

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA PLANEJAMENTO E
GESTÃO EM SAÚDE

SEBASTIANA DA SILVA FONSECA

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE AÇAILÂNDIA – MA
TRIÊNIO 2010-2013**

São Luís
2011

SEBASTIANA DA SILVA FONSECA

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE AÇAILÂNDIA – MA
TRIÊNIO 2010-2013**

Monografia apresentada, ao Curso de Especialização em Auditoria Planejamento e Gestão em Saúde da Universidade Estácio de Sá LABORO - Excelência em Pós-Graduação para a obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Fonseca, Sebastiana da Silva

Plano municipal de saúde de Açailândia - MA: triênio 2010-2013/Sebastiana da Silva Fonseca. - São Luís, 2011.

103 f.

Monografia (Pós-Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) – Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Saúde pública. 2. Plano municipal. 3. Açailândia-MA. Título.

CDU 614.2(812.1)

SEBASTIANA DA SILVA FONSECA

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE AÇAILÂNDIA – MA
TRIÊNIO 2010-2013**

Monografia apresentada, ao Curso de Especialização em Auditoria Planejamento e Gestão em Saúde da Universidade Estácio de Sá LABORO - Excelência em Pós-Graduação para a obtenção do título de Especialista em Auditoria...

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo – USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo – USP

Ao Senhor, eterna fonte de luz, amor e sabedoria...

Por me doar a vida.

AGRADECIMENTO

Ao meu esposo, Deusdeth, pela força e companheirismo, sempre presente não me deixando esmorecer diante das dificuldades.

Aos meus filhos Deillayana, Gerdson e Jefferson pela compreensão, nos momentos em que não pude estão presentes fisicamente.

A minha sobrinha Catiane, e meus colegas de trabalho Marcos e Joatan pela colaboração na construção dos trabalhos e pesquisas.

Ao meu neto Mateus, que me rejuvenesceu com a sua chegada, mostrando-me que desistir nunca, persistir sempre, com a sua presença nos momentos de desânimo.

A minha amiga Sheila Pierre, responsável pela motivação que me impulsionou a continuar com o curso e conquistar mais essa vitória.

Aos mestres, que nos transmitiram seus conhecimentos e experiências profissionais, de forma especial às professoras e doutoras Mônica Elinor Alves Gama e Sueli Rosina Tonial, pelo incentivo, dedicação e pela forma como conduziram todo esse trabalho, incentivando a novas descobertas durante o curso.

RESUMO

O Plano Municipal de Saúde instituído na Lei 8.080/1990 da constituição Federal foi preconizado para que os municípios tivessem a iniciativa de se organizarem dentro das bases legais e dos instrumentos de apoio para o cumprimento da tarefa de promover e proteger a saúde, nesse pressuposto o município de Açailândia maranhão apresenta o Plano Municipal de Saúde para o exercício de 2010 a 2013, o mesmo traz estratégias de defesa para melhor qualificação de oferta dos serviços de atendimento à saúde pública. Após avaliação em colegiado, foi possível diagnosticar falhas e discutir possibilidades para solucionar toda a problemática detectada. A partir deste retrato traçamos diretrizes que acreditamos ser capazes de melhorar a qualidade da oferta dos serviços de saúde pública municipal. Nossa preocupação maior emana diante dos recursos disponibilizados para amparar os programas Federais em que estamos habilitados. O repasse do Governo Estadual que cobre 45% da despesa do Hospital Municipal. O fato de o município estar enquadrado dentro do módulo micro regional e da gestão plena do sistema ainda fica restrito ao recebimento de determinados incentivos oriundos dos Governos Estaduais e Federais. E diante da demanda reprimida e da total carência populacional, que incessantemente busca por amparo da saúde pública, acabamos por dispensar porcentagem considerável do repasse municipal a fim de sustentar tais necessidades. Tudo isso gera uma situação delicada e dependente da Administração, que vem sendo generosa, ultrapassando o limite mínimo do repasse exigido pela EC 29. Através deste planejamento obteremos um olhar voltado às perspectivas de incrementar as diversas áreas de Atenção a Saúde, e da média complexidade respondendo com políticas eficazes nas áreas de Atenção Básica, Urgência e Emergência. Incorporando novos serviços e procedimentos, priorização do atendimento ambulatorial, cuidado especial a saúde da mulher, da criança, do idoso, da vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, da saúde secundária e terciária. Os projetos implementados terão a garantia da busca integral e resolutiva para sua permanência e eficácia, tendo como base estruturante a Estratégia de Saúde da Família– ESF/EAC. Este plano se sustenta em métodos de planejamento qualitativo, que certamente viabilizarão o equacionamento dos princípios desafios da saúde pública local. Na perspectiva executar o Sistema Único de Saúde - SUS no município de Açailândia-MA, defendendo seus princípios: Integralidade, Universalidade e Equidade, fundamentadas na Constituição brasileira. Atualmente o município toma como base para continuidade das ações o pacto pela saúde, com seus três eixos e dimensões por acreditar, que ele rompe com todos os pactos anteriores visando uma consistente operacionalização do sistema e resolutividade no atendimento a população açailandense. O plano municipal de saúde através do planejamento SUS certamente irá nortear de forma organizada as ações de saúde observando a população, capacidade instalada, parâmetros assistenciais, Plano diretor de regionalização, programação pactuada integrada e outros instrumentos se fizerem necessários.

Palavras-chave: Saúde Pública. Plano Municipal, Açailândia - MA.

ABSTRACT

The Municipal Health Plan instituted in the Federal Constitution Law 8.080/1990 was recommended for municipalities that had the initiative to organize themselves within the legal bases and instruments to support the fulfillment of the task of promoting and protecting health, the assumption that Açailândia city of Maranhão presents the Municipal Health Plan for the year 2010 to 2013, brings the same defense strategies to better qualification for supply of services to the public health service. After evaluation in collegiate, it was possible to diagnose faults and discuss possibilities to solve all the problems detected. From this picture we draw guidelines that we believe to be able to improve the quality of provision of municipal public health services. Our main concern emanates on the resources available to support federal programs that are enabled. The transfer of the state government which covers 45% of spending at the municipal hospital. The fact that the city be framed within the module micro regional and full management of the system is still restricted to the receipt of certain incentives from the State and Federal Governments. And before the pent-up demand and total lack of population who ceaselessly search for support of public health, just for taking considerable percentage of the municipal transfer in order to support those needs. All this creates a delicate situation and dependent on the administration, which has been generous, exceeding the minimum required by the transfer of the EC 29. Through this plan to get an eye toward increasing the prospects of the various areas of Health Care, medium complexity and responding with effective policies in the areas of Primary Care, Urgent and Emergency. Incorporating new services and procedures, prioritization of outpatient care, special care the health of women, children, the elderly, epidemiological surveillance, health surveillance, health, secondary and tertiary. The projects will be implemented to guarantee the integral and search for your persistence and efficacy, based on the structuring of the Family Health Strategy-ESF / EAC. This plan is sustained by methods of qualitative design, which certainly will enable the solving of the principles of local public health challenges. From the perspective run the Unified Health System - SUS in the city of Açailândia-MA, defending its principles: completeness, universality and equity, based on the Brazilian Constitution. Currently the City shall base continued action by the pact for health, with their axes and three dimensions for believing that it breaks with all previous pacts aimed at a consistent operation of the system and assisting the population in solving açailandense. The plan by the municipal health plans SUS will surely guide in an organized health activities by observing the population, installed capacity, parameters assistance, director of regionalization plan, agreed upon integrated programming and other instruments may be necessary.

Keywords: PublicHealth. Municipal Plan. Açailândia-MA

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS.....	11
2.1	Geral.....	11
2.2	Específicos	11
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
4	METODOLOGIA.....	12
5	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	12
5.1	Histórico e Localização	12
6	ANÁLISE SITUACIONAL.....	16
6.1	Condições de Saúde da População.....	16
6.2	Distribuição da população ensino - matrícula, docentes e rede escolar 2008, Açailândia – Maranhão.....	18
6.3	Perfil Socioeconômico.....	20
6.4	Perfil Epidemiológico.....	20
7	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	25
8	ATENÇÃO BÁSICA.....	30
9	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA.....	37
9.1	Hospital Municipal de Açailândia – HMA / Urgência e Emergência.....	37
9.2	Assistência Ambulatorial Especializada.....	38
9.2.1	Centro de Especialidades Médicas de Açailândia – CEMA.....	38
9.2.2	Saúde Mental / Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II.....	39
10	CARTÃO SUS.....	39
11	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	39
12	GESTÃO EM SAÚDE.....	42
13	DETALHAMENTO DOS OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS DOS PROGRAMAS DE SAÚDE	53
14	CONCLUSÃO.....	90
	REFERÊNCIAS.....	91
	APÊNDICES.....	92

1. INTRODUÇÃO

A elaboração do Plano Municipal de Saúde – PMS de Açailândia foi marcada pelo processo de ascendência, através do desencadeamento de reuniões com coordenadores e equipe técnica dos diversos departamentos, setores e programas da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, inserindo nesse contexto o Conselho Municipal de Saúde de Açailândia - CMSA, observando as particularidades de forma a gerar um Plano Municipal que contemple os desafios de uma Açailândia diversa na sua realidade social e de saúde. Nesse movimento de planejamento participativo e execução de diversos documentos de gestão é conferido governabilidade às políticas traçadas e tornam os envolvidos na construção implicados e responsabilizados na busca permanente de qualificar as redes assistenciais do Sistema de Saúde.

Com o compromisso de fazer o coletivo na saúde, o Plano Municipal de Saúde de Açailândia, reafirma, portanto, o Pacto de Gestão do SUS, ora atualizado, que enfatiza: “Todo município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde”. (MS 2005, Atualizado em 11 de Dezembro de 2011).

Desafiado pelas exigências de construção de um novo modelo de atenção e gestão à saúde, a elaboração do PMS constitui-se como um grande movimento em que concepção e vivência iam materializando-se simultaneamente e fazendo surgir um produto compartilhado coletivamente, com o forte compromisso com o desenvolvimento de uma Política de Atenção à Saúde Integral, Equânime, com Qualidade, Humanizada, Resolutiva e Participativa, que contribua para a melhoria da Qualidade de Vida da População Açailandense.

A organização e gestão desse sistema é um processo que se encontra em diferentes estágios, ao se comparar estados regiões e municípios, ainda heterogêneos, tanto do ponto de vista epidemiológico como da própria estruturação e gestão dos serviços oferecidos à população.

A descentralização efetiva, trazida com as diretrizes do SUS, está cada vez mais fortalecida, consolidada pelo PACTO PELA SAÚDE. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao

mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. (Portaria GM 699/2006).

Com o desenvolvimento da regionalização se faz necessário o aprimoramento da gestão, com ênfase no planejamento que tem como ferramenta articular mudanças e aprimorar o desempenho dos sistemas de saúde. Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade e participação social, devem constituir em objetivos estratégicos que dêem consistência ao modelo de atenção à saúde desejada e pelos quais se descrevem:

- Universalidade: Todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos Municipal, Estadual e Federal.
- Equidade: Todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, têm diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida.
- Integralidade: As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. O indivíduo não deve ser visto apenas como partes de um todo (coração, fígado, pulmões, etc.). É um ser humano, social, cidadão que biologicamente, psicologicamente, e socialmente está sujeito a riscos de vida.

Desta forma, a política de saúde deve ser direcionada para a prevenção das doenças e não somente para a sua recuperação. Isto exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Deste modo, trilha-se em Açailândia um novo e desafiante percurso para este processo de planejamento em saúde. Optou-se por fazer um caminho participativo, unindo elaboração e vivência como momentos simultâneos de uma mesma construção.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde – PMS de Açailândia se justifica pela necessidade de construir um novo modelo de gestão à saúde no município, com o compromisso de desenvolver uma Política de Atenção à Saúde Integral humanizada e de qualidade, articulando mudanças significativas e aprimorando o desempenho dos sistemas de saúde municipal que contribui para um contrato social, profissionalizando os profissionais da gestão pública.

É um documento onde se consolidada toda a capacidade instalada, recursos humanos dentre muitos outros itens, podendo-se, portanto, planejar, monitorar e avaliar as ações pertinentes a todos os programas de saúde para ser trabalhado no período da gestão, apresentando diretrizes estratégias e metas, abrangendo as ações que promove, protege e recuperam a saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Elaborar o Plano Municipal de Saúde Açailândia – MA para o quadriênio 2010-2013.

