diretriz municipal de reduzir e prevenir riscos relacionados à saúde da população, por meio de ações integradas de vigilância, promoção e prevenção, em consonância com as diretrizes nacionais da Política Nacional de Vigilância em Saúde e com a diretriz estadual de fortalecimento da vigilância em saúde no estado do Tocantins.

No plano normativo, a Vigilância em Saúde é definida pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017 (que incorporou a antiga Portaria GM/MS nº 1.378/2013), em seu art. 2º, como “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”. A mesma norma reconhece a integração entre vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e vigilância em saúde do trabalhador como frentes complementares de um mesmo processo de trabalho.

Em Carrasco Bonito, as ações de Vigilância em Saúde abrangem de forma articulada esses quatro eixos — vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância ambiental —, organizados em torno de uma coordenação única de Vigilância em Saúde, conforme já apresentado no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (item 1.1). O planejamento considera os determinantes sociais do processo saúde-doença, já discutidos no item 4, e o perfil epidemiológico local, apresentado no item 3, buscando consolidar a capacidade do município de identificar, monitorar, investigar e intervir oportunamente sobre riscos, agravos e eventos de interesse para a saúde pública.

6.1. Vigilância Epidemiológica: Endemias, Imunização e Doenças Transmissíveis

No campo da vigilância epidemiológica, o município estabelece metas voltadas à manutenção de indicadores sensíveis, com destaque para:

- eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública, retomando o alerta já apresentado no item 3.5.3 quanto à ocorrência de casos no período 2021-2023;
- ausência de casos autóctones de malária;
- não ocorrência de casos novos de aids em menores de cinco anos;

- redução dos óbitos prematuros por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em consonância com o perfil de mortalidade apresentado no item 3.5.1.

Destacam-se ainda as ações de controle e acompanhamento da hanseníase e da tuberculose — doenças de notificação compulsória já identificadas no município, conforme o item 3.5.3 —, assegurando altas proporções de cura, avaliação de contatos e encerramento oportuno dos casos, em consonância com as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública (Anexo VI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017) e com a Estratégia pelo Fim da Tuberculose, da Organização Mundial da Saúde.

A imunização permanece prioridade estratégica, com a manutenção das coberturas vacinais preconizadas para crianças menores de dois anos, o fortalecimento do funcionamento das salas de vacina e a alimentação regular do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), garantindo a qualidade e a oportunidade dos dados — ação que dialoga diretamente com o esquema vacinal já detalhado nas boas práticas da Rede Alyne (item 2.1).

As ações de controle vetorial, especialmente para dengue e outras arboviroses — já apontadas em ascensão no item 3.5.3 —, incluem a manutenção de ciclos com cobertura mínima de 80% dos imóveis, a realização sistemática de levantamentos entomológicos (LIRAA/LIA ou armadilhas) e a elaboração anual do Plano Municipal de Contingência para Arboviroses, em articulação com a Coordenação da Atenção Básica e Vigilância em Saúde (item 1.1).

Além das arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* (dengue, zika e Chikungunya, já identificadas no município conforme o item 3.5.3), a vigilância epidemiológica do município monitora outras doenças transmitidas por vetores, com risco potencial associado às características territoriais de Carrasco Bonito — município inserido no bioma Amazônia, com área de reserva extrativista e proximidade de mata e de corpos d'água (itens 3 e 4):

- Leishmaniose (visceral e tegumentar): já houve registro de caso de leishmaniose tegumentar americana no município (item 3.5.3); a doença está associada a áreas de vegetação nativa e à presença do inseto vetor (flebotomíneo), exigindo vigilância entomológica, controle do reservatório canino e diagnóstico precoce dos casos humanos;

- Doença de Chagas: doença transmitida pelo triatomíneo (“barbeiro”), associada a habitações de construção rústica e à presença de matas próximas às residências, comuns em áreas rurais do município, exigindo ações de vigilância entomológica e melhoria habitacional;

- **Malária:** embora o município tenha como meta a manutenção da ausência de casos autóctones (item 6.1), a proximidade com áreas de mata e a intensa mobilidade rural-urbana exigem vigilância contínua, sobretudo pela possibilidade de casos importados de regiões endêmicas da Amazônia Legal.

Para cada um desses agravos, constarão em anexo a este Plano Municipal de Saúde os respectivos instrumentos de planejamento: o Plano de Ação e Controle da Leishmaniose, o Plano de Controle da Doença de Chagas e o Plano Municipal de Contingência para Arboviroses (que contempla dengue, zika e chikungunya), além dos planos específicos de controle da malária, quando aplicável, detalhando metas, indicadores e cronograma de execução para o quadriênio 2026-2029.

Nesse contexto, os Agentes de Combate às Endemias (ACE) desempenham papel central na vigilância epidemiológica e ambiental do município. Regidos pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 — com as alterações promovidas pelas Leis nº 13.595/2018 e nº 13.708/2018, que tornaram obrigatória a presença do ACE na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental —, os ACE são responsáveis pela vistoria de imóveis, pela identificação de criadouros de vetores, pela orientação da população quanto a medidas de prevenção, pela aplicação de larvicidas e pelo encaminhamento de casos suspeitos às unidades de saúde. Diferentemente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vinculados à Estratégia Saúde da Família, os ACE integram especificamente a Coordenação de Vigilância em Saúde do município (item 1.1), atuando de forma territorializada no controle de dengue, dos demais arbovírus, das leishmanioses, da doença de Chagas e da malária. Sua atuação cotidiana, casa a casa, é determinante para a detecção precoce de focos de transmissão e para a efetividade das metas de eliminação e controle estabelecidas neste item, constituindo elo indispensável entre a vigilância e a comunidade.

6.2. Vigilância Sanitária (Visa)

A vigilância sanitária, definida pela Lei nº 8.080/1990 (art. 6º, § 1º) como o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, é fortalecida em Carrasco Bonito por meio da elaboração e execução da Programação Anual de Vigilância Sanitária, com foco na proteção da saúde da população e no desenvolvimento sustentável das atividades econômicas locais, articulando ações educativas, fiscalizatórias e regulatórias.

A programação anual está diretamente vinculada à programação estadual de vigilância sanitária e é aprovada na instância estadual pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), assegurando a integração das ações municipais ao planejamento regional do Tocantins. A Programação Anual de Vigilância Sanitária de Carrasco

Bonito constará em anexo a este Plano Municipal de Saúde.

6.3. Vigilância em Saúde do Trabalhador (ST) e Vigilância de Violências

No que se refere à vigilância em saúde do trabalhador — cuja rede de atenção já foi apresentada no item 2.5 (RENAST/CEREST) — e à vigilância de violências, o município busca qualificar a informação em saúde, assegurando o preenchimento adequado dos campos de ocupação, atividade econômica (CNAE) e raça/cor nas notificações, de modo a ampliar a capacidade de análise e intervenção sobre acidentes de trabalho, intoxicações exógenas e violências interpessoais e autoprovocadas — agravos que, conforme apresentado no item 3.5.3, figuram entre os mais notificados no Sinan do município. Essa qualificação da informação está alinhada à Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Anexo VII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017).

6.4. Vigilância Ambiental em Saúde (VA)

No âmbito da vigilância ambiental, o município reafirma o compromisso com a qualidade da água para consumo humano, mantendo 100% das análises dos parâmetros básicos (coliformes totais, cloro residual livre e turbidez) e ampliando o percentual de amostras analisadas quanto ao residual de agente desinfetante, em conformidade com o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua), disciplinado pela Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021 (que alterou o Anexo XX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017) — diretriz diretamente relacionada aos indicadores de abastecimento de água já apresentados no item 3.3.

A vigilância ambiental é fundamental para Carrasco Bonito, especialmente considerando sua localização às margens do rio Tocantins (item 3, introdução) e a necessidade de prevenir doenças relacionadas a fatores ambientais, como a qualidade da água e o manejo de resíduos. A Secretaria de Saúde contribui ativamente por meio do monitoramento, da prevenção de riscos e da educação em saúde para proteger a população. A gestão de riscos relacionados ao rio Tocantins é de grande relevância, pois monitora os impactos de enchentes, assoreamento e desequilíbrios ambientais que afetam a qualidade de vida e a saúde dos moradores do município.

Também integra a vigilância ambiental o controle do uso de agrotóxicos nas lavouras do município, considerando o perfil agrícola de Carrasco Bonito já apresentado no item 3.2 — com destaque para o cultivo de lavouras temporárias e para a pecuária. A Vigilância em Saúde acompanha os riscos à saúde humana decorrentes da exposição a agrotóxicos, tanto ocupacional quanto ambiental, por meio de ações de educação em saúde voltadas aos produtores rurais, orientação sobre uso de equipamentos de proteção individual (EPI) e articulação com a vigilância em saúde do trabalhador (item 6.3), de modo a prevenir intoxicações exógenas e a contaminação

de mananciais utilizados para consumo humano.

Relacionam-se ainda à vigilância ambiental a avaliação dos efeitos da poluição atmosférica decorrente de queimadas e do manejo de substâncias perigosas sobre a saúde dos cidadãos. As queimadas em Carrasco Bonito, como em toda a região Norte, constituem tema complexo que envolve práticas agrícolas tradicionais, economia local e sérios riscos ambientais e de saúde: a fumaça, a baixa umidade e as altas temperaturas do período de estiagem afetam diretamente a população, sobretudo grupos vulneráveis, como crianças e idosos. A Secretaria de Saúde pode atuar de forma preventiva e curativa para reduzir os impactos da poluição atmosférica das queimadas, apoiando ações como o projeto da Defesa Civil que mobiliza equipes para combater queimadas ilegais e orientar a população.

6.5. Educação em Saúde e Fortalecimento dos Sistemas de Informação

O plano prioriza o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde, garantindo a alimentação regular e oportuna do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), com melhoria progressiva dos registros de nascidos vivos — já apresentados no item 3.1 (Tabela 4-A) —, e mantendo o envio adequado de dados aos sistemas federais. Essas ações asseguram maior confiabilidade das informações, subsidiando a tomada de decisão, o planejamento das políticas públicas e o monitoramento contínuo das metas estabelecidas para o período de 2026 a 2029.

A educação em saúde é pilar fundamental da Vigilância em Saúde no âmbito municipal, atuando não apenas como transmissora de informações, mas como ferramenta de empoderamento comunitário e prevenção de doenças. Ela entrelaça as ações técnicas de vigilância — epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador — com a realidade socio sanitária do território, já discutida nos itens 3 e 4, promovendo melhor qualidade de vida e responsabilização coletiva pela saúde. Este Plano prevê metas voltadas a:

- educar a população para a adoção de práticas saudáveis, o reconhecimento de fatores de risco e a atuação proativa no autocuidado, reduzindo doenças crônicas e infecciosas;
- unir os serviços de Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, facilitando o mapeamento de riscos e a resposta rápida a eventos sanitários;
- sensibilizar e transformar a comunidade em aliada na identificação de riscos ambientais e sanitários, gerando dados mais fidedignos para a tomada de decisão municipal;
- fomentar o senso de responsabilidade individual e coletiva pela saúde da comunidade;
- capacitar multiplicadores — agentes comunitários de saúde, professores — para a continuidade e a disseminação das boas práticas em vigilância;

- firmar parceria com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Turismo para implementar programa de coleta seletiva e aprimorar a gestão dos resíduos sólidos, retomando a fragilidade já identificada no item 3.3 quanto ao lixão a céu aberto do município.