2.2. Específicos

- Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde por meio da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental (fatores biológicos e não biológicos).
- Ampliar a capacidade de análise da situação de saúde através de indicadores direcionando as ações.
- Fortalecer e efetivar a atenção Básica como centro ordenador das redes da atenção à saúde apontando para uma nova dinâmica na forma da organização dos serviços e ações de saúde possibilitando racionalidade assistencial e resultados favoráveis nos indicadores de saúde.
- Realizar atendimento primário, secundário e terciário, nas diversas áreas da saúde, priorizando um atendimento de qualidade, com a finalidade de minimizar os fatores determinantes das doenças através de promoção da saúde e prevenção específica;
- Ampliar o acesso da população a serviços de média e alta complexidade no Sistema único de Saúde no município;
- Garantir a atenção integral no atendimento à população acima de 18 anos portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, em sua área de abrangência, com acompanhamento clínico e inserção social pelo acesso ao trabalho, exercício dos direitos de cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários;
- Promoção, proteção e recuperação da saúde, que tem como um dos eixos de atuação a promoção do acesso aos medicamentos pelos brasileiros;
- Fortalecer a capacidade de gestão do Sistema único de Saúde no âmbito municipal mediante condução política, planejamento, organização da rede e apoio gerencial aos serviços públicos de saúde;
- Implantar e organização Controle Regulação Avaliação e Auditoria.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Conforme está assegurado na portaria nº 3.085/2006 o caderno de planejamento do Planeja SUS, o Plano Municipal de Saúde é um instrumento básico de gestão baseado em uma análise situacional define intensões e resultados a serem buscados pelo município num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

A lei 1559/2008 que instituiu a política nacional de regulação e organiza o controle avaliação no município.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi embasada no levantamento bibliográfica para fornecer apoio teórico. Foram consultados livros, planos de saúde e sites da internet. Os assuntos pesquisados dizem respeito aos problemas na saúde pública. Uma segunda etapa refere-se a realização de estudo e discussões em rodadas de conversas com os profissionais do centro de especialidade e na unidade básica de saúde do Pequiá e reuniões entre os coordenadores dos programas na Secretaria Municipal de Saúde de Açailândia.

5 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

5.1 Histórico e Localização

Com a abertura da Rodovia Belém-Brasília em 1958 nas proximidades do Riacho Açailândia, ponto de apoio da Rodobrás (1962) desta região, cujos trabalhadores descobriam ali, uma terra fértil com água em abundância. A presença de muitas palmeiras de açaí, fez com que um riacho descoberto próximo ao local da futura povoação fosse denominado Açailândia. Posteriormente, essa denominação foi dada, também, ao povoado e ao município.

A instalação da Usina Canguru e da Serraria Pica-Pau em 1962, ambas de propriedade da Missão Evangélica Presbiteriana Gurupí, deu início as atividades industriais, atividades estas, que só se destacaram a partir de 1973 com a melhoria das condições de tráfego da BR-222 e o asfaltamento da Rodovia Belém-Brasília. (Portal da Prefeitura Municipal de Açailândia, 2010)

Em pouco tempo a região foi inundada por pessoas dos quatro cantos do País e algumas nações estrangeiras, tanto é, que em 1975 foi elaborada o Projeto de Lei "Pró-Emancipação" 130/75, até então Vila, cujo Projeto foi sancionado e transformado na Lei

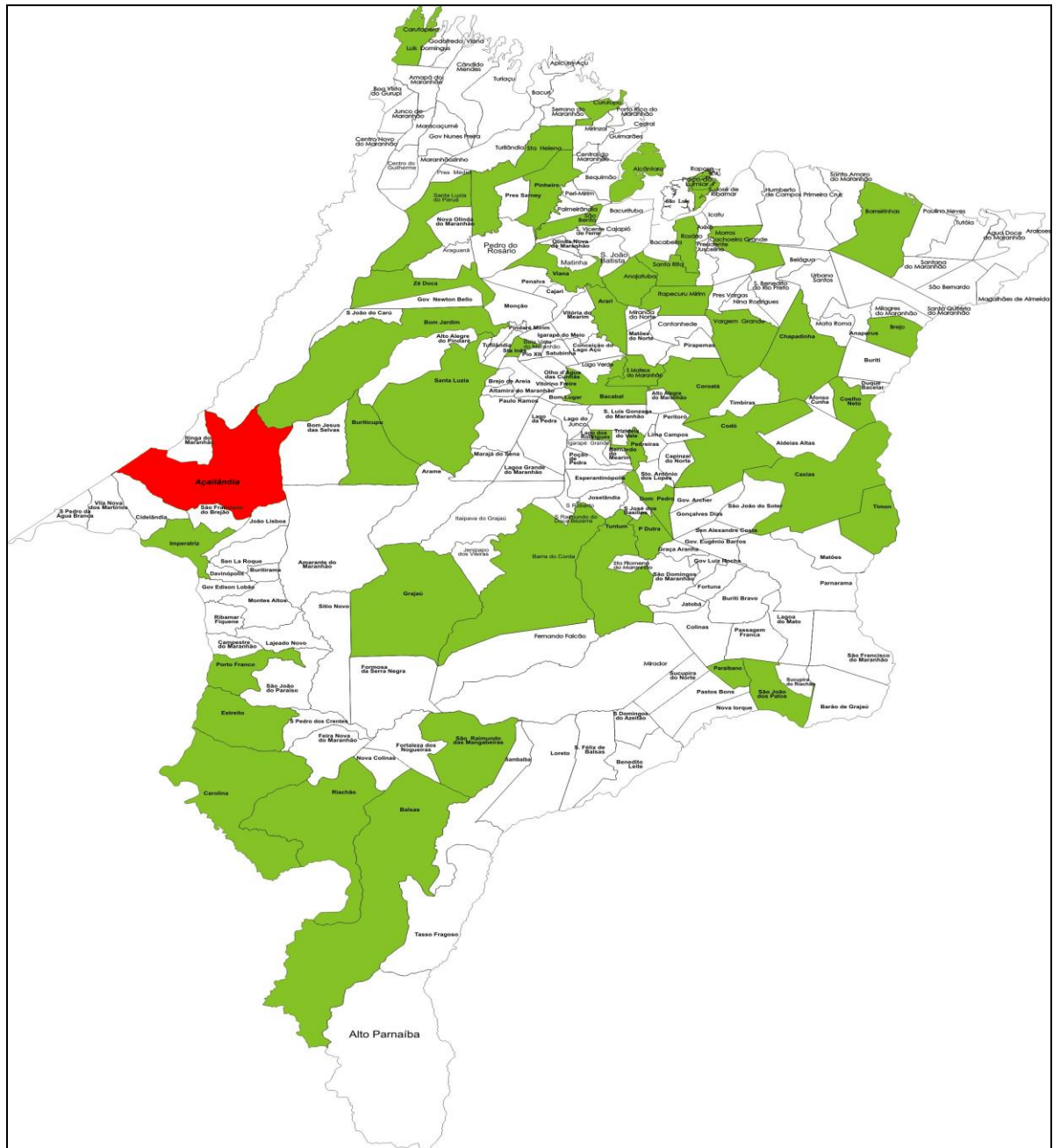
4.299/81 no dia 6 de junho de 1981, tornando assim o Município de direito com o plebiscito realizado no dia 14 de dezembro do mesmo ano o governo do Estado nomeou em maio do ano seguinte um interventor até a posse do primeiro prefeito eleito nas eleições de 15 de novembro de 1982. A posse ocorreu no dia 1 de fevereiro de 1983, onde Raimundo Telefres Sampaio tomou-se prefeito de Açailândia. (Portal da Prefeitura Municipal de Açailândia, 2010)

Na análise dos últimos dados consolidados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela que o município vem crescendo ano a ano, e no período 2000/2003, o município de Açailândia atingiu a taxa de 23% de crescimento. Juntamente com Imperatriz, Caxias, Timon e a capital São Luís, formam os maiores centros econômicos do Maranhão. A principal fonte de economia do município é a exportação de ferro gusa gerada por cinco indústrias siderúrgicas instaladas no distrito industrial do Pequiá, que se constituiu no maior polo guzeiro do Norte e Nordeste do País. Por este motivo, o município tornou-se no terceiro maior arrecadador de ICMS entre os 217 municípios maranhenses. O município tem cerca de 750 estabelecimentos comerciais em todos os níveis, o comércio, indústria, agricultura e pecuária, também se destacam na economia, tanto que o município possui um dos maiores rebanhos bovinos do estado do Maranhão, um frigorífico instalado na cidade e a expectativa de instalação de outro grande frigorífico, além de uma fábrica de laticínios. O clima é quente e úmido em meados do ano e as chuvas costumam aparecer depois de setembro quando se aproxima o verão e vai até março quando ocorre a estiagem, o terreno arenoso facilita a criação de erosões com a água da chuva, como se nota na maiorias das regiões com o mesmo tipo de terreno. Seu relevo é formado basicamente de planícies e em sua vegetação predominam florestas latifoliadas do tipo amazônico de terra firme e cerrados. Uma região de terreno arenoso e barrento, rica em barro amarelo, propício para produção de todos os tipos de verduras e cereais, como milho, arroz e feijão. A hidrografia da região é formada por aproximadamente 30 riachos, sendo os mais importantes riacho Açailândia, Itinga, Cajuapara, Pequiá, e os rios Gurupi e Pindaré. Apesar do elevado desmatamento pelas madeireiras, pecuaristas e carvoeiras, ainda é possível catalogar quase todos os tipos de animais, aves e insetos habitantes da pré-amazônia.

Localizado “a 04° 56’ 49” de latitude sul e 47° 30’ 18” de longitude oeste, distante 600 km da capital estadual e a 72 km de Imperatriz. Seu território de 5.806,307 km² abriga uma população estimada em 103.130 habitantes. A cidade sede do município é privilegiada

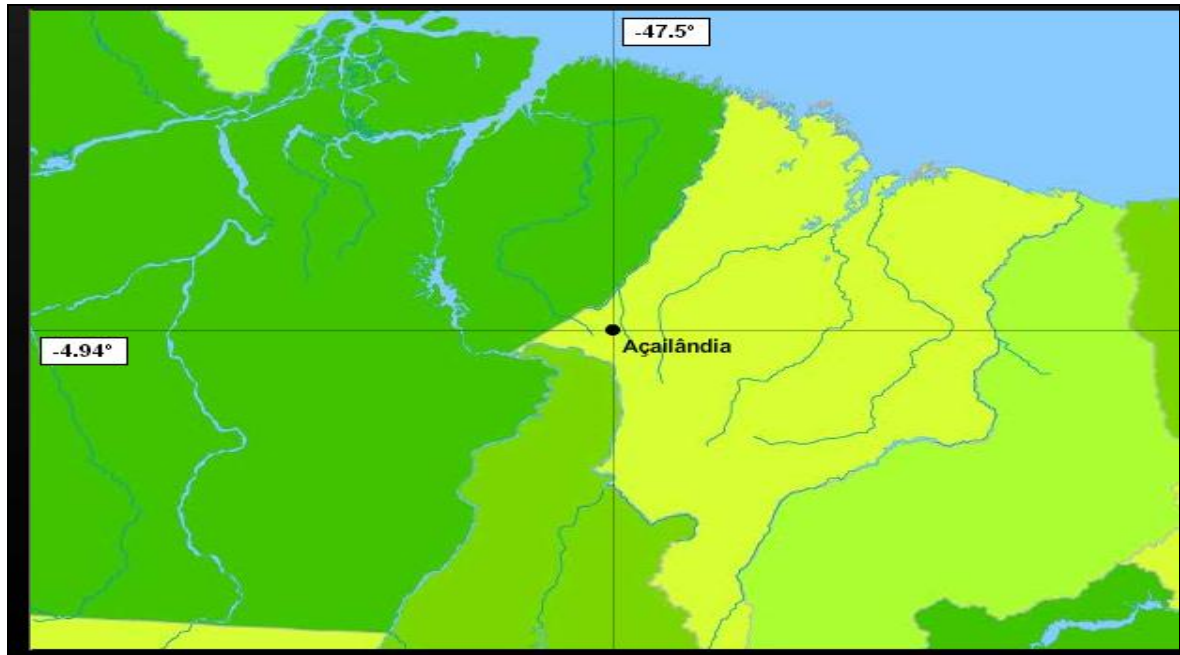
por sua localização no entroncamento da BR-010 (Belém-Brasília) com a BR-222 (que liga Açailândia com as demais regiões do Nordeste). É ainda o entroncamento da Ferrovia de Carajás com a Ferrovia Norte-Sul, constituindo-se no maior entroncamento rodo-ferroviário do Norte e Nordeste do Brasil (IBGE 2009) (Figuras 01, 02 e 03).

Figura 1 – Localização dos municípios do Maranhão.



Fonte: Portal do Governo do Estado do Maranhão / Secretaria de Estado da Saúde - Plano de Descentralização e Fortalecimento do Sistema de Vigilância em Saúde, Sanitária e Ambiental do Estado do Maranhão. Ano: 2010.

Figura 2 – Localização do município de Açailândia.

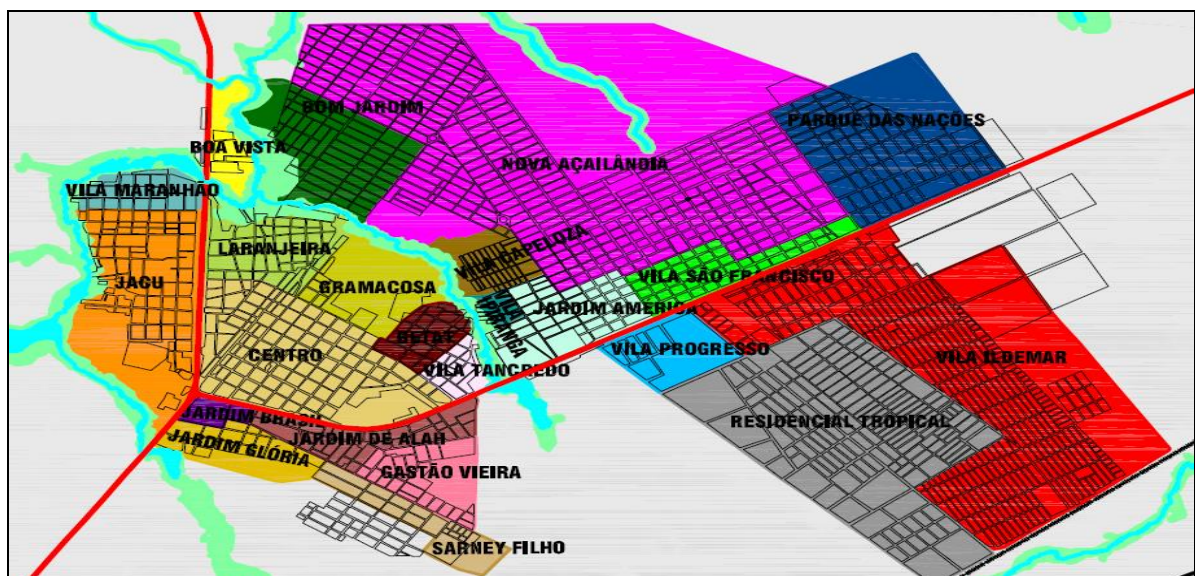


Fonte: IBGE, 2010

O município de Açailândia está localizado na mesorregião oeste maranhense e microrregião de Imperatriz, e tem limites com os seguintes municípios:

- Cidelândia, São Francisco do Brejão, Bom Jesus das Selvas, Itinga do Maranhão, Bom Jardim, João Lisboa e Rondon do Pará - PA. (IBGE, 2008).

Figura 3 – Centro urbano e bairros de Açailândia.



Fonte: Portal Município de Açailândia - Plano Diretor de Açailândia, 2010

6 ANÁLISE SITUACIONAL

6.1 Condições de Saúde da População - Perfil Demográfico

Tabela 1 – Taxas Demográficas

TAXAS MUNICIPAIS	VALOR
Índice de desenvolvimento humano - IDH (2000)	0,67
Índice de exclusão social (2000)	0,39
Analfabetismo (2003)	35.76 %

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Situação em Saúde, 2004

Tabela 2 – Situação de gestão do município

SITUAÇÃO DO MUNICÍPIO	
Pólo regional (PDR* 2004)	Inexistente
Macrorregião (PDR* 2004)	Imperatriz
Microrregião (PDR* 2004)	Açailândia
Sede do módulo assistencial (PDR* 2004)	Açailândia
Colegiado de gestão	Não existe colegiado de gestão
Condição de gestão atual	Pacto pela Saúde
Condição de gestão anterior	Plena do Sistema
* PDR - Plano Diretor de Regionalização	

Fonte: Sala de Situação em Saúde / Ministério da Saúde, 2010

Tabela 3 - Evolução Populacional

- 1991 83.820 1996 101.427 2000 88.320 2007 97.034

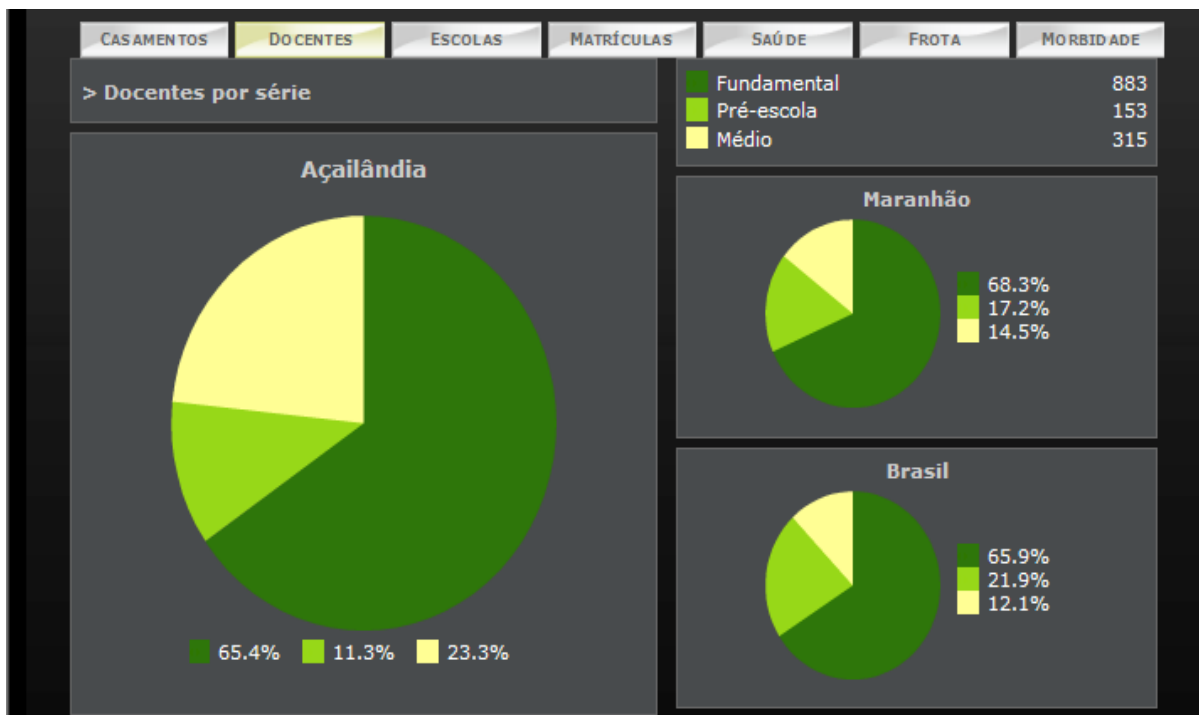
IDADES	HOMENS	MULHERES
0 a 4	5.536	5.319
5 a 9	5.431	5.457
10 a 14	5.752	5.822
15 a 19	5.475	5.464
20 a 24	4.472	4.563
25 a 29	3.437	3.552
30 a 34	3.068	3.167
35 a 39	2.761	2.741
40 a 44	2.097	2.028
45 a 49	1.646	1.604
50 a 54	1.396	1.417
55 a 59	980	868
60 a 64	760	850
65 a 69	554	477
70 a 74	449	285
75 a 79	237	162
80 a 84	109	155
85 a 89	87	107
90 a 94	24	11
95 a 99	-	-
100...	-	-

Fonte: IBGE, Estatística do Registro Civil de 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

6.2 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ENSINO – MATRÍCULA, DOCENTES E REDE ESCOLAR 2008, AÇAILÂNDIA – MARANHÃO.

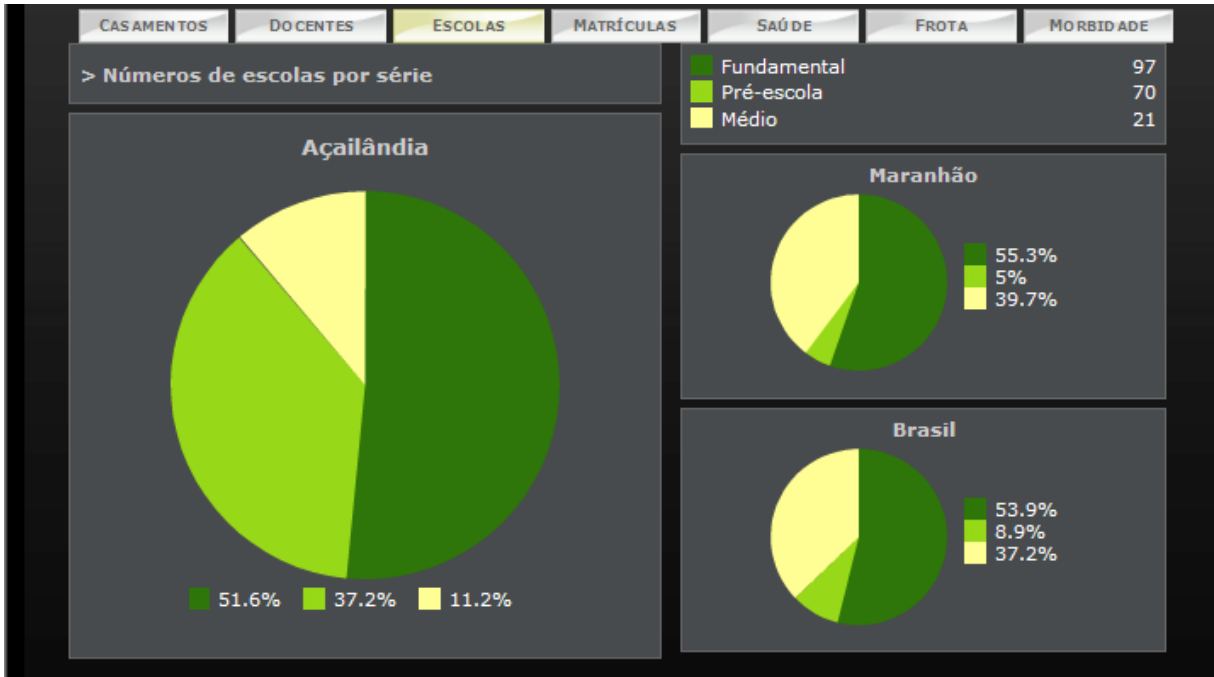
ENSINO - MATRÍCULAS, DOCENTES E REDE ESCOLAR 2008		
Matrícula - Ensino fundamental – 2008	22.015	Matrículas
Matrícula - Ensino médio – 2008	5.936	Matrículas
Docentes - Ensino fundamental – 2008	883	Docentes
Docentes - Ensino médio – 2008	315	Docentes

Fontes: IBGE - (1) Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2008; (2) Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo da Educação Superior 2007; NOTA: Atribui-se zeros aos valores dos municípios onde não há ocorrência da variável.