Dessa forma, a Vigilância em Saúde em Carrasco Bonito se consolida como instrumento essencial para a proteção da saúde da população, a redução de riscos e agravos e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal — integrando-se, nas próximas etapas deste Plano, à priorização de problemas e à definição das diretrizes, dos objetivos, das metas e dos indicadores (DOMI) para o quadriênio 2026-2029.

7. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica no município de Carrasco Bonito integra as ações estratégicas do Plano Municipal de Saúde 2026-2029, estando alinhada à diretriz municipal de garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS e às diretrizes estaduais de fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica no Tocantins.

O município reconhece a Assistência Farmacêutica como componente essencial da atenção à saúde, voltado à promoção do uso racional de medicamentos, à ampliação do acesso equitativo aos medicamentos essenciais e ao fortalecimento da gestão do cuidado. Nesse sentido, as ações planejadas buscam qualificar os serviços farmacêuticos, garantindo a disponibilidade, a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos ofertados à população usuária do SUS.

7.1. Sistemas de Informação: Transição do Hórus para o e-SUS Assistência Farmacêutica

Como estratégia central de gestão, o município mantém a alimentação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) em 100% dos estabelecimentos farmacêuticos da Atenção Básica, incluindo farmácias e centrais de abastecimento farmacêutico, fortalecendo a transparência, o controle, o monitoramento do estoque, a rastreabilidade dos medicamentos e o planejamento das aquisições.

Esse cenário, no entanto, está em transição: em abril de 2026, o Ministério da Saúde apresenta oficialmente o novo sistema e-SUS Assistência Farmacêutica (e-SUS AF), que substituirá gradualmente o Hórus, marcando o início da adesão dos municípios à nova plataforma. Desenvolvido em parceria com o Instituto Federal da Paraíba (IFPB), em infraestrutura de software livre e código aberto disponibilizado por meio do Hub InovaAF, o e-SUS AF tem por objetivo qualificar os processos de dispensação e fornecimento de medicamentos, o controle de estoques e o cuidado com os pacientes, integrando os dados de forma automática à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR) e à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

A adoção do e-SUS AF ainda não é obrigatória — os municípios que permanecerem no Hórus poderão continuar realizando consultas ao sistema por até cinco anos após a implantação integral do novo sistema, sem migração automática dos dados históricos. É obrigatório, contudo, independentemente do sistema utilizado, o envio diário de informações sobre estoques, distribuição, dispensação e judicialização de medicamentos à BNAFAR, nos termos da Lei nº 14.654, de 2023, e da Portaria GM/MS nº 5.713, de 9 de dezembro de 2024, com a pactuação da homologação das versões nacionais do e-SUS AF na Comissão Intergestores Tripartite conforme a Portaria GM/MS nº 7.947, de 2025.

Diante desse cenário, Carrasco Bonito acompanhará o processo de adesão ao e-SUS AF ao longo do quadriênio 2026-2029, avaliando o momento mais adequado para a migração, sem prejuízo da manutenção da alimentação regular do Hórus e do cumprimento das obrigações de envio de dados à BNAFAR enquanto a transição não se completa. Essa modernização integra o farmacêutico às equipes da Atenção Básica e busca assegurar que o medicamento não seja apenas entregue, mas efetivamente utilizado de forma racional e segura pela população, em consonância com as diretrizes do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Qualifar-SUS) e com a ampliação do acesso por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil.

7.2. Estruturação da Farmácia da Atenção Básica

A estruturação da Farmácia da Atenção Básica será mantida como prioridade, assegurando condições físicas adequadas, organização dos processos de trabalho, armazenamento correto dos medicamentos e atendimento humanizado aos usuários. Essa medida visa garantir maior resolutividade da Atenção Primária à Saúde e melhor integração das ações farmacêuticas às demais práticas assistenciais, em articulação com a Coordenação da Atenção Básica e Vigilância em Saúde (item 1.1).

O plano também reafirma o compromisso de atender de forma contínua os usuários do SUS com os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, disciplinado pela Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), mantendo elevados percentuais de cobertura e acesso. A Rename vigente — Rename 2024, instituída pela Portaria GM/MS nº 6.324, de 26 de dezembro de 2024, em substituição à Rename 2022 — passou a ser atualizada em tempo real por meio de painel eletrônico dinâmico, reunindo cerca de mil medicamentos e insumos essenciais e adotando a classificação “AWaRe” da Organização Mundial da Saúde para antimicrobianos, com vistas à redução da resistência bacteriana. Essa ação contribui diretamente para a adesão aos tratamentos, o controle de agravos e a melhoria dos desfechos em saúde da população de Carrasco Bonito.

7.3. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)

Outro avanço previsto para o quadriênio é a elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), instrumento que adequa a oferta de medicamentos às necessidades epidemiológicas e assistenciais do município, respeitando as diretrizes nacionais e estaduais. A REMUME permitirá maior racionalidade na seleção, na aquisição e na dispensação de medicamentos, fortalecendo o cuidado integral e o uso racional.

A elaboração da REMUME não é uma opção discricionária do gestor municipal, mas exigência decorrente

da Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que estabelece a RENAME como base obrigatória para a organização das relações estaduais e municipais de medicamentos, e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com a redação dada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no SUS. Trata-se, portanto, de instrumento estratégico e obrigatório da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Primária à Saúde, que orienta as prescrições realizadas na rede municipal e confere maior segurança jurídica e sanitária tanto aos profissionais quanto aos usuários do SUS.

Recomenda-se que a elaboração da REMUME de Carrasco Bonito seja conduzida por Comissão de Farmácia e Terapêutica municipal, formalmente instituída por portaria da Secretaria Municipal de Saúde, com participação de profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos, tomando como referência a RENAME 2024 vigente, o perfil epidemiológico do município já apresentado no item 3.4 e os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde. Uma vez publicada, a REMUME deverá ser periodicamente revisada e passará a constar em anexo a este Plano Municipal de Saúde.

Dessa forma, a Assistência Farmacêutica em Carrasco Bonito consolida-se como eixo estruturante do SUS municipal, contribuindo para a melhoria do acesso aos medicamentos essenciais, o fortalecimento da gestão, a qualificação da Atenção Básica e a promoção do cuidado integral à saúde da população no período de 2026 a 2029.

8. RECURSOS FINANCEIROS

Por financiamento em saúde compreende-se o aporte de recursos financeiros para viabilizar as ações e os serviços públicos de saúde, implementados pelos Estados, pelos Municípios e pelo Distrito Federal com recursos próprios da União, dos Estados e dos 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 — têm a obrigação de assegurar o montante de recursos necessários ao Fundo de Saúde, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, e com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que a regulamenta. A LC nº 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por essas três esferas e estabelece os critérios de rateio dos recursos das transferências, bem como as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde.

As transferências — regulares ou eventuais — da União para Estados, Municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida desses entes, em conformidade com as normas legais vigentes, entre elas a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos Municípios, de forma regular e automática — o que permite que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no tempo devido, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

8.1. Percentuais Mínimos de Aplicação e Condicionantes para o Recebimento de Recursos

Nos termos da LC nº 141/2012, compete aos Estados aplicar, anualmente, no mínimo 12% da arrecadação de impostos e das transferências constitucionais e legais, e aos Municípios e ao Distrito Federal, no mínimo 15% da arrecadação líquida de impostos e das transferências constitucionais e legais, em ações e serviços públicos de saúde (Asps). Já a União tem seu piso constitucional calculado com base na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), sistemática restabelecida pela Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023 — o novo arcabouço fiscal, que revogou os arts. 110 e 111 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e voltou a vincular o piso federal de saúde e educação à receita corrente líquida, nos moldes da regra vigente antes do teto de gastos instituído pela Emenda Constitucional nº 95/2016.

O Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências constitucionais, bem como de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos

previstos na LC nº 141/2012. Essa norma reforça a obrigatoriedade da atualização permanente dos dados financeiros no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), cujas diretrizes de funcionamento e prazos de registro e homologação são fixados pela Portaria GM/MS nº 53, de 16 de janeiro de 2013, em que é feita a declaração da receita recebida e dos gastos realizados pelo ente federado, bem como da aplicação do percentual mínimo de recursos em ações e serviços de saúde — sob pena de condicionamento das transferências constitucionais e de suspensão das transferências voluntárias em caso de descumprimento ou de não homologação das informações no prazo regulamentar.

Para o bom funcionamento desse conjunto de repasses, fazem-se necessárias algumas condicionantes, já atendidas pela gestão municipal de Carrasco Bonito e mantidas como compromisso permanente para o quadriênio 2026-2029:

- Instituição e funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, gerido pelo Secretário Municipal de Saúde (item 1.1);
- Instituição e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, com composição paritária (item 1.1);
- Elaboração dos instrumentos de gestão do SUS — o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e os Relatórios Quadrimestrais e o Relatório Anual de Gestão (item 1.1);
- Aplicação do percentual mínimo de recursos próprios no exercício anterior, devidamente declarada e homologada no SIOPS.

8.2. Articulação entre os Instrumentos de Planejamento e Orçamento

As regras de financiamento das três esferas de gestão têm como contexto maior a LC nº 141/2012, que regulamenta a EC nº 29/2000. Nesse sentido, União, Estados e Municípios devem adequar seus sistemas de financiamento para garantir a articulação entre o Plano Plurianual (PPA) e o Plano Municipal de Saúde (PMS) e, por conseguinte, viabilizar o alinhamento entre a Lei Orçamentária Anual (LOA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Programação Anual de Saúde (PAS). Em Carrasco Bonito, essa articulação já vem sendo construída por meio de fórum próprio, reunindo as áreas de planejamento, orçamento e saúde do município para alinhar os instrumentos de gestão ao ciclo orçamentário municipal.

Na elaboração desses instrumentos, o início do processo orçamentário pressupõe a definição de programas e ações estratégicas voltados à solução dos problemas identificados a partir dos diagnósticos realizados — como o apresentado nos itens 1 a 6 desta Análise Situacional. Cada programa constitui uma das formas de expressão da política de saúde, cujo objetivo é produzir mudança na situação atual, contendo objetivos,

metas, indicadores quantificados que permitam acompanhar, controlar e avaliar sua execução — elementos que serão detalhados na etapa de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) deste Plano.

Definidas as prioridades nesses instrumentos de planejamento, são identificados os recursos necessários para viabilizá-las e suas respectivas fontes de financiamento — de origem municipal, estadual ou federal —, sempre com vistas ao cumprimento do disposto na LC nº 141/2012, cuja síntese orçamentária da Secretaria e do Fundo Municipal de Saúde de Carrasco Bonito para 2026 já foi apresentada na Programação Orçamentária constante deste Plano.

8.3. Desafios do Financiamento para o Quadriênio 2026-2029

Os desafios do financiamento do SUS municipal para o quadriênio 2026-2029 envolvem o alcance de maior eficácia na aplicação dos recursos disponíveis, com estratégias voltadas a:

- Disseminar o conhecimento sobre o financiamento do SUS tanto internamente, junto à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), quanto para os setores externos da gestão municipal;
- Qualificar o Conselho Municipal de Saúde e sua relação com o planejamento das ações em saúde, fortalecendo o controle social sobre a execução orçamentária e financeira (item 1.1);
- Manter a regularidade e a qualidade da alimentação do SIOPS, evitando o condicionamento ou a suspensão de transferências por descumprimento formal;
- Consolidar a articulação entre o PPA, a LDO, a LOA e os instrumentos de planejamento em saúde (PMS e PAS), de modo a assegurar previsibilidade orçamentária para a execução das metas estabelecidas neste Plano.

O enfrentamento desses desafios é condição essencial para que os recursos financeiros disponíveis — próprios, estaduais e federais — se traduzam efetivamente em melhoria do acesso e da qualidade das ações e dos serviços de saúde ofertados à população de Carrasco Bonito ao longo do quadriênio 2026-2029.

9. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

9.1. Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde é a estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, disciplinada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, e atualizada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, hoje consolidada no Anexo XL da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, e fortalecida pelo Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (Pró-EPS-SUS), instituído pela Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017.

A PNEPS promove processos formativos estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, cujo objetivo é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a gestão setorial e o controle social em saúde.

Na proposta da Educação Permanente, a capacitação das equipes, os conteúdos das ações formativas e as tecnologias e metodologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no cotidiano do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção recebida. É a partir dessa problematização do processo e da qualidade do trabalho em cada serviço de saúde que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos, métodos e tecnologias estabelecidos.

A Educação Permanente baseia-se na aprendizagem significativa, ou seja, ocorre no cotidiano das pessoas e das organizações, quando o conhecimento novo é construído a partir do diálogo com aquilo que já se sabia antes. Nesse sentido, as demandas por capacitação não se definem apenas a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem apenas das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, a partir dos problemas de organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade.

Transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas: são questões técnico-políticas que implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde. A condução regional da Educação Permanente se dá por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR), apoiadas pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) e pelas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES/TO). As CIRs assumem a condução regional da política de Educação Permanente, operando como instância deliberativa responsável pela elaboração dos Planos de Ação Regionais ou municipais, bem como pela pactuação e definição de projetos a serem implementados no campo da formação e da qualificação da força de trabalho para

a saúde. Nesse contexto, os Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEP), apoiados pelas ETSUS, constroem as propostas formativas voltadas aos municípios.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), no que tange à sua responsabilidade enquanto espaço de formação para o SUS, implantou o NEP municipal (item 1.1, integrado à estrutura de Vigilância em Saúde do organograma da Secretaria), que busca fortalecer os processos educacionais e promover a qualificação contínua dos profissionais de saúde por meio da integração entre o ensino e o cotidiano do serviço. O NEP atua como dispositivo de gestão estratégica para transformar as práticas de trabalho e melhorar a qualidade da assistência prestada à população de Carrasco Bonito.

9.2. Humanização

Por humanização compreende-se a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão e a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde — usuários, trabalhadores e gestores —, com o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão e de atenção, prevendo o aumento do grau de corresponsabilização na produção de saúde e de sujeitos. Esse conceito fundamenta a Política Nacional de Humanização (PNH), o HumanizaSUS, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003 e referenciada como princípio transversal do SUS pelo art. 7º, inciso XVI, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estando presente, de forma transversal, nas Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017.

Algumas ações têm sido realizadas pelas equipes de saúde do município nesse sentido, tais como: estímulo e apoio à participação em eventos de humanização; estímulo à cogestão, por meio de espaços de troca, com identificação e qualificação das reuniões de equipe e dos Conselhos Locais de Saúde; qualificação do trabalho e do trabalhador, mediante a valorização de ações ampliadas envolvendo as equipes de saúde e espaços de análise reflexiva do trabalho em equipe; espaços de Educação Permanente em Saúde sobre humanização; e articulação e apoio a setores da Semus, no intuito de fortalecer a transversalidade e a qualificação do trabalho, integrando ações de grupos.

Para a gestão estratégica da humanização da saúde em Carrasco Bonito, destaca-se a necessidade de qualificar as ações já mapeadas nos relatórios de gestão, de monitorar as ações de humanização também na gestão centralizada, e de ampliar e qualificar o acolhimento em todas as portas de entrada das Unidades Básicas de Saúde. Em 2017, teve início o processo de implantação do acolhimento, quando as equipes receberam capacitação; o processo vem sendo reforçado anualmente, embora a rotatividade de profissionais dificulte sua

consolidação.

Apesar dos avanços no campo da saúde, ainda convive-se com problemas de diversas ordens, como a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho, que obstruem as relações entre os diferentes profissionais de saúde e entre estes e os usuários, prejudicam o trabalho em equipe e revelam despreparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes no cotidiano das práticas de atenção em saúde. A implantação plena da PNH na Secretaria Municipal de Saúde, com a formalização de seus dispositivos de gestão — como o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) —, permanece como meta prioritária para o quadriênio 2026-2029.

O Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades de Saúde, um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização, pode ser caracterizado como um movimento de reorganização do processo de trabalho que visa garantir atendimento de qualidade ao usuário, com melhoria no acesso e maior resolutividade dos problemas, considerando a Atenção Básica como principal porta de entrada das pessoas na rede de serviços de saúde — uma porta sempre aberta para todas as situações e queixas.

Nesse cenário, o vínculo entre usuários e equipes consolida-se, no momento atual da Atenção Primária à Saúde, como um dos pilares de qualidade da atenção, impulsionado pelo fortalecimento da classificação de risco e do acolhimento humanizado. Esse conjunto de estratégias não busca apenas agilidade, mas a corresponsabilização e a construção de confiança entre usuários e equipes, alinhando-se aos princípios da PNH. O fortalecimento desse vínculo depende, sobretudo, de dois fatores: o registro consistente das ações realizadas na Atenção Primária — essencial para o sucesso de programas sociais e para a adesão aos tratamentos — e o equilíbrio entre a demanda espontânea e o acompanhamento programado, garantindo acesso de qualidade a toda a população adscrita.

Complementarmente, o acolhimento é entendido para além da recepção física: como escuta ativa e contínua, capaz de criar um espaço de confiança e empatia essencial à construção do vínculo entre profissional e usuário. Já a classificação de risco constitui ferramenta técnica de inclusão e organização — realizada por enfermeiros qualificados —, não voltada a reencaminhar pacientes, mas a garantir que o atendimento ocorra de acordo com a necessidade e o potencial de gravidade de cada caso, permitindo que a equipe da Atenção Primária (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo) otimize fluxos e responda com maior agilidade às demandas de saúde mental e a outras necessidades complexas identificadas no território.

10. CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO

A integração de ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para fortalecer o Sistema Único de Saúde, melhorando o acesso, a resolutividade e a qualidade do atendimento.

No campo da ciência e da produção de conhecimento, a pesquisa aplicada à APS permite compreender o contexto local, facilitando diagnósticos rápidos e tratamentos mais eficazes, além de gerar evidências para políticas públicas mais assertivas e para o enfrentamento de problemas reais da população, como o combate às doenças crônicas e infecciosas já discutidas nos itens 3.5 e 6.1. No campo da tecnologia digital e assistencial, ferramentas como o prontuário eletrônico, a telemedicina e o monitoramento remoto conectam pacientes e profissionais, facilitando o acompanhamento longitudinal, o compartilhamento seguro de informações e o aumento da eficiência das equipes.

Já no campo da inovação em gestão, inovar na APS não significa apenas adotar novos equipamentos, mas também implementar tecnologias leves — organização do trabalho, escuta qualificada — e qualificar a gestão de dados. Inovações desse tipo otimizam recursos, reduzem filas, organizam a regulação de pacientes e melhoram a eficiência das equipes de Saúde da Família. Essa combinação resulta em maior equidade e sustentabilidade dos modelos de cuidado, transformando a APS em um pilar de inteligência em saúde, capaz de prevenir agravos antes que se tornem urgências hospitalares, com ganhos de eficiência, atendimento mais personalizado e melhores resultados clínicos.

Em Carrasco Bonito, a APS integra ciência, tecnologia e inovação com foco na melhoria do acesso, na qualificação da gestão e no monitoramento de indicadores. O município utiliza ferramentas digitais para a gestão de equipes, o acompanhamento de metas pactuadas e o monitoramento diário da saúde populacional, alinhando-se a estratégias estaduais de fortalecimento da APS, tais como: a capacitação da equipe de finanças e gestão sobre os novos modelos de financiamento da APS — já apresentados nos itens 2.1, 2.6, 2.9 e 5.3 — e sobre a utilização de sistemas de informação para eficiência operacional; a participação no projeto de valorização e inovação na gestão do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Tocantins (Cosems-TO); o uso de ferramentas digitais e sistemas de monitoramento para o alcance das metas de saúde, incluindo a informatização das unidades para suporte às equipes de Saúde da Família (eSF) e às equipes multiprofissionais (e-Mult, item 1.4); o monitoramento e o apoio ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, com avaliação da estrutura física e da alocação de profissionais, garantindo o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde; e a integração com as diretrizes do Cosems-TO para o fortalecimento regional, com foco em oficinas de financiamento e na educação permanente dos

profissionais (item 9.1).

O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, permanece como importante estratégia de provimento emergencial de profissionais médicos para a APS em municípios com dificuldade de fixação, tendo sido fortalecido pela Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023 — que instituiu a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde e criou a Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS) — e por atualizações mais recentes, como a Lei nº 15.233, de 2025.

Os sistemas de informatização hoje contam com a estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que alimentam o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, subsidiando toda a Atenção Básica e fortalecendo o planejamento, a organização do processo de trabalho, as avaliações e o monitoramento — sistema vinculado ao Cartão Nacional de Saúde e ao CPF de cada cidadão.

10.1. Planejamento e Gestão Estratégica na Saúde Municipal

O processo de planejamento no âmbito do SUS configura-se como responsabilidade dos entes públicos, desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, conferindo direcionalidade à gestão pública da saúde — nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que estabelece o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), já apresentado na Apresentação deste Plano. Pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território, as necessidades de saúde da população, a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados, e a conformação das redes de atenção à saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade do SUS e impactando as condições de saúde da população.