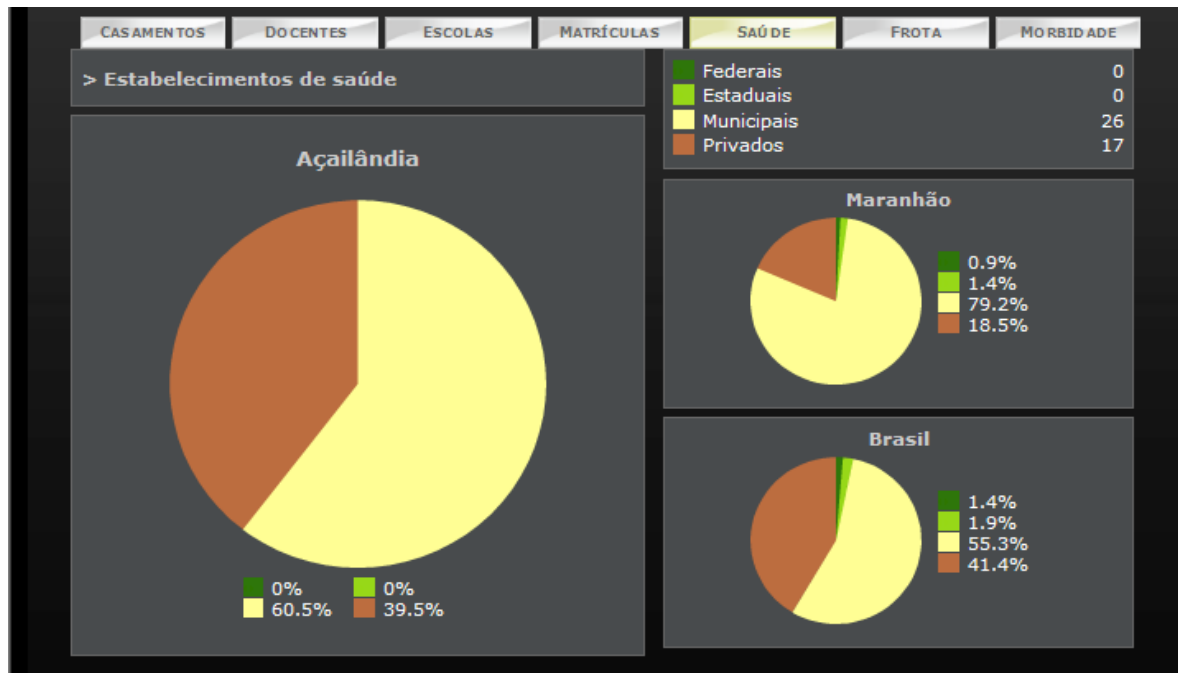
Comparativo de docentes.

Fontes: IBGE - (1) Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2008; (2) Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo da Educação Superior 2007; NOTA: Atribui-se zeros aos valores dos municípios onde não há ocorrência da variável.



Comparativo de numero de escolas por série

Fontes: IBGE - (1) Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2008; (2) Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo da Educação Superior 2007; NOTA: Atribui-se zeros aos valores dos municípios onde não há ocorrência da variável.



Comparativo de estabelecimentos de Saúde.

Fontes: Brasil.Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **DATASUS 2008.**

NOTA 1: Atribui-se zeros aos valores dos municípios onde não há ocorrência da variável. NOTA 2: Atribui-se a expressão dado **não informado** às variáveis onde os valores dos municípios não foram informados.

6.3 Perfil Socioeconômico

Tabela – Taxa Sócia Econômica Municipal

TAXAS MUNICIPAIS	VALOR
Densidade demográfica (2000)	4.5 hab./ km ²
Razão de sexo - nº de homens por 100 mulheres (2005)	101
Esperança de vida ao nascer (2000)	62,30 anos
Crescimento populacional (2000)	0.48
Fecundidade (2000)	3.27
Grau de urbanização (2005)	72.6
Proporção de idosos (2005)	4.8

Fonte: IBGE 2010

6.4 Perfil Epidemiológico

A análise dos dados da mortalidade permite a construção de importantes dados, como a letalidade de agravos dos quais se conheça a incidência, a faixa etária, a causa básica do óbito, sexo e outras informações que possa delinear o perfil de saúde numa região.

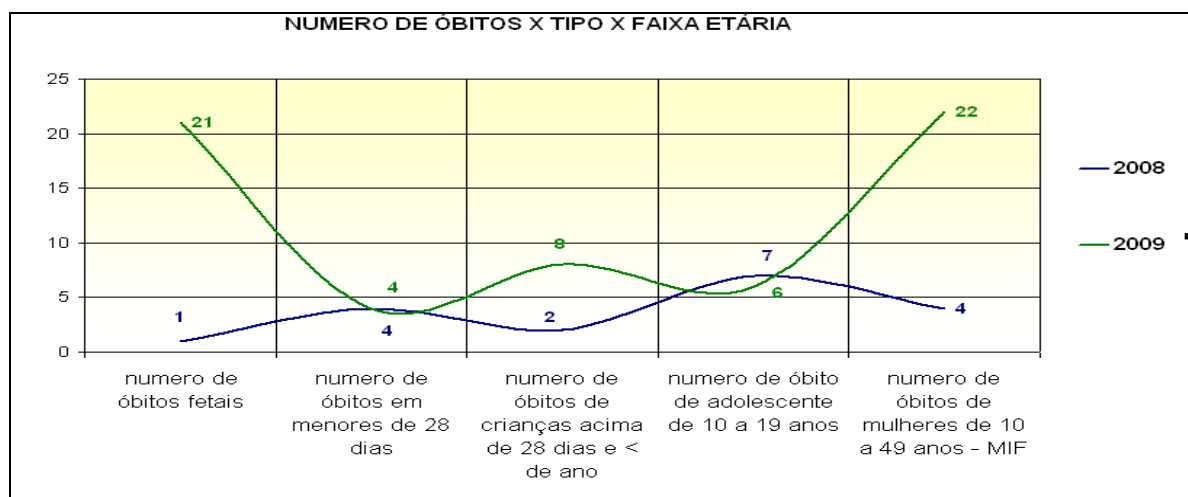


Gráfico: Número de Óbitos X Tipo X Faixa Etária

Fonte: SIM / VIG. EM SAÚDE / SEMUS AÇAILÂNDIA – MA 2010

No município de Açailândia, de acordo com os dados coletados no Sistema de Mortalidade, existe uma alta incidência de Mortalidade infantil - óbitos de crianças menores

de um ano ocorridos em uma determinada área em dado espaço de tempo. Ressalta-se o crescimento de óbitos fatais todos necessitando serem investigados.

O Gráfico acima reflete ainda a qualidade da rede de atenção á saúde da mulher, atenção à gravidez e ao parto, além de avaliar á saúde materno-infantil. Após a análise das principais causas de mortes nas mulheres de 10 a 49 anos, período considerado como fértil, predomina-se, como na mortalidade geral. Ressalta que se encontra em implantação o Comitê de Mortalidade Materna e Infantil.

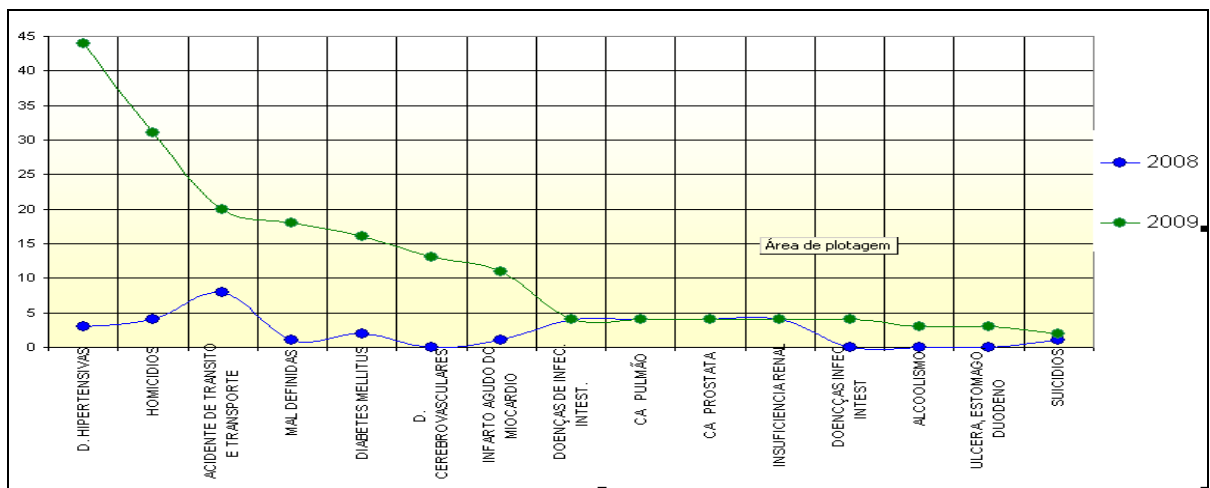


Gráfico: Numero dos principais óbitos não fatais por causa básica x ano.
Fonte: SEMUS / VIG. EM SAÚDE / AÇAILÂNDIA – MA 2010

O gráfico 2 apresenta uma diversidade de causas de óbitos em Açailândia. Destaca-se os óbitos causados pelas Doenças Hipertensivas, Homicídios e Acidentes de Trânsitos. Estes indicadores são importantes para análise do nível de vida do qual a saúde faz parte, além conter dados importantes para tomada de medidas cabíveis pelo município.

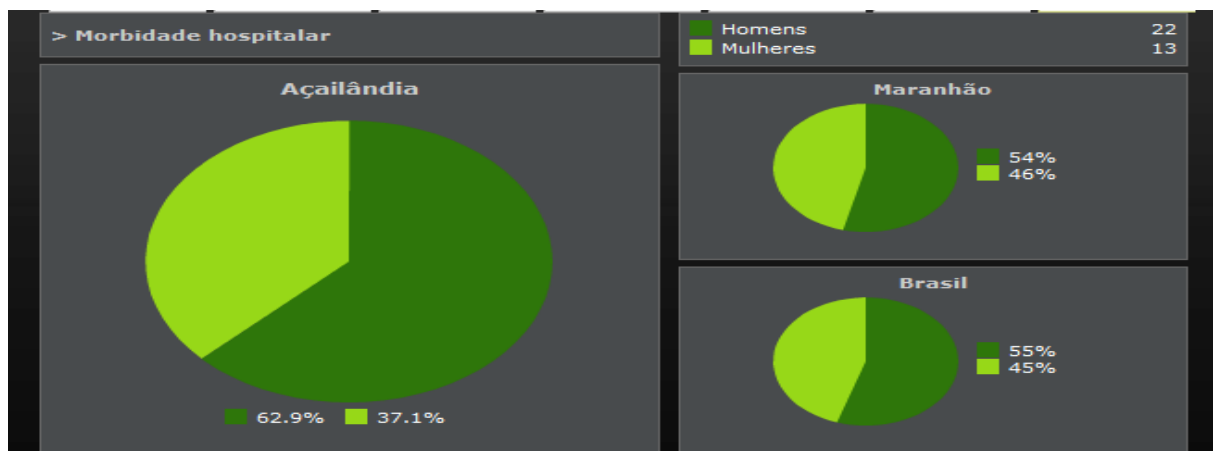


Gráfico: Morbidade Hospitalar
Fontes: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2008. NOTA 1: Atribui-se zeros aos valores dos municípios onde não há ocorrência da variável. NOTA 2: Atribui-se a expressão dado não informado às variáveis onde os valores dos municípios não foram informados. 2010

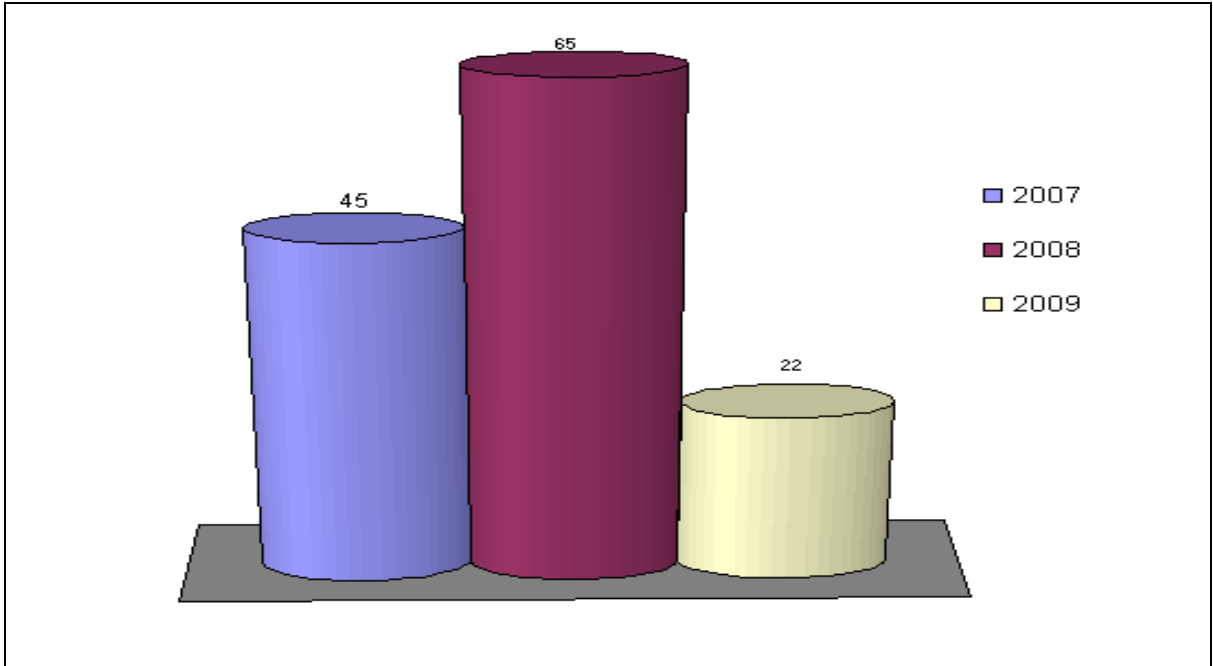


Gráfico: Número de casos confirmados de Dengue X Ano
Fonte: SINAN / Vigilância Epidemiológica 2010

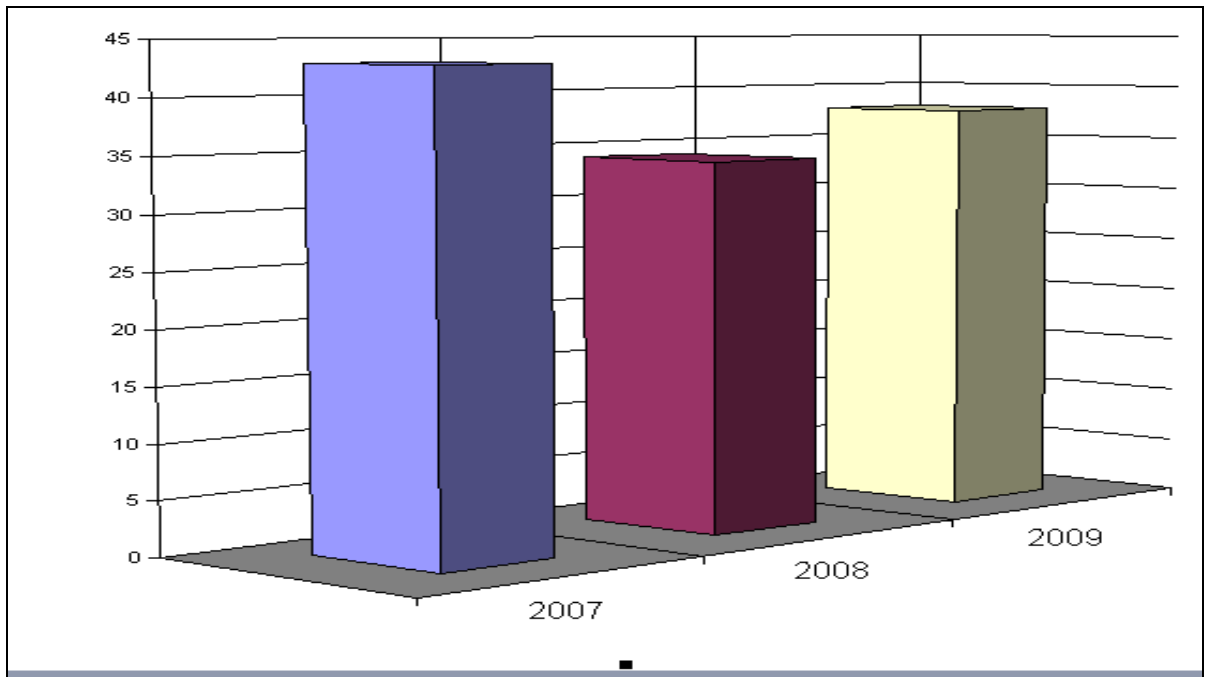


Gráfico: Numero de casos de hanseníase Confirmado X Ano
Fonte: SINAN / Vigilância Epidemiológica 2010

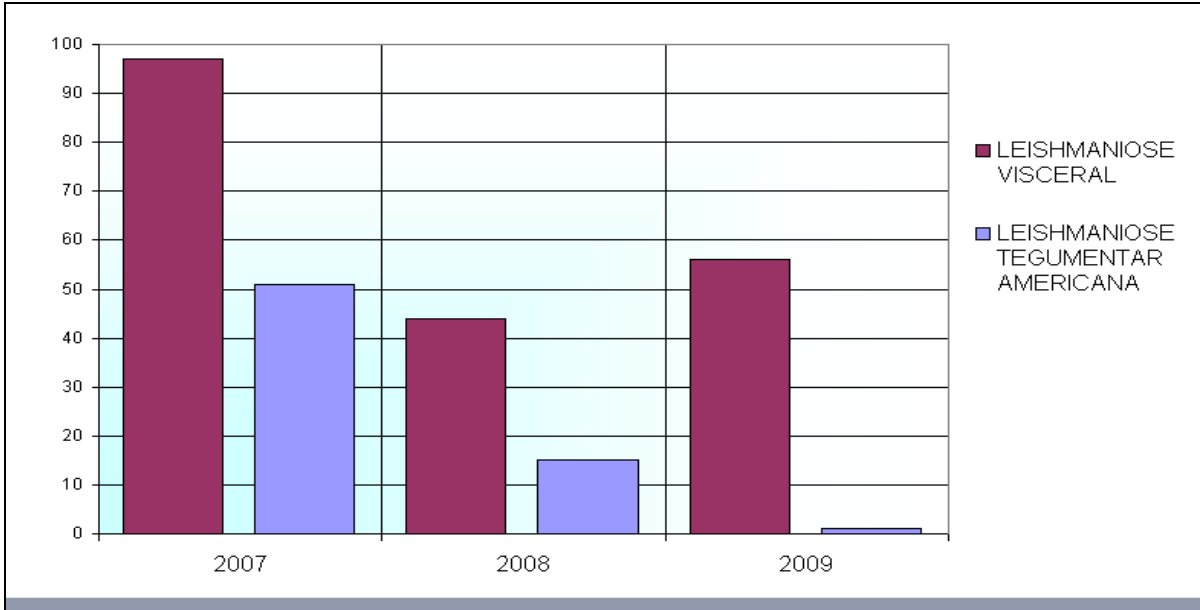


Gráfico: Número de Casos Confirmados de Leishmaniose Tegumentar E Visceral X Ano
Fonte: SINAN / Vigilância Epidemiológica

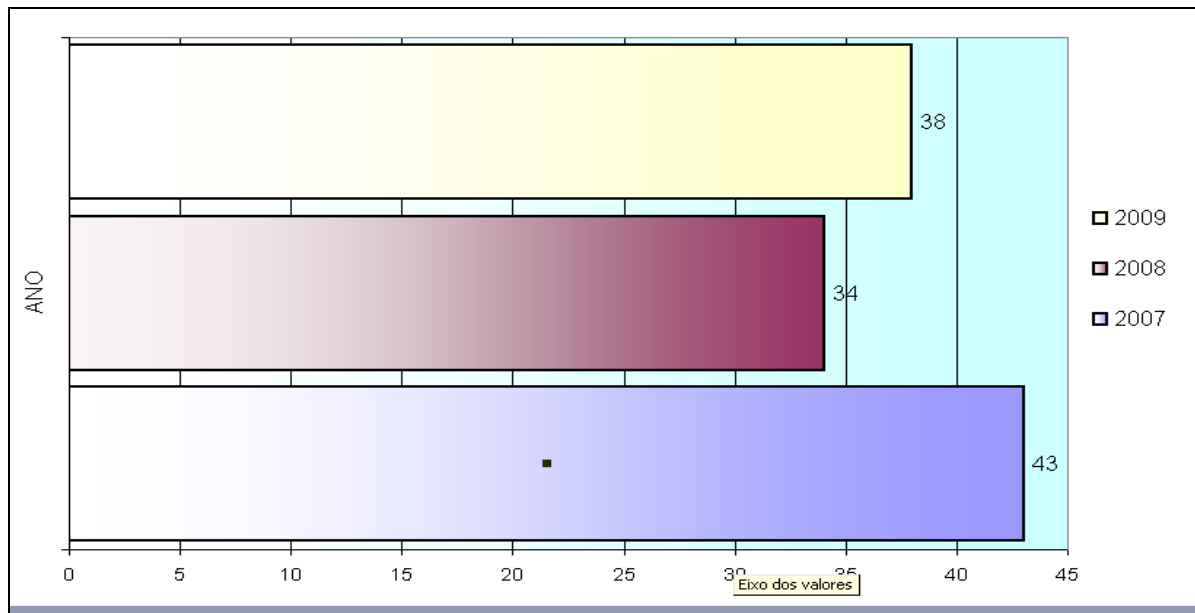


Gráfico: Número de Casos de Tuberculose X Ano
Fonte: SINAN / Vigilância Epidemiológica 2010

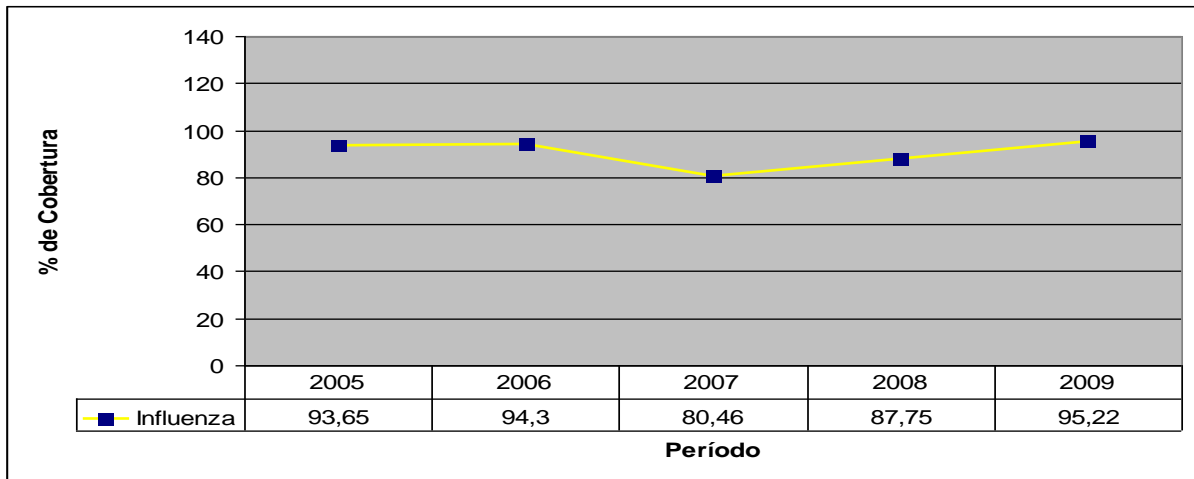


Gráfico: Cobertura Vacinal da Campanha Contra Influenza no Período de 2005-2009, Açailândia – MA
 Fonte: SEMUS / Vig. em saúde API / Açailândia - MA 2010

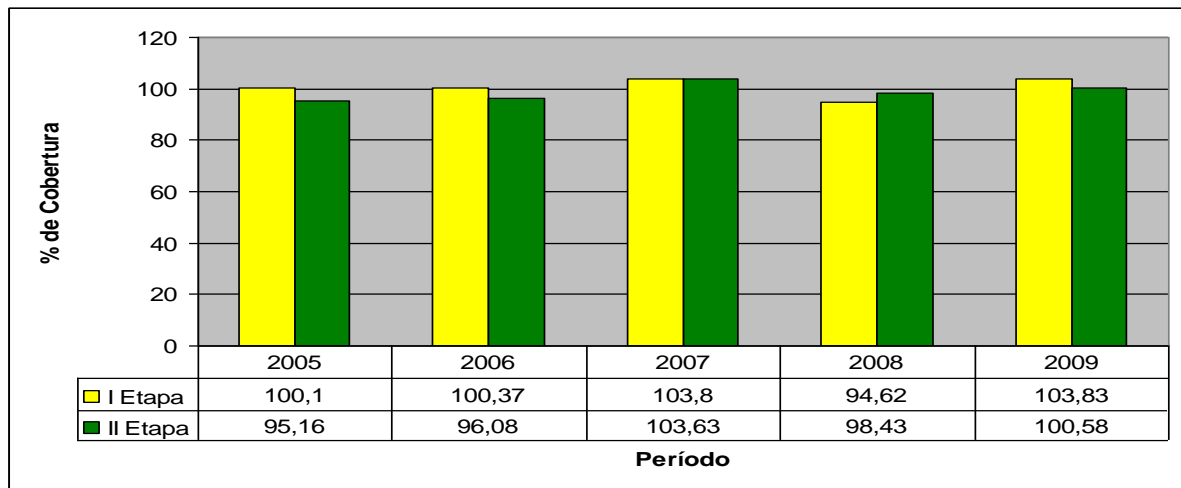


Gráfico: Cobertura Vacinal das Campanhas Contra Poliomielite, 1ª E 2ª Etapa, No Período de 2005 A 2009, Açailândia – MA
 Fonte: SEMUS / Vig. em saúde API / Açailândia - MA