O planejamento e a gestão estratégica na saúde municipal constituem processo ascendente, contínuo e obrigatório, guiado pelo Plano Municipal de Saúde, elaborado a cada quatro anos. Envolve conhecer a realidade local, definir metas orçamentárias e integrar ações com a rede regional, tendo como ferramentas essenciais as orientações ministeriais, a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), com ênfase na participação popular, na equidade e na qualificação do atendimento — conforme já detalhado no item 8.2 deste Plano.

O planejamento no SUS é uma função gestora que, além de requisito legal, constitui um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS, expressando as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território e à integração da

organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico, expresso em instrumentos e ferramentas desenvolvidos em processos de trabalho, conforme orienta o Manual de Planejamento no SUS (Ministério da Saúde, 2016), que segue como principal referência metodológica do PlanejaSUS.

O planejamento está organizado no município, com a informatização dos sistemas de gestão e o apoio de técnico capacitado, além de assessoria à gestão, no intuito de atender aos instrumentos de gestão de forma organizada e participativa. Ainda são grandes os desafios a enfrentar rumo à plena institucionalização do planejamento em todos os setores da SEMUS. Deve-se manter a mobilização em um processo sustentado de participação de todos os segmentos, considerando, entre outros aspectos, a renovação periódica de gestores e profissionais de saúde. Na linha da qualificação de profissionais em planejamento, é importante implementar a Educação Permanente de forma abrangente e sistemática, em consonância com o item 9.1 deste Plano.

10.2. Participação e Controle Social

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, previstos na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e disciplinados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 453, de 10 de maio de 2012, que estabelece as diretrizes para a instituição, a reformulação, a reestruturação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, e pela Resolução CNS nº 454, de 14 de junho de 2012, que trata das condições estruturais necessárias a seu pleno funcionamento. Cumprem a função de representação da sociedade no controle da política pública de saúde, constituindo instância deliberativa no âmbito do planejamento em saúde e desempenhando papel estratégico no controle e na fiscalização da gestão e da prestação das ações e dos serviços de saúde. Nesse sentido, devem ter assegurada estrutura e capacidade operacional adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

Quanto à estrutura de apoio técnico-administrativo para as instâncias de controle social, o município conta com Conselho Municipal de Saúde (CMS) participativo e estruturado, com representatividade paritária, nos termos do item 1.1 desta Análise Situacional, organizado de acordo com regimento interno elaborado em conformidade com a legislação que o rege. As reuniões ocorrem mensalmente de forma ordinária, além de reuniões extraordinárias quando necessário, e o Conselho dispõe de recursos materiais e de secretaria executiva.

A realidade dos CMS ainda é marcada por dualidade entre sua importância constitucional, como pilar da democracia participativa, e os desafios estruturais que limitam sua eficácia prática. Embora essenciais para a fiscalização e a transparência, muitos conselhos enfrentam fragilidades políticas e técnicas: a ausência de capacitação e de educação permanente junto aos conselheiros de saúde é fator crítico que fragiliza o controle social e a gestão participativa no SUS, dificultando o entendimento sobre temas técnicos, legislação,

planejamento e financiamento da saúde, e podendo resultar em conselhos pouco resolutivos ou subordinados ao poder executivo — desafio que este Plano busca enfrentar por meio da qualificação do CMS já mencionada no item 8.3.

O município ainda não conta com ouvidoria municipal própria, sendo esse acesso viabilizado, no momento, por meio da ouvidoria estadual ou da Promotoria de Justiça. A Ouvidoria da SEMUS constitui, nos termos da Ouvidoria-Geral do SUS (OuvSUS, criada em 2003 e hoje integrada à Diretoria de Integridade do MS) e da Lei Federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017 — regulamentada pelo Decreto nº 9.492, de 5 de setembro de 2018 —, o canal de comunicação por meio do qual os usuários dos serviços públicos de saúde buscam informações, esclarecem dúvidas e encaminham reclamações, solicitações e sugestões para a melhoria do atendimento. A aproximação com a população é um dos principais objetivos da atual gestão, estando a implantação da ouvidoria municipal prevista na programação anual de fortalecimento dessa ação para o quadriênio 2026-2029.

A busca pelos serviços públicos do SUS constitui não apenas uma necessidade, mas também um direito do cidadão. No município, a gestão pública é constantemente desafiada, uma vez que as demandas são crescentes e, ao mesmo tempo, complexas. Pensar em acolhimento é pensar também em garantir o acesso de maneira qualificada e humanizada — em consonância com a PNH já apresentada no item 9.2 —, que vá ao encontro de respostas desejáveis e satisfatórias ao usuário do SUS municipal, ocorrendo em tempo oportuno.

11. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI) – 2026/2029

A Análise de Situação de Saúde (Asis), apresentada nos itens 1 a 10 deste Plano, subsidia diretamente a construção das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI): as necessidades de saúde da população identificadas ao longo da Asis — estrutura do sistema de saúde, redes de atenção, condições socio sanitárias, determinantes e condicionantes em saúde, acesso a ações e serviços, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, recursos financeiros, gestão do trabalho e educação em saúde, e ciência, tecnologia e inovação — são retomadas nesta etapa para orientar a definição das diretrizes, dos objetivos, das metas e dos indicadores que buscarão enfrentar os principais problemas de saúde identificados no município. A elaboração do DOMI constitui conteúdo obrigatório do Plano Municipal de Saúde, nos termos do Título IV, Capítulo I, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, e das orientações do Guia 7 – Elaboração de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) para o Plano Municipal de Saúde, do Ministério da Saúde (2025).

11.1. Referencial Conceitual

O referencial teórico adotado pelo Ministério da Saúde considera que os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados na Asis. As diretrizes, por sua vez, são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas, expressas de forma objetiva — sob a forma de um enunciado síntese —, e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde.

As metas são expressões quantitativas de um objetivo: concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam o quê, para quem e quando, precisando ter fórmula de cálculo do indicador definida e fonte de informação identificada. Cada diretriz pode apresentar um ou mais objetivos; cada objetivo pode apresentar um ou mais indicadores; e, para cada indicador, há apenas uma meta — e vice-versa. As metas podem ainda ser classificadas como metas de processo (voltadas a mensurar a execução de uma ação, como “reduzir a proporção de parto cesáreo de 65% para 30% até 2029”) ou metas de resultado (voltadas a mensurar o impacto final na saúde da população, como “reduzir a razão de mortalidade materna de 28 para 10 por 100 mil nascidos vivos até 2029”).

As ações constituem o detalhamento — com prazos, responsáveis e recursos — de como as metas serão atingidas. Diferentemente das diretrizes, dos objetivos, das metas e dos indicadores, que integram o Plano Municipal de Saúde e valem para todo o quadriênio, as ações são expressas na Programação Anual de Saúde (PAS), a ser elaborada anualmente após a aprovação deste Plano, conforme já apresentado na Apresentação e no item 8.2 deste documento. Algumas ações sugeridas durante o processo de elaboração do PMS já foram elencadas

ao longo deste documento, para que os propositores possam identificá-las e retomá-las na PAS de cada exercício.

11.2. Estrutura das Diretrizes do PMS 2026-2029

O DOMI de Carrasco Bonito para o quadriênio 2026-2029 se baseia em 6 (seis) diretrizes, alinhadas às áreas temáticas desenvolvidas ao longo da Análise de Situação de Saúde, totalizando 6 (seis) objetivos, conforme sintetizado no quadro a seguir. As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores detalhados de cada uma constam nos quadros apresentados na sequência deste item.

Quadro 1 – Síntese das diretrizes do PMS de Carrasco Bonito – TO (2026-2029)

Nº	Área	Diretriz	Objetivos
1	Gestão	Fortalecer a Gestão da Saúde no município, com foco na governança municipal e no controle social, para aprimoramento das redes de atenção à saúde.	1
2	Atenção Primária (APS)	Fortalecer a Atenção Primária como coordenadora do cuidado dando 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.	1
3	Atenção Especializada (MAC)	Fortalecer a Atenção Especializada através da ampliação e qualificação do acesso aos serviços de Média e Alta Complexidade (MAC), visando a integração com a APS para garantir a integralidade do cuidado.	1
4	Assistência Farmacêutica	Fortalecer a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.	1
5	Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	Fortalecer da Educação Permanente e Regulação do Trabalho em Saúde.	1
6	Vigilância em Saúde	Fortalecer a Vigilância em Saúde de forma integrada, garantindo a prevenção, o controle e a redução de riscos e agravos, com foco na inteligência epidemiológica, segurança sanitária e proteção à saúde do trabalhador e do ambiente.	1
Total			6

Fonte: elaboração própria, com base na Análise de Situação de Saúde (itens 1 a 10 deste Plano) e no Guia 7 – DOMI (Ministério da Saúde, 2025).

A seguir, apresentam-se os quadros de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) programados para o quadriênio 2026-2029, organizados por diretriz.

QUADRO 1 - GESTÃO

DIRETRIZ MUNICIPAL 1: 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 – 2 - 3 - 6 - 15 - 19 - 22 - 23 - 27 - 33.

DIRETRIZ ESTADUAL RELACIONADAS(PES): 1.2.3.4.

OBJETIVO: 1. Qualificar a gestão do SUS municipal por meio do fortalecimento da governança e da participação social, garantindo a integração e a resolutividade das Redes de Atenção à Saúde.

Nº da Meta	DESCRIÇÃO DA META.	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META.	INDICADOR (LINHA DE BASE)			META DO PLANO 2026-2029	UM	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UM.			2026	2027	2028	2029
01	Garantir a elaboração, aprovação e alimentação dos instrumentos de gestão do SUS no quadriênio 2026-2029, assegurando 100% de conformidade com os prazos legais e as diretrizes do Sistema DigiSUS.	Percentual de instrumentos (PMS, PAS, RAG e RDQA) aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e homologados no DigiSUS.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
02	Contratar e manter assessoria técnica especializada para apoiar a elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão (PMS, PAS, RAG) e apoio técnico ao CMS, garantindo conformidade com os prazos legais e diretrizes do DigiSUS.	Percentual de instrumentos de gestão aprovados e inseridos no DigiSUS dentro do prazo legal.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
03	Garantir que 100% dos processos de aquisição e contratos de serviços de saúde estejam disponíveis no Portal da Transparência em tempo real.	Índice de Transparência das Aquisições e Contratos de Saúde (ITACS)	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
04	Fortalecer a capacidade técnica e política do CMS, garantindo recursos para execução de suas funções regimentais e capacitação permanente de seus membros.	Proporção de ações regimentais e capacitações realizadas pelo CMS nos termos da Programação Anual de Saúde (PAS).	100	2025	%	100	%	100	100	100	100

05	Garantir a realização da Conferência Municipal de Saúde a cada 2 anos.	Realizar uma Conferência Municipal de Saúde a cada 2 anos.	-	2025	Nº	2	Nº	1	-	-	1
06	Implantar sistema de energia fotovoltaica em 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município até o final de 2029.	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com sistema de energia fotovoltaica em operação.	-	2025	Nº	100	Nº	15	40	70	100
07	Ampliar a frota de veículos administrativos da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), garantindo 100% de atendimento às demandas logísticas e operacionais até dezembro de 2029.	Índice de Suficiência da Frota Administrativa (ISFA).	70	2025	%	100	%	70	80	80	100
08	Implantar ou fortalecer o Serviço de Ouvidoria do SUS, com resposta a 80% das manifestações em até 2029.	Índice de Resolutividade e Resposta da Ouvidoria (IRRO)	0	2025	%	80	%	0	30	60	80
09	Assegurar o gerenciamento, coleta, transporte e destinação final de 100% dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS - Grupos A, B e E) de todas as unidades da rede SEMUS, em total conformidade com a RDC 222/2018 da ANVISA e normas ambientais vigentes, durante todo o quadriênio 2026-2029.	Índice de Conformidade no Gerenciamento de Resíduos (ICGR).	100	2025	%	100	%	100	100	100	100

QUADRO 2 – ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS)

DIRETRIZ MUNICIPAL 2: Fortalecer a Atenção Primária como coordenadora do cuidado dando 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): 2 - 3 - 5 – 6 - 7 – 8 - 11.