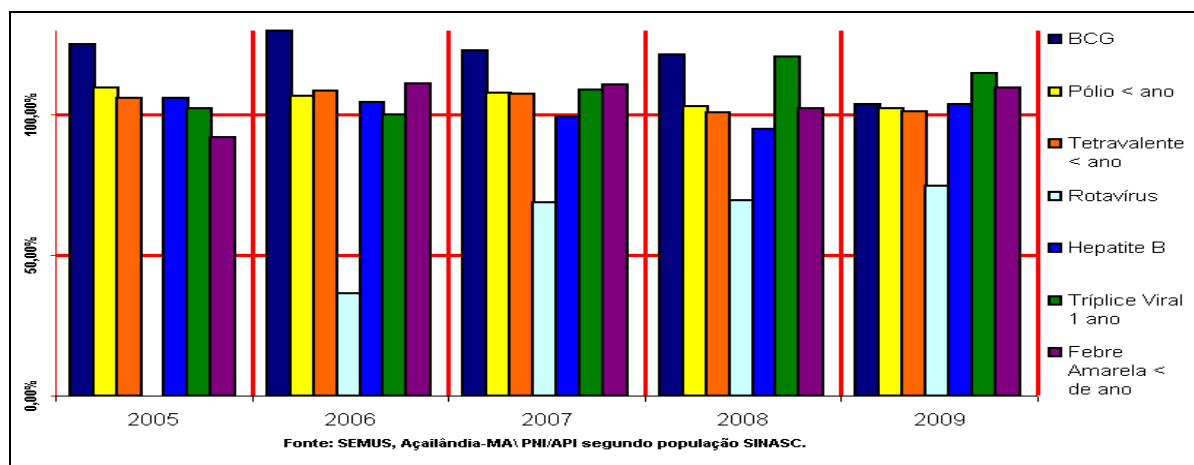


Gráfico: Percentual de Cobertura Vacinal em Açailândia Período de 2005 A 2009.
 Fonte: SEMUS / Vig. em saúde API / Açailândia – MA 2010

7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde - VS é um departamento que se expressa no acompanhamento da saúde da população através de um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo, da coletividade e ambiental pela intervenção nos problemas que podem desencadeá-los. Seguindo uma das diretrizes do SUS que é a descentralização, o município tem assumido gradativamente as ações de vigilância em saúde, permitindo assim maior agilidade na identificação de doenças, agravos e outros fatores que possam comprometer a saúde dos indivíduos e do meio-ambiente.

A VS de Açailândia tem como suas áreas de responsabilidade: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância das Doenças Transmissíveis e não Transmissíveis (em implantação), Vigilância Ambiental / Controle de Zoonoses, Programa DST/AIDS, Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Vigilância da Saúde do Trabalhador. O Objetivo é avançar na maneira de promover saúde, proporcionando maior qualidade de vida. São incluídas nessa abordagem as ações de controle sanitário de alimentos, o controle de risco ocupacional nos ambiente de trabalho, o controle de focos e fontes de doenças transmissíveis, fármaco-vigilância e o monitoramento e redução de agravos de doenças. A avaliação do risco epidemiológico e a análise do impacto de determinados eventos sobre a saúde da população fundamentam a programação das atividades da Vigilância em Saúde.

Funciona em prédio próprio situado na Rua São Paulo, s/n – Centro, onde funcionam no mesmo prédio a Vigilância Epidemiológica, Controle de vetores, Vigilância Ambiental, Programa de Imunização – PNI, Controle de Leishmaniose e o Núcleo de Educação em Saúde (em mudança). O Centro de Controle de Agravos – CCA, fica situado a Rua Fortaleza, s/n – Centro, onde funcionam os seguintes programas: Controle de Tuberculose, Controle de Hanseníase. Na Rua Duque de Caxias, s/n – Centro, funciona o Programa Municipal de DST / HIV / AIDS, A Vigilância Sanitária funciona na Rua São Francisco e a Vigilância Alimentar e Nutricional funciona no anexo ao prédio da Secretaria de Saúde, localizada à Rua Maranhão, 1555 – Getat. Existe ainda um prédio onde funciona o Centro de Controle de Zoonoses na saída da cidade direção Imperatriz - Belém, onde o mesmo tem a estrutura adequada para atender a atividade de controle de zoonoses, apreensão de cães e animais de pequeno e grande porte.

Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica tem por missão conhecer o perfil dos agravos ocorridos no município, monitorando a ocorrência de agravos de notificação compulsória e buscando conhecer os fatores relacionados à sua ocorrência. Também, coordena as ações necessárias à prevenção e controle de doenças transmissíveis, identificando mudanças de comportamento das doenças e atuando de forma oportuna e coordenada na ocorrência de surtos ou surgimento de doenças inusitadas.

É de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica: Planejar, acompanhar, coordenar e organizar atividades de controle de doenças agudas e inusitadas, a vigilância dos óbitos maternos e infantis por meio do comitê de mortalidade materno Infantil (em implantação), a operacionalização do Programa de Imunização, o Controle de Vetores, bem como a alimentação e gestão dos sistemas de informação. É imprescindível para o planejamento de ações na assistência o conhecimento do Perfil Epidemiológico, assim se faz necessária a criação de mecanismo de comunicação com os profissionais de saúde e gestores para nortear as ações e serviços de saúde do município.

O Comitê de Prevenção a Mortalidade Materno Infantil visa à identificação dos óbitos e apontamento de medidas de intervenção para a redução da mortalidade. Tem por objetivo promover a avaliação contínua das mudanças nos índices de mortalidade perinatal e infantil e dos fatores que as provocam e apresentar propostas de medidas de intervenção estimulando a criação de estratégias para redução da mortalidade materna infantil (PACTO PELA VIDA – 2006).

As investigações dos óbitos são realizadas a partir da vigilância epidemiológica, utilizando como metodologia a busca ativa desses óbitos. Os dados são levantados por meio dos prontuários, da Unidade Básica de Saúde, Carteira de Pré-Natal, prontuário hospitalar onde ocorreu o nascimento e o óbito nos casos neonatal e ambulatorial quando houver, visita domiciliar, declaração de óbito, declaração de nascido vivo, informações de agentes comunitários de Saúde. O Comitê cria um espaço importante de reflexão sobre a qualidade da assistência materno-infantil subsidiando o planejamento das ações e medidas concretas de intervenção diretamente articulada à realidade local.

Vigilância Sanitária

O objeto de interesse da Vigilância Sanitária são os riscos sanitários decorrentes da produção, distribuição, comercialização e uso de bens de capital e de consumo e da prestação de serviços de interesse da saúde. A Vigilância Sanitária deve exercer também a fiscalização e o controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho, habitação e de lazer. A VISA Municipal está organizada administrativamente da seguinte forma: dividida por área de atuação: Área de serviços e produtos, Alimentos, Meio Ambiente. O planejamento das ações é realizado anualmente por meio da PAP-VS (Pactuação de Ações Prioritárias em Vigilância à Saúde) conforme as diretrizes Nacionais e Estaduais e o critério de risco dos estabelecimentos, sendo que os considerados de risco são realizados inspeções em 100% dos estabelecimentos.

Vigilância Ambiental

Na área de Vigilância Ambiental de Açailândia – VSA, a atuação está voltada para agravos em que o meio ambiente representa fator de risco para a saúde, incluindo as zoonoses (em especial as transmitidas por vetores); intoxicações e acidentes por animais peçonhentos; e, também, para a vigilância de fatores ambientais que podem representar risco à saúde pública, como: a água para consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais e produtos perigosos. A responsabilidade do controle e monitoramento da qualidade da água é compartilhada entre o município e o estado, sendo que o município realiza coleta de 20 amostras mês e envia a imperatriz (referência conforme acordo entre os municípios e estado) para análise da amostra coletada. Na ocorrência de amostras insatisfatórias a VSA realiza ações corretivas necessárias para adequação do sistema de distribuição de água de acordo com legislação vigente. Ações:

- Coordenação das ações e programas implantados descritos acima;
- Notificação e investigação dos agravos de notificação compulsória incluídos no SINAN;
- Monitoramento dos casos suspeitos e ou confirmados dos agravos de notificação compulsória;
- Alimentação e avaliação da base de dados dos sistemas de informação e publicação dos indicadores epidemiológicos do município;
- Elaboração de estratégias para o enfrentamento dos agravos crônicos e agudos, de acordo com o perfil epidemiológico do município;
- Realização de capacitações e atividades educativas voltadas tanto aos profissionais de saúde, como a população em geral;

- Articulação intersetorial da Coordenação da Vigilância em Saúde com as demais coordenações do Bloco de VS e coordenadores dos programas da Secretaria Municipal de Saúde;
- Articulação com a Unidade Regional de Saúde e Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado (DIVE).
- Pactuação dos Indicadores epidemiológicos, bem como metas e estratégias para o acompanhamento dos agravos e situação de saúde da população.

Programa de Imunização – PNI

O Programa Nacional de Imunização – PNI apresenta as seguintes diretrizes; Ações voltadas para o controle e erradicação das doenças imunopreveníveis; Mantém as ações da vigilância em saúde no controle da erradicação da Poliomielite; busca obter níveis de cobertura vacinal no mínimo 95%, para as vacinas segundo calendário básico vacinal e melhorar a notificação de: eventos adversos pós-vacinais, atendimentos por animais peçonhentos e agressões por animais (vacinação anti-rábica humana).

Programa Municipal de DST / HIV / AIDS

É o programa responsável por planejar, executar, monitorar e avaliar as ações referentes ao diagnóstico, tratamento, controle e prevenção das DST “s / HIV – AIDS. É responsável também pela definição das políticas públicas referentes à epidemia de AIDS e outras DST”s no município. O PM – DST/AIDS de Açailândia é regulamentado pela Portaria Ministerial nº 685 de 30 de março de 2006. Subdivide-se em três modalidades de serviços diferenciados descritos no organograma abaixo:

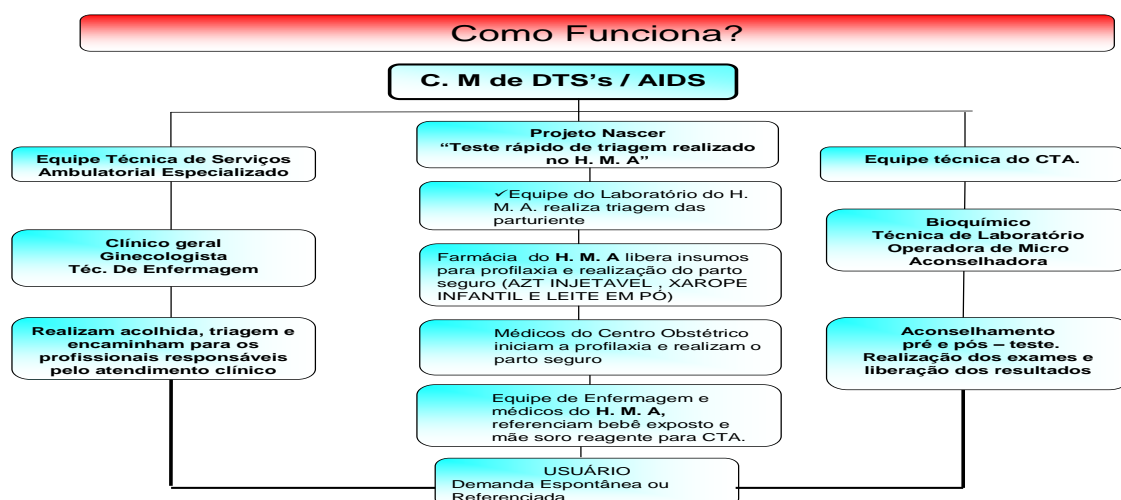


Figura 9 – Organograma do Programa Municipal de DST / HIV / AIDS
Fonte: PE – DST / AIDS.