DIRETRIZ ESTADUAL RELACIONADAS (PES): 1. 3. 4.

OBJETIVO 2: Fortalecer a APS mediante a consolidação da ESF com 100% de cobertura, provimento de insumos e qualificação da infraestrutura física, tecnológica e das ações de educação em saúde em todos os ciclos de vida.

Nº da Meta	DESCRIÇÃO DA META.	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META.	INDICADOR (LINHA DE BASE)			META DO PLANO 2026-2029	UM	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UM			2026	2027	2028	2029
01	Alcançar a Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica alcançadas.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
02	Alcançar, a cada quadrimestre, o escore Ótimo no Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial, atingindo 100% dos cadastros domiciliares ativos e individualizados no e-SUS APS e realizando pelo menos dois contatos assistenciais no ano para, no mínimo, 85% da população cadastrada, com foco em crianças, idosos e beneficiários de programas sociais (BPC/Bolsa Família).	Percentual de cadastros atualizados e completos com acompanhamento efetivo em > 85%.	75	2025	%	85	%	85	85	85	85
03	Alcançar o percentual de acesso de demanda programada em relação ao total de demandas (espontânea e programada) na atenção primária	Percentual de acesso de demanda programada em relação ao total de demandas (espontânea e programada) na atenção primária.	59	2025	%	70	%	50	55	60	70
04	Promover a atenção integral e do cuidado longitudinal no desenvolvimento infantil,	Percentual de boas práticas, relacionadas à promoção da	24	2025	%	75	%	50	60	75	75

	adotando boas práticas relacionadas à promoção da saúde nos 02 (dois) primeiros anos de vida.	saúde nos 02 (dois) primeiros anos de vida executadas pelas equipes de atenção primária em saúde,									
05	Garantir o acesso oportuno ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento integral de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos do neurodesenvolvimento na rede municipal de saúde até 2029.	Proporção de crianças e adolescentes com diagnóstico de transtornos do neurodesenvolvimento assistidos integralmente na rede de saúde.	20	2025	%	100	%	100	100	100	100
06	Manter zerada a taxa de mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil	0	2025	Nº	0	Nº	0	0	0	0
07	Promover boas práticas para o cuidado integral à gestante e à puérpera e a aplicação de boas práticas de cuidado na APS, considerando as evidências e diretrizes clínicas de atenção à gestante e à puérpera.	Proporção de gestantes e puérperas com pré-natal de qualidade e acompanhamento contínuo na APS.	53	2025	%	75	%	50	60	75	75
08	Manter zerado o número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	0	2025	Nº	0	Nº	0	0	0	0

09	Alcançar o escore de desempenho 'Ótimo' nos indicadores de doenças crônicas, garantindo o acesso e o acompanhamento longitudinal de 90% das pessoas com hipertensão cadastradas na APS, assegurando o controle clínico e a realização de exames laboratoriais conforme novo modelo de financiamento.	Índice de Desempenho no Cuidado à Hipertensão (IDH)	91	2025	%	90	%	80	85	90	90
10	Alcançar o escore de desempenho 'Ótimo' nos indicadores de doenças crônicas, garantindo o acesso e o acompanhamento longitudinal de 90% das pessoas com diabetes cadastradas na APS, assegurando o controle clínico e a realização de exames laboratoriais conforme novo modelo de financiamento.	Índice de Desempenho no Cuidado à Diabéticos (IDD)	92	2025	%	90	%	75	85	90	90
11	Implantar e manter o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) em 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS), garantindo o acesso ao tratamento medicamentoso e às sessões de abordagem cognitiva comportamental.	Índice de Cobertura do Programa de Controle do Tabagismo (ICPT)	-	2025	%	100	%	50	75	100	100
12	Promover a atenção integral de pessoas idosas a partir da adoção de boas práticas de cuidado longitudinal no âmbito da Atenção Primária em Saúde.	Percentual de boas práticas promovidas para alcançar a atenção integral e cuidado longitudinal da pessoa idosa no âmbito da Atenção Primária em Saúde.	74	2025	%	75	%	75	75	75	75
13	Garantir o acesso à saúde de mulheres na APS, com atenção às necessidades dos diferentes ciclos de vida, especialmente no	Percentual de Mulheres com Ações de Saúde Sexual, Reprodutiva e Rastreamento	50	2025	%	75	%	60	65	70	75

	que se refere à saúde sexual e reprodutiva, prevenção precoce de câncer de colo de útero e mama.	de Câncer (Colo e Mama) na APS.									
14	Reduzir a Proporção de gravidez na adolescência de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência de 10 a 19 anos.	18,64	2025	%	15	%	16	16	15	15
15	Realizar, grupos de educação em saúde para mulheres, abordando temas de saúde mental, climatério, prevenção de ISTs/HIV e nutrição.	Número de grupos de educação em saúde para mulheres, abordando temas propostos.	-	2025	Nº	2	Nº	2	2	2	2
16	Alcançar a Cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde bucal.	Cobertura populacional estimada de saúde bucal	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
17	Aumentar a proporção de crianças de 6 a 12 anos, vinculadas às equipes de saúde bucal (e-SB) de referência, beneficiárias das ações coletivas de escovação dental com orientação/supervisão da equipe de Saúde Bucal.	Proporção de crianças de 6 a 12 anos, beneficiárias das ações coletivas de escovação dental com orientação/supervisão da equipe de Saúde Bucal.	50	2025	%	80	%	50	60	70	80
18	Ampliar a cobertura de acesso da população à primeira consulta odontológica programada pela equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	Proporção de habitantes com acesso à primeira consulta odontológica programada por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	80	2025	%	100	%	100	100	100	100
19	Aumentar a proporção de procedimentos odontológicos individuais preventivos realizados pela equipe de Saúde Bucal inserida na APS.	Proporção de procedimentos odontológicos individuais preventivos realizados pela equipe de Saúde Bucal inserida na APS.	55	2025	%	75	%	55	65	75	75

20	Ampliar a proporção de Tratamentos Restauradores Atraumáticos (ART) realizados por eSB na APS.	Proporção de Tratamentos Restauradores Atraumáticos (ART) realizados por eSB na APS.	0	2025	%	40	%	50	55	65	75
21	Aumentar a proporção de tratamentos concluídos por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	Proporção de tratamentos concluídos por equipe de Saúde Bucal (eSB) na Atenção Primária à Saúde (APS).	75	2025	%	80	%	75	80	80	80
22	Alcançar o escore de desempenho 'Ótimo' na preservação dentária, mantendo a proporção de exodontias (extrações) em níveis reduzidos e priorizando tratamentos conservadores e preventivos em 100% das eSB.	Índice de Exodontia em Relação ao Total de Procedimentos (IEXP).	26	2025	%	50	%	30	40	50	50
23	Garantir o funcionamento e a periodicidade dos atendimentos da Unidade Móvel Odontológica (UOM), priorizando áreas estratégicas e populações com barreiras de acesso no município.	Percentual de localidades estratégicas atendidas pela UOM conforme cronograma anual. Número de Unidades Móveis Odontológicas (UOM) em funcionamento no município.	80	2025	%	100	%	100	100	100	100
24	Alcançar, mensalmente, 100% da produção mínima estipulada pelo Ministério da Saúde para as especialidades de Diagnóstico, Periodontia, Cirurgia e Endodontia, garantindo a manutenção integral do custeio federal e a assistência especializada à população.	Taxa de cumprimento da produção mínima mensal estipulada para o SESB.	-	2025	Nº	100	Nº	100	100	100	100

25	Alcançar, no mínimo, 100% da faixa de produção mensal de Prótese Dentária, pactuada junto ao Ministério da Saúde.	Taxa de Desempenho da Produção de Próteses Dentárias.	100	2025	Nº	100	Nº	100	100	100	100
26	Ampliar a proporção de ações interprofissionais realizadas pela e-Multi na Atenção Primária à Saúde (APS).	Proporção de ações interprofissionais realizadas pela e-Multi na Atenção Primária à Saúde (APS).	-	2025	%	75	%	75	75	75	75
27	Aumentar a média de atendimentos por pessoa assistida pela e-Multi na Atenção Primária à Saúde (APS).	Média de atendimentos por pessoa assistida pela e-Multi na Atenção Primária à Saúde (APS).	-	2025	%	75	%	75	75	75	75
28	Assegurar a manutenção das categorias profissionais existentes e ampliar a composição das equipes e-Multi com a inclusão de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, garantindo o suporte multiprofissional a todas as ESF.	Número de profissionais e-Multi com produção registrada no SISAB.	4	2025	Nº	6	Nº	4	5	6	6
29	Ampliar o acesso à atenção domiciliar qualificada, com foco na avaliação multidimensional, prevenção de agravos e promoção da funcionalidade da pessoa idosa através da adesão ao Programa PADI.	Cobertura de idosos frágeis acompanhados em casa, com ênfase na funcionalidade e autonomia, com suporte da equipe técnica interdisciplinar através da adesão ao Programa PADI.	-	2025	%	100	%	-	25	50	100
30	Reduzir o percentual de internações por causas sensíveis à Atenção Básica em relação ao número total de internações hospitalares pagas pelo SUS.	Percentual de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.	40	2025	%	20	%	40	30	25	20
31	Manter a cobertura de	Percentual de beneficiários do Programa Bolsa Família com perfil saúde acompanhados	85	2025	%	85	%	85	85	85	85

	acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	nas condicionalidades de saúde na Atenção Primária à Saúde									
32	Promover a Estratégia de Busca Ativa para Vacinação e Controle de Doenças Transmissíveis em todos os ciclos de vida.	Proporção de ações realizadas na Estratégia de Busca Ativa para Vacinação e Controle de Doenças Transmissíveis.	-	2025	%	75	%	75	75	75	75
33	Alcançar 100% das escolas públicas pactuadas com pelo menos 12 ações temáticas realizadas e registradas anualmente.	Percentual de escolas pactuadas que realizaram o conjunto mínimo de ações do PSE.	80	2025	Nº	100	Nº	100	100	100	100
34	Implantar o programa de saúde do trabalhador na atenção primária em 100% das unidades básicas.	Percentual de Unidades Básicas em Saúde com o programa de saúde do trabalhador implantado.	-	2025	%	100	%	100	100	100	100
35	Garantir e adquirir equipamentos permanentes de tecnologia e médicos hospitalares para as equipes de Saúde da Família, Bucal e e-Mult, visando qualificar a APS.	Percentual de equipamentos permanentes de tecnologia e médicos hospitalares para as equipes de Saúde, visando qualificar a APS.	-	2025	%	100	%	100	100	100	100
36	Manter funcionamento PEC, com material permanente e empresa de consultoria para instalação e manutenção.	Percentual de recursos financeiros garantidos para manutenção do PEC.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
37	Garantir que 100% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tenham conexão de internet banda larga de alta velocidade.	Percentual de UBS com conexão de internet banda larga de alta velocidade.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
38	Reduzir o tempo de espera para consultas com especialistas através da implantação de telemedicina e implantação de salas de	Percentual de UBS com telemedicina e implementação de salas de telessaúde.	0	2025	%	100	%	25	50	100	100

	telessaúde em UBS, utilizando internet de fibra ótica.										
39	Aplicar 100% das emendas federais de custeio e investimentos recebidas (de origem parlamentar e programáticas) na manutenção e incremento dos serviços de Atenção Básica e Especializada do SUS, observando as normas e prazos do Fundo Nacional de Saúde (FNS).	Percentual de recursos de emendas federais (parlamentares e programáticas) executados em conformidade com o plano de aplicação e as normas do FNS.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
40	Manter funcionamento da Academia da Saúde com Recursos Humanos, materiais permanentes, de consumo e com ampliação da estrutura física.	Índice de Conformidade de Funcionamento da Academia da Saúde (ICF-AS).	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
41	Adquirir veículos de pequeno e médio porte para equipes de APS para realização de visitas domiciliares.	Número de veículos de pequeno e médio porte para equipes de APS para realização de visitas domiciliares.	-	2025	Nº	2	Nº	1	-	1	-
42	Reformar e realizar a manutenção preventiva e corretiva das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, utilizando recursos de investimentos próprios, estaduais e/ou provenientes de emendas parlamentares.	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com infraestrutura adequada e manutenção em dia.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100

QUADRO 3 – ATENÇÃO ESPECIALIZADA (MAC)

DIRETRIZ MUNICIPAL 3: Fortalecer a Atenção Especializada através da ampliação e qualificação do acesso aos serviços de Média e Alta Complexidade (MAC), visando a integração com a APS para garantir a integralidade do cuidado.

DIRETRIZ NACIONAL RELACIONADA (PNS): 1 - 3 - 4 - 25 - 26

DIRETRIZ ESTADUAL RELACIONADA (PES): 1 - 3 - 4

OBJETIVO 3: Garantir o acesso aos serviços especializados e hospitalares mediante a articulação das Redes de Atenção à Saúde, fortalecendo a regulação e a resolutividade territorial através da telessaúde, apoio matricial e qualificação da infraestrutura física e tecnológica.

Nº da Meta	DESCRIÇÃO DA META.	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META.	INDICADOR (LINHA DE BASE)			META DO PLANO 2026-2029	UM	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UM			2026	2027	2028	2029
01	Viabilizar a oferta de serviços médicos ambulatoriais terceirizados, de Média Complexidade para atender a população residente nas especialidades básicas.	Número de Especialidades Básicas Contratadas de forma terceirizada.	1	2025	Nº	2	Nº	1	2	2	2
02	Realizar apoio matricial em Saúde Mental (consultas conjuntas, discussão de casos e Educação Permanente) com equipe especializada para qualificar o manejo clínico.	Número de equipes com apoio Matricial em Saúde Mental.	-	2025	Nº	2	Nº	2	2	2	2
03	Promover o credenciamento ou processo licitatório para a contratação de serviços especializados em exames de imagem (Ultrassonografia), garantindo a cobertura da demanda da rede municipal de saúde.	Índice de Formalização do Serviço de Ultrassonografia.	100	2025	Nº	100	Nº	100	100	100	100
04	Viabilizar a captação de recursos e a aquisição de novas ambulâncias para a renovação e ampliação de 100% da frota de Urgência e Emergência, visando garantir a segurança e a agilidade no transporte emergencial da população residente.	Índice de Renovação e Suficiência da Frota de Urgência (IRSFU).	100	2025	%	100	%	100	100	100	100

05	Viabilizar a captação de recursos e a aquisição de veículos destinados ao Transporte Sanitário Eletivo, visando garantir o atendimento de 100% das demandas de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para a população residente.	Índice de Suficiência do Transporte Sanitário Eletivo (ISTSE).	-	2025	%	100	%	20	50	80	100
06	Implantar e operacionalizar o serviço de Telemedicina Geral, integrando consultas com especialistas em telediagnóstico (ECG e imagem) por meio de programa federal, garantindo o suporte remoto e a agilidade diagnóstica em 100% da rede municipal.	Índice de Resolutividade de Consultas e Exames por Telemedicina	-	2025	%	100	%	20	50	100	100
07	Garantir o pleno funcionamento da sala de coleta municipal e a gestão eficiente das cotas de exames laboratoriais pactuadas, assegurando o envio célere das amostras aos laboratórios de referência.	Taxa de aproveitamento das vagas disponibilizadas pelo laboratório contratualizado.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
08	Assegurar ajuda de custo (alimentação, pernoite e transporte) para pacientes e acompanhantes em TFD dentro do Estado, observando o princípio da equidade e critérios socioeconômicos, além de intermediar os processos interestaduais junto à SES-TO.	Percentual de solicitações de ajuda de custo deferidas e pagas com base nos critérios de vulnerabilidade e necessidade clínica.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100

QUADRO 4 – ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

DIRETRIZ MUNICIPAL 4: Fortalecer a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

DIRETRIZ NACIONAL RELACIONADA (PNS): 9.

DIRETRIZ ESTADUAL RELACIONADA (PNS): 1.

OBJETIVO 4: Qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica no município, garantindo o monitoramento do estoque, o acesso aos medicamentos essenciais e a integração dos dados assistenciais nas farmácias básica e hospitalar.

Nº da Meta	DESCRIÇÃO DA META.	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META.	INDICADOR (LINHA DE BASE)			META DO PLANO 2026-2029	UM	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UM			2026	2027	2028	2029
01	Implementar e operacionalizar o sistema de informação oficial vigente do Ministério da Saúde na Farmácia Básica, garantindo o registro de 100% da movimentação de estoque e o envio sistemático de dados para o nível federal.	Percentual de pontos de dispensação (Básica) com sistema oficial implantado e dados transmitidos regularmente.	100	2025	%	100	100	100	100	100	100
02	Instituir, publicar e manter a atualização bienal da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), visando a padronização da assistência e o uso racional de medicamentos na rede municipal.	Índice de Regularidade da Assistência Farmacêutica (IRAF) – com foco na existência de ato normativo vigente.	0	2025	%	100	%	25	50	75	100
03	Garantir a disponibilidade de, no mínimo, 95% dos itens do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, seguindo a RENAME vigente e, após sua publicação, a REMUME, assegurando o abastecimento contínuo na rede municipal.	Percentual de disponibilidade de medicamentos padronizados (RENAME/REMUME).	95	2025	%	95	%	95	95	95	95

04	Estruturar e qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, mediante a execução dos recursos do Qualifar-SUS e contrapartida municipal, garantindo a ambiência adequada, o suporte tecnológico e o aperfeiçoamento constante da gestão.	Índice de Qualificação da Assistência Farmacêutica (IQAF-Qualifar).	80	2025	%	100	%	85	100	100	100
05	Realizar consultas farmacêuticas clínicas para pacientes polimedicados (em uso de 5 ou mais medicamentos) e insulino dependentes identificados na rede, visando o aumento da adesão terapêutica e a segurança do paciente.	Proporção de pacientes crônicos com acompanhamento farmacêutico clínico registrado no sistema de informação vigente (e-SUS AF/PEC).	10	2025	%	85	%	35	50	75	85
06	Implementar o protocolo de gerenciamento de resíduos farmacêuticos em 100% das unidades de saúde, garantindo a segregação, o descarte correto de itens vencidos ou avariados e a conscientização da comunidade sobre o descarte seguro.	Índice de Conformidade no Manejo de Resíduos Farmacêuticos (ICMRF) nas UBS.	70	2025	%	100	%	85	100	100	100
07	Garantir o monitoramento contínuo de temperatura e umidade em 100% dos ambientes de armazenamento de medicamentos termolábeis na Farmácia Básica.	Percentual de mapas de temperatura preenchidos e em conformidade.	95	2025	%	100	%	95	100	100	100
08	Manter 100% de conformidade dos registros e inventários de medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria 344/98) nas farmácias básica.	Índice de divergência entre estoque físico e sistema/livro de registro (Meta: 0%).	100	2025	%	100	%	100	100	100	100

09	Promover a cultura do Uso Racional de Medicamentos (URM), garantindo que as prescrições na rede municipal sigam a padronização oficial vigente.	Taxa de conformidade das prescrições médicas com a REMUME/RENAME.	50	2025	%	85	%	85	85	85	85
----	---	---	----	------	---	----	---	----	----	----	----

QUADRO 5 – GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DIRETRIZ MUNICIPAL 5: Fortalecimento da Educação Permanente e Regulação do Trabalho em Saúde.

DIRETRIZ NACIONAL RELACIONADA (PNS): 19 - 23 - 24 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56

DIRETRIZ ESTADUAL RELACIONADA (PES): 1

OBJETIVOS 5: Promover a formação, a educação permanente e a qualificação dos trabalhadores do SUS municipal, investindo na valorização, na despreciação e na democratização das relações de trabalho, visando a fixação de profissionais e a excelência no atendimento sob a ótica da Política Nacional de Humanização.