Tabela 6 - Perfil da Epidemia de HIV

ITEM	TOTAL ABSOLUTO OU %
Número de casos notificados segundo residência (cumulativo)	92
Número de homens	57
Número de mulheres	35
Taxa de incidência 2.009 (população de referência: 100.000)	6 %
Coeficiente de mortalidade: ano base: 2.008	1 %

Fonte: PE – DST / AIDS 2010

Tabela 5 - Indicadores epidemiológicos - AIDS - casos e taxa por 100.000 habitantes. Taxa de incidência geral

	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa
Município	7	7,67	6	6,42	5	5,22	6	6,11	6	5,79	8	7,52	16	14,67	3	3,00
Estado	319	5,57	357	6,15	466	7,93	485	8,16	359	5,88	455	7,36	417	6,66	323	5,12

Fonte: Sala de Situação em Saúde / Ministério da Saúde 2010

Tabela 6 - Taxa de mortalidade

	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa	Nº. Casos	Taxa
Município	2	2,19	2	2,14	2	2,09	0	0,00	4	3,86	1	0,94	3	2,75	4	4,00
Estado	121	2,11	130	2,24	160	2,72	146	2,46	206	3,38	178	2,88	240	3,83	236	3,74

Fonte: Sala de Situação em Saúde / Ministério da Saúde 2010

Vigilância Alimentar e Nutricional

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, SISVAN, foram propostos primeiramente pelo INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição) em 1976, mas somente em 1990, após a promulgação da Lei 8080/1990, e com a publicação da Portaria 1.156 publicada em 31 de agosto desse mesmo ano, é que o SISVAN foi estabelecido nacionalmente. O Sistema foi concebido sobre três eixos:

I - formular políticas públicas;

II - planejar, acompanhar e avaliar programas sociais relacionados à alimentação e nutrição; e
III - avaliar a eficácia das ações governamentais. Dessa forma cumpre seu papel em auxiliar os gestores públicos na gestão de políticas de alimentação e nutrição.

A Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN é um valioso instrumento de apoio às ações de promoção da saúde que o Ministério da Saúde oferece aos profissionais da área e aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, visando a aumentar a qualidade da assistência à população. Valorizar a avaliação do estado nutricional é atitude essencial ao aperfeiçoamento da assistência e da promoção à saúde. São contempladas pela Vigilância Alimentar e Nutricional todas as fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Na saúde o SISVAN é uma ferramenta para obtenção de dados de monitoramento do Estado Nutricional e do Consumo Alimentar das pessoas que freqüentam as Unidades Básicas do SUS.

8 ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

De acordo com a Portaria GM 648/2006 que trata sobre a Política Nacional da Atenção Básica pactuada e aprovada mediante os princípios e diretrizes propostas pelo Pacto pela Saúde a partir da revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica tem como instrumento principal a Estratégia Saúde da Família – ESF, a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – EACS, bem como todos os Programas inseridos no contexto da atenção. Por isso é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial,

operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde dos municípios.

Por sua vez, a cidade de Açailândia conta com quinze (15) equipes da ESF distribuídos entre zona urbana e rural, das quais 2 são equipes pertencentes à zona rural. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as Equipes Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a Atenção Básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. A cobertura atual é de 52% para as Equipes de Saúde da Família e 60% para cobertura de famílias acompanhadas. Vale ressaltar que uma das dificuldades marcantes em não conseguir ampliar a ESF é a mão de obra qualificada especificamente do profissional médico, visto que a ausência desse profissional vai de encontro às diretrizes do SUS dificultando sobretudo, o alcance das metas propostas pelos programas inseridos na AB. Destaca-se que a Atenção Básica do município se depara diante de um desafio de amplas dimensões para técnicos, administradores e para a população e articula em si, várias faces e perspectivas tais como, estrutural e político-administrativo.

A Coordenação da Atenção Básica – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e Estratégia Saúde da Família - ESF funcionam na Secretaria de Saúde à Rua Maranhão, 1555 - Getat, onde é realizada as tomadas de decisões referentes ao funcionamento dos programas, das equipes e das unidades de saúde. Tem-se 15 equipes da ESF distribuídos entre zona urbana e rural das quais são 232 Agentes Comunitários de Saúde credenciados pelo Ministério da Saúde, totalizando 22 Unidades Básicas e Postos de Saúde que ficam distribuídos da seguinte forma:

Tabela 7 – Unidade de Saúde de Açailândia: ESF.

UNIDADE DE SAÚDE	CNES	ENDEREÇO	ÁREA DE ABRANGÊNCIA	Nº DE ACS	Nº ESB EXIST	Nº DE FAMÍLIAS CADASTRADAS
ESF Jacu	2462966	R- Medeiros Neto, 507 – Jacu	Jacu e Vila Maranhão	09	-----	1.095
ESF Bom Jardim\Laranja	2463024	Rua Bahia, s/n - Laranjeira	Bom jardim, laranjeiras e Nova Açailândia	24	-----	2.801
ESF Capeloza	2462958	R- Norte Sul, 242, Vila Capeloza	Vila Capeloza e Vila Ipiranga	07	01	902

ESF Vila São Francisco	3811425	R- Imperatriz, 512 – Vila São Francisco	São Francisco (Baixão) Jardim América e Parque das Nações	10	01	1.044
ESF XIII e XIV Av. Principal	3563373	Quadra 57, Lote 123 e 125 – Vila Ildemar	Vila Ildemar	15	01	1.816
ESF Tropical e Planalto	5600251	Conjunto COHAB, 21 - Vila Ildemar	Vila Ildemar	18	-----	2.075
ESF Primavera	3563383	Quadra 190, Lote 331 - Vila Ildemar	Vila Ildemar	08	-----	948
ESF XI e XII Pequiá	3563472	Avenida Castelo Branco, s/n - Pequiá	Pequiá	16	01	1.688
ESF X Plano da Serra	5138035	Rua Principal, s/n – Plano da Serra	Plano da Serra	08	01	992
ESF Novo Bacabal	2463032	BR 222, s/n – Novo Bacabal	Novo Bacabal, Córrego Novo e Reta	12	-----	841
ESF Sudelândia (50 Bis)	2463008	Rua Santo Antonio, s/n – 50 Bis	Sudelândia, Conq. Lagoa, Terra Nova, Nova Vitória e Macaúba	10	-----	645
TOTAL				137	05	14.847

Fonte: SIAB, CNES, SMS

Tabela 8 – Unidade de Saúde de Açailândia: PASCs.

UBS / POSTO DE SAÚDE	CNES	ENDEREÇO
UBS João Paulo II	5980674	Rua Alagoas, Quadra 07, Lote 17 – Vila Ildemar
Posto de Saúde CAIC	2360500	CAIC, s/n – Jardim de Alah
Posto de Saúde II do Pequiá	2462931	BR 222, s/n – Pequiá
Posto de Saúde Córrego Novo	2462990	Rua Paraguai, s/n – Córrego Novo
Posto de Saúde Nova Conquista	5097142	Assentamento Nova Conquista s/n
PS Conquista da Lagoa	5729009	Rua Santo Antonio, 11 - Conquista da Lagoa
PS Macaúba	5728932	Rua D. Pedro I, s/n – Macaúba
PS Nova Vitória	5728878	Assentamento Nova Vitória, s/n -
PS Planalto I	5728908	BR 222, s/n - Planalto I
PS Califórnia	5097126	R- Oziel Alves, Quadra 06, Lote 07 – Assentamento Califórnia

A Atenção Básica ainda é composta pelos seguintes programas:

- Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher - PAISM, funciona na SEMUS;
- Programa Saúde do Adulto funciona na SEMUS e é composto pelos os seguintes segmentos: Hipertensão (HA e DM); Saúde do homem; Saúde do Idoso; e Controle do Tabagismo,
- Programa Saúde da Criança funciona no prédio da Vigilância em Saúde;
- Programa Saúde do Adolescente – PROSAD, funciona no prédio do Centro de Especialidades Médicas de Açailândia - Santa Bárbara;
- Programa Saúde Bucal, funciona nas unidades de saúde junto com os programas de ESF/EACS.

A Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, funciona na Rua Maranhão, 1555 – Getat, onde funcionam alguns programas já citados, tendo como funcionamento principal o atendimento do Secretário de Saúde, da Coordenação de Ações em Saúde, Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria – CRAA, Assessoria de Planejamento, Projetos e

Convênio, Recursos Humanos, Assessoria Jurídica, Tratamento Fora de Domicílio – TFD, e Centro de Processamento de Dados – CPD.

Alguns Departamentos/setores e programas funcionam em prédios alugados, não construídos para os fins, e que foram adaptados para o uso em saúde, e não poderão sofrer intervenção maior, tanto por conta de espaço físico disponível, quanto pelo fato de não serem próprios municipais.

Quanto às condições dos prédios onde estão instaladas as unidades de saúde, alguns estão necessitando Intervenções que envolvam ações estruturais (reformas), bem como ações de manutenção e ou ampliação.

Estratégia Saúde da Família

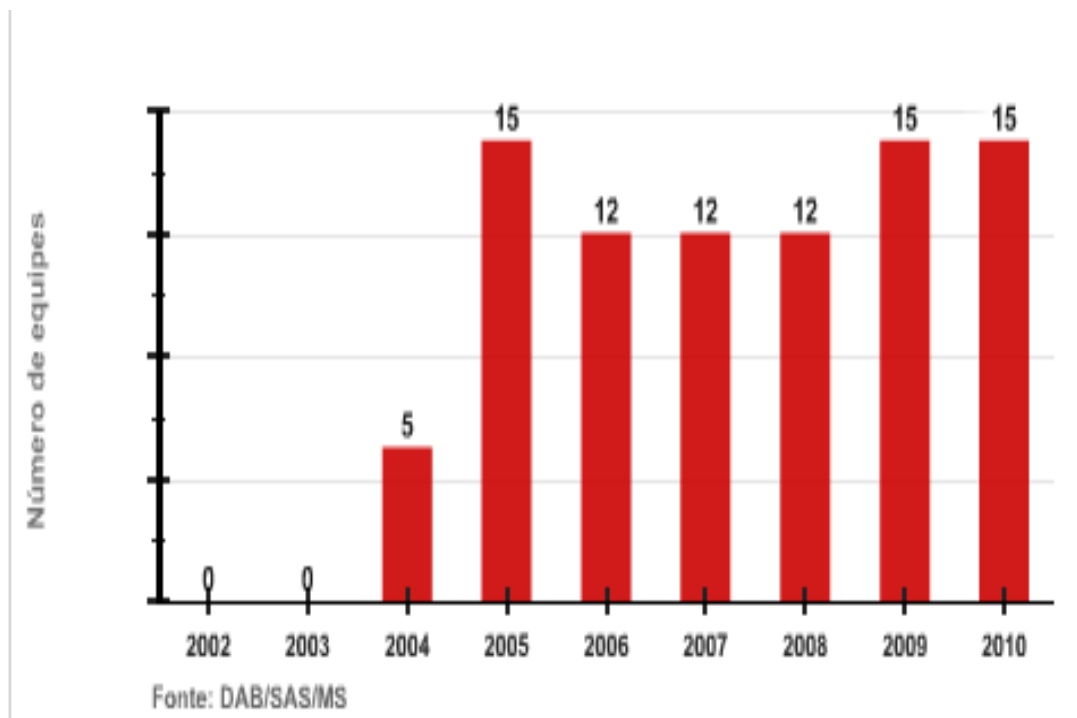


Gráfico: Numero de Equipes de Saúde da Família

Obs.: O cálculo da população coberta e dos demais valores do programa é feito a partir da base populacional publicada na portaria MS 3.067, de 23 de dezembro de 2008, e utilizada para determinação do PAB do município. Em 2010, informações referentes ao mês de fevereiro.