Nº da Meta	DESCRIÇÃO DA META.	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META.	INDICADOR (LINHA DE BASE)			META DO PLANO 2026-2029	UM	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UM			2026	2027	2028	2029
01	Implementar a Política Municipal de Educação Permanente em Saúde e estratégias de valorização para garantir a fixação de 100% das equipes mínimas de saúde.	Taxa de fixação de profissionais de saúde e cobertura de ações de Educação Permanente.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
02	Consolidar o Telessaúde como ferramenta de Educação Permanente e suporte à decisão clínica em 100% das equipes de Saúde da Família, garantindo o acesso a teleconsultorias e atividades de teleducação em toda a rede municipal.	Índice de Utilização da Telessaúde (IUT).	0	2020	%	50	%	25	50	50	50
03	Implementar e manter o Programa de Saúde e Segurança do Trabalhador do SUS municipal, garantindo ambientes de trabalho seguros e proteção integral para 100% dos servidores da rede. .	Índice de conformidade do Programa de Saúde e Segurança e taxa de fornecimento de EPIs.	60	2025	%	100	%	90	95	100	100
04	Implementar as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) em 100% dos serviços de saúde da rede municipal.	Percentual de unidades de saúde com protocolos de humanização e acolhimento implantados.	85	2025	%	100	%	100	100	100	100
05	Propor, identificar e implementar projetos de experiências exitosas baseados em ações	Número de Experiências Exitosas	-	2025	Nº	4	Nº	1	1	1	1

	realizadas pelas equipes de saúde que apresentaram resultados positivos, garantindo a sistematização e a disseminação de, no mínimo, um projeto de inovação assistencial por ano.	Sistematizadas e Implementadas (NESI).									
06	Fomentar e articular a instituição do Plano de Cargos, Carreira e Remuneração (PCCR) para os trabalhadores da saúde, conforme deliberação da Conferência Municipal de Saúde de 2025.	Plano de Cargos, Carreira e Remuneração (PCCR) instituído.	-	2025	Nº	1	Nº	-	-	-	1
07	Garantir a regularidade do pagamento da folha de pessoal, assegurando o cumprimento do Piso Nacional da Enfermagem e demais categorias, mantendo 100% dos encargos sociais em dia e respeitando os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) até 2029.	Índice de Regularidade da Folha e Cumprimento dos Pisos Legais (IRF-Piso).	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
08	Implantar o Programa de Incentivo Financeiro Variável por Desempenho para as equipes de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal (eSB) e multiprofissionais (e-Multi), garantindo o repasse integral dos recursos conforme o alcance dos indicadores de desempenho estabelecidos na Portaria GM/MS nº 3.493/2024.	Índice de Repasse de Incentivo por Desempenho (IRID).	-	2025	%	100	%	100	100	100	100
09	Implementar a Política Municipal de Educação Popular em Saúde, garantindo que 100% das equipes de Saúde da Família realizem ao menos uma ação educativa participativa por quadrimestre.	Índice de Ações de Educação Popular em Saúde Realizadas (IEPS).	-	2025	%	100	%	100	100	100	100

QUADRO 6 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DIRETRIZ MUNICIPAL 6: Fortalecer a Vigilância em Saúde de forma integrada, garantindo a prevenção, o controle e a redução de riscos e agravos, com foco na inteligência epidemiológica, segurança sanitária e proteção à saúde do trabalhador e do ambiente.

DIRETRIZES NACIONAIS RELACIONADAS (PNS): 10 – 12 – 30 – 38.

DIRETRIZES ESTADUAIS RELACIONADAS (PES): 1 - 3 - 4

OBJETIVO 6: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio da integração das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, com foco no controle de doenças crônicas e transmissíveis, na segurança sanitária de produtos e serviços e na promoção do envelhecimento saudável, assegurando o desenvolvimento sustentável do setor.

Nº da Meta	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR (LINHA DE BASE)			META DO PLANO 2026-2029	UM	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UM			2026	2027	2028	2029
1	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	2025	Nº	2	Nº	2	2	2	2
2	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	2025	%	100	%	100	100	100	100
3	Proporção de Registro de Óbitos com causa básica definida.	Registro de óbitos com causa básica definida alcançado.	96	2025	%	95	%	95	95	95	95
4	Aumentar 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.	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.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
5	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.	NO	2025	%	80	%	80	80	80	80
6	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,	NO	2025	%	100	%	100	100	100	100
7	Manter zerado o número de casos autóctones de malária.	Número de casos autóctones de malária zerado.	0	2025	Nº	0	Nº	0	0	0	0

8	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	2025	Nº	0	Nº	0	0	0	0
9	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	2025	Nº	0	Nº	0	0	0	0
10	Aumentar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre, turbidez, cloro residual combinado ou dióxido de cloro.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	125	2025	%	100	%	100	100	100	100
11	Manter 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.	5	2025	Nº	8	Nº	8	8	8	8
12	Manter Proporção de preenchimento dos campos "Ocupação" e "Atividade Econômica (CNAE)" nas notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena segundo município de notificação.	Proporção de preenchimento dos campos "Ocupação" e "Atividade Econômica (CNAE)" nas notificações de acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico e intoxicação exógena segundo município de notificação.	NO	2025	%	100	%	100	100	100	100
13	Aumentar a proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência. (PQAVS).	Proporção de registros de óbitos alimentados no sim em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	88	2025	%	100	%	100	100	100	100
14	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. (PQAVS).	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.	151	2024	%	100	%	100	100	100	100
15	Manter a Proporção de salas de vacina com alimentação mensal no sistema de informação do programa nacional de imunizações (SI-PNI), por município. (PQAVS).	Proporção de salas de vacina com alimentação mensal no sistema de informação do programa nacional de imunizações (SI-PNI), por município.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
16	Garantir o início do tratamento de casos de malária em tempo oportuno, se houver casos. (PQAVS).	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.	NO	2025	%	70	%	70	70	70	70

17	Garantir que 100% dos óbitos suspeitos de Dengue e Chikungunya sejam encerrados em até 60 dias após a notificação, com investigação epidemiológica completa. (PQAVS)	Proporção de óbitos suspeitos de Dengue e Chikungunya encerrados em até 60 dias após a data de notificação.	50	2025	%	75	%	75	75	75	75
18	Aumentar a Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase. (PQAVS)	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.	NO	2025	%	82	%	82	82	82	82
19	Aumentar a Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. (PQAVS)	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	NO	2025	%	70	%	70	70	70	70
20	Manter zerado o percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. (PQAVS)	Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	0	2025	%	48	%	48	48	48	48
21	Reduzir o percentual de casos novos de AIDS com contagem de linfócitos T-CD4 inferior a 200 céls/mm ³ no momento do diagnóstico, garantindo a detecção precoce e o início imediato da terapia antirretroviral.	Percentual de casos de AIDS com LT-CD4 < 200 céls/mm ³ em relação ao total de casos novos registrados no SISCEL.	50	2025	%	0	%	0	0	0	0
22	Manter 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.	NO	2025	%	95	%	95	95	95	95
23	Elaborar, aprovar e publicar anualmente 100% dos Planos Operativos e de Contingência para Leishmanioses, Arboviroses, Malária e Vigilância Sanitária, assegurando o alcance das metas pactuadas e a pronta resposta a riscos endêmicos e sanitários.	Percentual de instrumentos de planejamento setoriais da Vigilância elaborados, publicados e com metas monitoradas.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
24	Manter a proporção de cães e gatos vacinados na rotina de vacinação antirrábica animal.	Proporção de cães e gatos vacinados na campanha de vacinação antirrábica animal.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
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	2025	%	100	%	100	100	100	100

26	Garantir que 100% dos sistemas de informação da Vigilância em Saúde (SIM, SINASC, SINAN, SISAGUA, SI-PNI, entre outros) sejam alimentados e transmitidos mensalmente dentro dos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.	Percentual de sistemas de informação da vigilância em saúde alimentados mensalmente.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
27	Investigar anualmente os acidentes de trabalho (fatais, com incapacidade permanente e com menor de 18 anos) notificados por ano de ocorrência, ampliando em 10% a cada ano, a partir de 10% .	Percentual de acidentes de trabalho (fatais, com incapacidade permanente e com menor de 18 anos) notificados e investigados por ano de ocorrência.	30	2025	%	100	%	30	40	50	70
28	Garantir o manejo e a disposição final dos resíduos de serviços de saúde (infectantes) nas unidades de saúde, em conformidade com o PGRSS e a RDC 222/2018/Anvisa, reduzindo os riscos de contaminação do solo e água e garantindo a segurança de trabalhadores e usuários.	Percentual de unidades de saúde que cumprem integralmente as exigências técnicas e legais de segregação, acondicionamento, armazenamento e destinação final de resíduos (RSS), conforme o PGRSS e a RDC nº 222/2018 da Anvisa.	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
29	Adquirir 01 (um) veículo, de preferência, tipo picape cabine dupla, 0km, para uso exclusivo das equipes de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, visando ampliar a cobertura de fiscalização, agilizar o transporte de amostras/imunizantes e otimizar ações de campo.	Número de veículos adquiridos e destinados para uso exclusivo das equipes de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.	0	2025	Nº	1	Nº	-	1	-	-
30	Garantir recursos para aquisição de equipamentos permanentes e de acondicionamento para todas as ações de vigilância em saúde.	Percentual de recursos aplicados para aquisição de equipamentos permanentes e de acondicionamento para todas as ações de vigilância em saúde	100	2025	%	100	%	100	100	100	100
31	Garantir recursos para construir e equipar, uma sala técnica de eutanásia humanitária em conformidade com as exigências do CRMV/Ministério da Saúde, destinada ao manejo ético de cães com Leishmaniose Visceral Canina (LVC) em estágio terminal ou sem possibilidade de	Percentual de recursos aplicados construir e equipar, uma sala técnica de eutanásia humanitária em conformidade com as exigências do CRMV/Ministério da Saúde, destinada ao manejo ético de cães com Leishmaniose Visceral Canina (LVC) em	0	2025	%	100	%	20	50	100	100

	tratamento, visando o fim do sofrimento animal e a contenção de zoonoses.	estágio terminal ou sem possibilidade de tratamento, visando o fim do sofrimento animal e a contenção de zoonoses.									
32	Atualizar 100% dos dados cadastrais de localidades (imóveis, quarteirões, status) e gerar o arquivo de exportação (locat), garantindo 0% de divergências na conferência estadual.	Percentual de dados cadastrais de localidades (imóveis, quarteirões, status) atualizados.	-	2025	%	100	%	100	100	100	100

12. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação das ações deste Plano Municipal de Saúde serão realizados de forma sistemática e contínua pela gestão municipal, constituindo, junto com a Análise de Situação de Saúde (itens 1 a 10) e as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (item 11), o terceiro componente obrigatório do Plano Municipal de Saúde, nos termos do Título IV, Capítulo I, da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, e do Guia 8 – Monitoramento e Avaliação, do Ministério da Saúde (2025). Serão utilizadas as seguintes ferramentas oficiais: o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA); o Relatório Anual de Gestão (RAG); os sistemas DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) e InvestSUS; e a avaliação de meio de período, realizada a cada ano ou, no mínimo, em 2027.

12.1. Instrumentos de Prestação de Contas: RDQA e RAG

O RDQA é instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde (PAS), contendo, no mínimo, o montante e a fonte dos recursos aplicados no período, as auditorias realizadas ou em execução e a oferta e a produção de serviços públicos de saúde, cotejadas com os indicadores de saúde da população. Nos termos do art. 36, §§ 4º e 5º, da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e da Resolução CNS nº 459, de 10 de outubro de 2012 — que aprova o modelo padronizado do relatório —, o RDQA deve ser elaborado e apresentado, em audiência pública na Câmara Municipal e ao Conselho Municipal de Saúde, até o final dos meses de fevereiro (referente ao 3º quadrimestre do ano anterior), maio (referente ao 1º quadrimestre do ano vigente) e setembro (referente ao 2º quadrimestre do ano vigente).

O RAG, por sua vez, é o documento elaborado anualmente que comprova o cumprimento das metas pactuadas neste Plano e a execução orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, devendo ser finalizado e submetido ao Conselho Municipal de Saúde, para apreciação e parecer conclusivo, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução, conforme o art. 36, § 6º, da LC nº 141/2012. Desde 2026, a liberação do RAG no sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) está condicionada à conclusão dos três ciclos quadrimestrais de monitoramento do ano correspondente, com os respectivos RDQAs registrados com status “enviado para avaliação do Conselho de Saúde” — regra que reforça a importância de Carrasco Bonito manter rigorosamente em dia a apresentação trimestral prevista no item anterior.

A responsabilidade pela elaboração de ambos os relatórios é da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde a apreciação e o parecer final, e à Câmara Municipal de Vereadores a realização da audiência pública, nos termos do art. 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

12.2. Monitoramento dos Indicadores de Desempenho da Atenção Primária

O monitoramento dos indicadores de desempenho da Atenção Primária será realizado sistematicamente por meio da plataforma e-Gestor AB, integrada ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), já apresentado no item 10 deste Plano, observando-se:

- periodicidade: acompanhamento mensal dos relatórios de quadrimestre, para identificar falhas de registro antes do fechamento do lote;
- indicadores de desempenho: monitoramento nominal de gestantes, hipertensos, diabéticos e da realização de exames citopatológicos, para garantir o alcance do escore de desempenho ótimo do componente de qualidade da APS, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, já apresentado nos itens 2.1, 2.6, 2.9, 5.3 e 10 deste Plano;
- vinculação financeira: os dados do e-Gestor servirão de base para o cálculo do incentivo financeiro variável das equipes de Saúde da Família (eSF), de Saúde Bucal (eSB) e multiprofissionais (e-Mult);
- transparência: os relatórios extraídos do e-Gestor serão apresentados ao Conselho Municipal de Saúde para validar o cumprimento das metas assistenciais pactuadas neste Plano.

12.3. Avaliação Orçamentária e Financeira

A avaliação do orçamento da Saúde em Carrasco Bonito será realizada sistematicamente pela gerência do Fundo Municipal de Saúde, com apoio da assessoria contábil e de gestão do planejamento, observando os seguintes critérios:

- cumprimento do mínimo constitucional: verificação quadrimestral da aplicação de, no mínimo, 15% das receitas de impostos e transferências constitucionais em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), nos termos da LC nº 141/2012, já detalhada no item 8.1 deste Plano;
- execução por blocos de financiamento: monitoramento do saldo e da liquidação das despesas no Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e no Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde — estrutura vigente desde a Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que unificou os antigos blocos de Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade, de Vigilância em Saúde, de Assistência Farmacêutica e de Gestão do SUS nesses dois grandes blocos, tal como já refletido na Programação Orçamentária 2026 da Secretaria e do Fundo Municipal de Saúde apresentada neste Plano;
- monitoramento de emendas parlamentares: acompanhamento individualizado, via sistema InvestSUS, de cada emenda captada (individual, de bancada, de comissão ou de relator), garantindo que o recurso seja gasto

exatamente no objeto pactuado (custeio ou investimento), com integração automática dos dados de execução à Tabela 9.5 do Relatório Anual de Gestão no DigiSUS, de forma semelhante à integração já existente com o Siops;

- sincronia com o planejamento: confronto entre o que foi gasto (contabilidade) e o que foi realizado (metas deste Plano), para garantir que o recurso público esteja gerando os resultados assistenciais esperados.

12.4. Instrumentos de Verificação Financeira

Os instrumentos de verificação financeira utilizados são: o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), com alimentação bimestral obrigatória, nos termos da Portaria GM/MS nº 53, de 16 de janeiro de 2013, já apresentada no item 8.1, para garantir a adimplência do município e o recebimento de transferências voluntárias; o Balanço Anual, com publicação consolidada dos gastos para prestação de contas ao Tribunal de Contas do Estado do Tocantins (TCE-TO); e o Painel do Fundo Nacional de Saúde (FNS), consultado mensalmente para acompanhamento dos repasses fundo a fundo e ajuste do fluxo de caixa municipal.

O monitoramento deste Plano será feito, portanto, principalmente por meio do e-Gestor AB/Sisab, do DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento, do InvestSUS e do Siops. Além de envolver esses aspectos, o monitoramento e a avaliação deverão envolver análise do processo geral de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas e medidas que devem ser desencadeadas para a plena execução das Diretrizes, dos Objetivos e das Metas estabelecidos para o quadriênio 2026-2029.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029 consolida-se como o instrumento central de gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito local. Sua relevância transcende a formalidade documental, constituindo-se como a base estratégica para o planejamento, a execução e a avaliação de todas as políticas públicas de saúde do município ao longo do próximo quadriênio.

Por meio da definição clara de diretrizes, objetivos, metas e indicadores — apresentados no item 11 deste Plano —, este instrumento assegura que a aplicação dos recursos e a organização dos serviços guardem estrita coerência com as reais necessidades da população, identificadas ao longo da Análise de Situação de Saúde (itens 1 a 10). Dessa forma, o PMS atua como o fio condutor que integra o planejamento ascendente às instâncias de controle social, garantindo que a gestão seja pautada pela transparência, pela eficiência e pela continuidade das ações de saúde.

O PMS é fruto de um diálogo democrático entre a Secretaria Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e a sociedade civil, refletindo as demandas identificadas nas conferências e audiências públicas do município. As metas projetadas para o período de 2026 a 2029 priorizam o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e a redução das desigualdades no acesso aos serviços, em consonância com as diretrizes já detalhadas no item 11.2 deste documento. Concluímos este instrumento com a convicção de que o controle social e o engajamento dos profissionais de saúde são fundamentais para que as diretrizes aqui pactuadas se transformem em melhoria real na qualidade de vida de cada munícipe.

A eficácia deste Plano está intrinsecamente ligada à sua integração com o Plano Plurianual (PPA) do município, conforme já apresentado no item 8.2 deste documento. Essa convergência garante que as diretrizes e as metas aqui estabelecidos possuam a devida previsão orçamentária e a sustentabilidade financeira necessárias ao longo do quadriênio.

A operacionalização deste Plano ocorrerá de forma dinâmica por meio das Programações Anuais de Saúde (PAS), que detalharão as ações, os prazos, os responsáveis e os recursos para cada exercício, conforme já apresentado no item 11.1. O monitoramento contínuo e a transparência serão assegurados pelos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e pelos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), já detalhados no item 12 deste Plano, permitindo o ajuste de rumos e a prestação de contas à sociedade e aos órgãos de controle. Assim, reafirma-se o compromisso com uma gestão eficiente, participativa e focada na melhoria real da qualidade de vida da população de Carrasco Bonito.

Com o presente documento, a Secretaria Municipal de Saúde de Carrasco Bonito dá continuidade a um processo de aperfeiçoamento da gestão de saúde pública do município, garantindo a melhoria contínua dos processos e dos resultados, em benefício da qualidade de vida de todos os cidadãos.

O presente Plano Municipal de Saúde 2026-2029 foi lido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde de Carrasco Bonito – TO, conforme ata e resolução em anexo.

Inácio Alves da Conceição
Secretário Municipal de Saúde

Gilvan Bandeira da Silva
Prefeito Municipal

Soely Diedrich Nascimento Feitosa
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Anexos

Anexo 1: Segmento de Representação do Conselho Municipal de Saúde

Anexo 2: Resolução de Aprovação do CMS

Anexo 2: PPA 2026 – 2029

Anexo 3: Programação Anual da Vigilância Sanitária - VISA

Anexo 4: Plano de Ação das Arboviróses (Dengue, Zika e Chicungunya)

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. Institui o regime fiscal sustentável (novo arcabouço fiscal) para a garantia da estabilidade macroeconômica do País. Brasília, DF, 2023.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal e dispõe sobre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, com as alterações promovidas pelas Leis nº 13.595/2018 e nº 13.708/2018. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, com alterações promovidas pela Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023, e pela Lei nº 15.233, de 2025. Brasília, DF, 2013.
- BRASIL. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Lei nº 14.654, de 23 de agosto de 2023. Institui a obrigatoriedade de registro de dados de estoque, dispensação e distribuição de medicamentos no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2023.
- BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. 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, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos oriundos das receitas de que tratam os arts. 158 e 159 da Constituição Federal, dispondo sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Institui a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde e institui o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (inclui, no Anexo XL, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 53, de 16 de janeiro de 2013. Estabelece as diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e fixa prazos para registro e homologação das informações. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (Pró-EPS-SUS). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, para dispor sobre os Blocos de Financiamento (Custeio e Investimento) da saúde. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021. Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Brasília, DF, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.004, de 21 de julho de 2023. Dispõe sobre novas diretrizes e oportunidades do Programa Saúde na Escola. Brasília, DF, 2023.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.148, de 6 de fevereiro de 2024. Altera a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública (Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017). Brasília, DF, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Institui nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde, com componente de qualidade, em substituição ao Programa Previne Brasil (Portaria GM/MS nº 2.979/2019). Brasília, DF, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.713, de 9 de dezembro de 2024. Dispõe sobre o envio obrigatório de dados à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (BNAFAR). Brasília, DF, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.324, de 26 de dezembro de 2024. Institui a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome 2024. Brasília, DF, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 7.947, de 2025. Dispõe sobre a pactuação da homologação das versões nacionais do e-SUS Assistência Farmacêutica na Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF, 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 11.585, de 18 de junho de 2026. Dispõe sobre a substituição gradual do Sistema Hórus pelo e-SUS Assistência Farmacêutica (e-SUS AF). Brasília, DF, 2026.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para a instituição, a reformulação, a reestruturação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 459, de 10 de outubro de 2012. Aprova o modelo do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004 (atualizações posteriores).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Documento Orientador do Programa Saúde na Escola: Indicadores e Padrões de Avaliação do Ciclo 2025/2026. Brasília, DF, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. Brasília, DF, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a Elaboração dos Planos Municipais de Saúde 2026-2029. Brasília, DF, 2025. (Inclui o Guia 7 – Elaboração de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Domi, e o Guia 8 – Monitoramento e Avaliação.)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático de Elaboração de Plano Municipal de Saúde 2026-2029. Brasília, DF, 2025.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Estocolmo: Institute for Futures Studies, 1991.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Genebra: WHO, 2008.