Estratégia de Agentes Comunitários de saúde – EACS

A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde vem fortalecendo e expandindo cada vez mais as ações com a prevenção de doenças e a promoção da saúde através da melhora

dos indicadores e acolhimento do cidadão na Atenção Básica, o município conta hoje com 234 Agentes Comunitários de Saúde credenciados pelo Ministério da Saúde. A Atenção Básica do município de Açaílândia é garantida mediante a participação de toda a rede onde as equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, fazem parte deste contexto os seguintes programas:

Gráfico: Cobertura Populacional do EACS

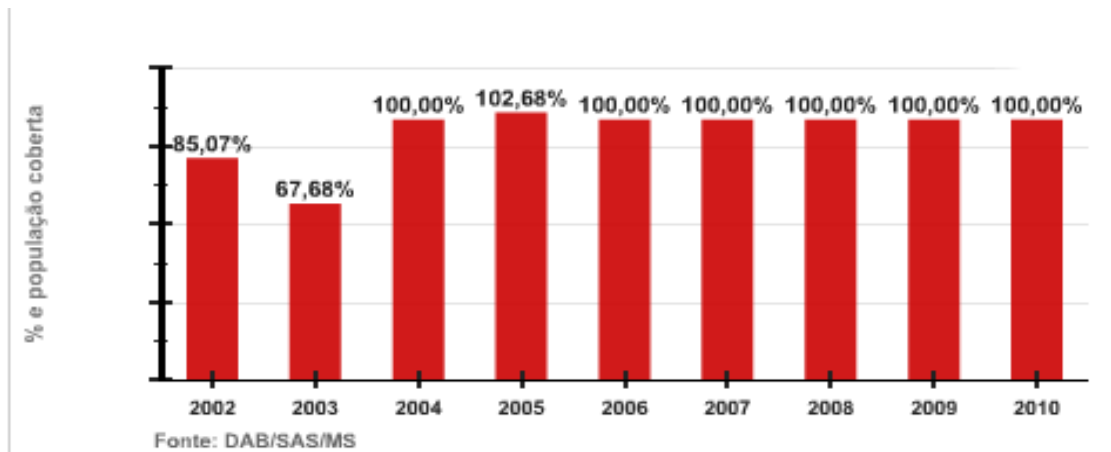
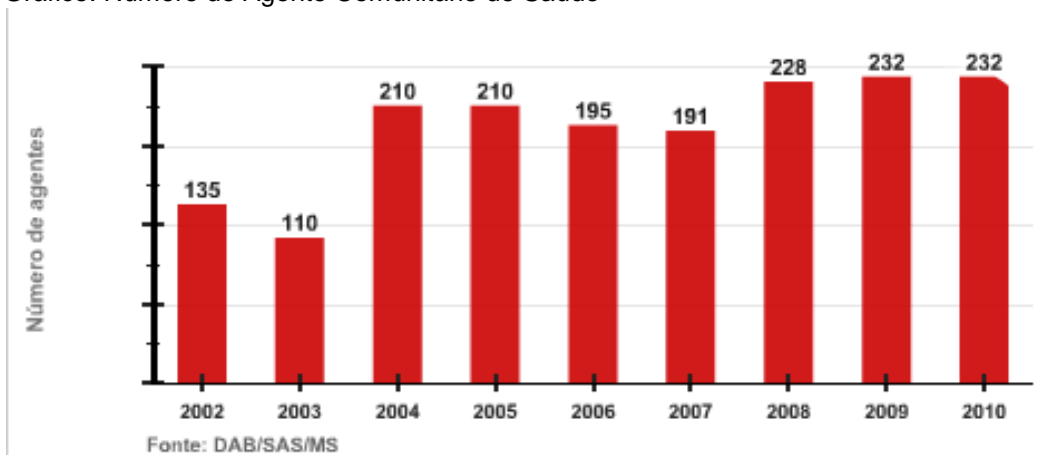


Gráfico: Número de Agente Comunitário de Saúde



Fonte: Sala de situação: Obs.: O cálculo da população coberta e dos demais valores do programa é feito a partir da base populacional publicada na portaria MS 3.067, de 23 de dezembro de 2008, e utilizada para determinação do PAB do município. *Em 2010, informações referentes ao mês de fevereiro.

Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher- PAISM

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher - PAISM tem como diretrizes ampliar, qualificar e humanizar a atenção à saúde da mulher diminuindo a incidência de câncer de mama e colo uterino, bem como reduzir o número de óbitos materno, a prevalência

de DST/AIDS e garantir o planejamento familiar para um percentual significativo da população alvo.

Programa Saúde do Adulto – PAS

O Programa de Saúde do Adulto deve-se assegurar ao cidadão o acesso às informações sobre medidas preventivas abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos, e materiais educativos, contemplando todo elenco da saúde do adulto, no tocante às doenças crônico-degenerativas, dentro dos sub-sistemas que compreende, o Município assegura a **Saúde do adulto- Hipertensão (HA e DM); Saúde do homem**, buscando atender suas peculiaridades; **Saúde do Idoso**, respeitando as suas fragilidades; **Saúde do trabalhador**, garantindo os seus direitos e **Controle do Tabagismo**, respeitando a autonomia e esclarecendo os riscos e agravos, Devemos assegurar também a promoção da saúde com vista à despertar para os riscos que acometem os sedentários e obesos e aos portadores de necessidades especiais o acesso e a agilidade do atendimento, vigiar, notificar e informar as Dant's o município encontra-se em fase de implementação e implantação de alguns sub-sistemas para que seja trabalhado todos eles dentro das diretrizes e metas propostas.

Programa Saúde da Criança – PAISC

O município de Açailândia no Programa Saúde da Criança busca dar condições para atendimento integral de 0 a 5 anos com prioridade para os grupos de risco através do aumento da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento visando a diminuição da morbimortalidade infantil nas ações de acompanhar o crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos e recém-nascidos com baixo peso, considerados de maior risco. Visa também, garantir o fornecimento de suplemento de sulfato ferroso e vitamina A, as ações intersectoriais reintegrando trabalhadores de saúde as atividades previstas de saúde da criança de forma continuada, além de fortalecer as ações integradoras com os programas de saúde ESF, EACS e outros órgãos intra e extra governamental ligado a criança, bem como a redução da taxa de mortalidade neonatal e infantil dentre outras ações.

Programa Saúde do Adolescente – PROSAD

O Programa Saúde do Adolescente - PROSAD fundamenta-se numa política de Promoção de Saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, respeitadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantindo aos adolescentes às ações e serviços de saúde, prevenção, atenção de agravos e doenças, de forma integral, resolutiva e participativa. Na organização da atenção à saúde do adolescente deve ser levado em consideração os seguintes aspectos: Adequar os serviços de saúde às necessidades específicas dos adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis; Respeitar às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local; Participar ativamente os adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações;

Programa Saúde Bucal

O Programa Saúde Bucal – PSB visa ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal a todas as famílias residentes nas áreas cobertas pela ESF/EACS promovendo a prevenção, curativo-restaurador e extração dos dentes. Estimulando o desenvolvimento de instrumentos que avaliam os padrões de qualidade e o impacto das ações desenvolvidas de acordo com os princípios do Programa Saúde Bucal.

9 MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA

9.1 Hospital Municipal de Açailândia – HMA / Urgência e Emergência

Programa a assistência hospitalar, visando melhor qualidade e maior agilidade no atendimento à população. O Hospital Municipal de Açailândia (HMA) é um hospital de referência que presta à população atendimentos em diversas especialidades, com atuação prioritária nas situações de urgência/emergência, sendo o 2º hospital público de maior referência da região atendendo pacientes num raio de 200 km, dispondo de 153 leitos, e realizando em média 5 mil atendimentos e 600 internações mensais para 04 municípios, alguns assentamentos, além da população local de 101.130 habitantes (IBGE, 2009).

O HMA está dividido em vários setores: Administrativo, Arquivo, Almoxarifado, Nutrição, Serviço Social, Cartão SUS, Registro Nascimento, Laboratório (Coleta e Preparo),

Vacina e Imunização, Enfermagem, Raios X, Ultrassonografia, Farmácia Hospitalar, Centro Cirúrgico, Neonatologia, Higienização e Costura. Atualmente, dispõe de 256 colaboradores e estão distribuídos da seguinte forma: 104 auxiliares e técnicos de enfermagem, 10 seguranças, 06 enfermeiros, 44 auxiliares de serviços gerais, 10 recepcionistas, 1 assistente social, 1 nutricionista, 8 técnicos de laboratórios, 8 técnicos em radiologia, 8 bioquímicos, 2 atendentes de almoxarifado, 6 atendentes de farmácia, 1 farmacêutico, 1 costureira, 8 copeiras, 4 cozinheiras, 6 maqueiros, 8 agentes administrativos, 1 diretor clínico, 1 diretor administrativo, 8 coordenadores, 10 motoristas. O corpo clínico é formado por 27 médicos nas seguintes especialidades: 10 clínicos, 5 obstetras, 2 anestesistas, 1 pediatra, 1 neurologista, 3 cirurgiões, 3 ortopedistas, 2 cardiologistas.

O Laboratório Municipal de Açailândia funciona no Hospital Municipal – HMA e realiza exames atendendo as demandas do hospital e de diferentes programas e da vigilância epidemiológica. Os demais exames são realizados por serviços por laboratórios conveniados ao SUS. Atualmente em aquisição de equipamentos de última geração, totalmente automáticos, capazes de realizar a demanda do município sede e servindo de referência para os municípios vizinhos.

Tabela 7 – Atendimentos entre 2007 a 2009 do HMA

ATENDIMENTOS	2007	2008	2009
Urgência e Emergência	45.271	53.678	61.641
Ortopedia	11.300	11.955	10.513
Obstetrícia	6.492	7.775	7.773
Internações	5.941	8.158	7.246
Neonatologia		616	694
Exames de Laboratoriais	24.315	41.084	39.964
USG	5.886	6.234	6.600
Raio X	19.138	22.951	23.985

Fonte: HMA – Hospital Municipal de Açailândia 2010

9.2 Assistência Ambulatorial Especializada

9.2.1 Centro de Especialidades Médicas de Açailândia – CEMA

O Centro Ambulatorial de atenção especializada é referenciada pela atenção básica, atende em média 23.279 consultas nas seguintes especialidades: Cardiologia, Neurologia, Ginecologia, Urologia, Cirurgia Geral, Pediatria, Clínica Médica e consultas de enfermagem.

9.2.2 Saúde Mental / Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II

Oferece serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Serviço de saúde (mental) de base territorial e comunitária do SUS, referenciais no tratamento das pessoas que sofrem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros), cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, equipamento estratégico da atenção extra-hospitalar em saúde mental.

10 CARTÃO SUS

Cartão Nacional de Saúde é um sistema informatizado de base nacional, onde cada usuário por meio do cadastramento terá o cartão com numeração gerada pela Caixa Econômica Federal com base no PIS/PASEP, gratuitamente. Realiza ações tais como: atendimento ao público (usuários e EACS) com pesquisa local federal, digitalizar os dados dos cadastros, entregar os cartões, enviar os dados para o DATASUS, manutenção, correção e alteração de dados de usuários, atualização dos aplicativos.

11 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

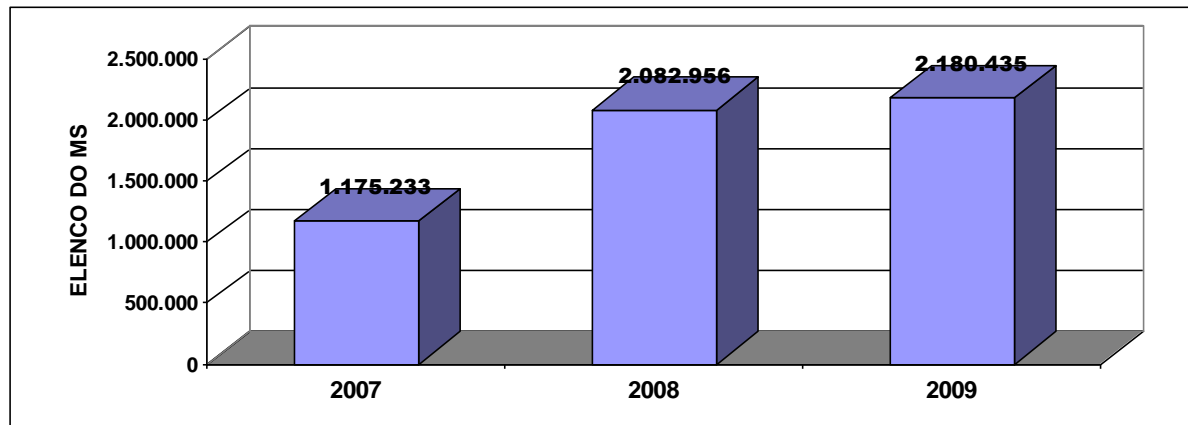
É um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insulina essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumo, bem como a sua seleção, programa, aquisição, distribuição, garantia da qualidade de produção e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. É o programa que faz a dispensação gratuita de medicamentos básicos a população.

É composta pela Farmácia Básica, Farmácia Saúde Mental, Farmácia de Medicamentos Excepcionais – FEME, que atende no mesmo prédio do Centro de Especialidades Médicas (Rua Ceará, 258 - Centro) e pela Farmácia Popular que atende na Rua São Luis – setor rodoviário.

Farmácia Básica

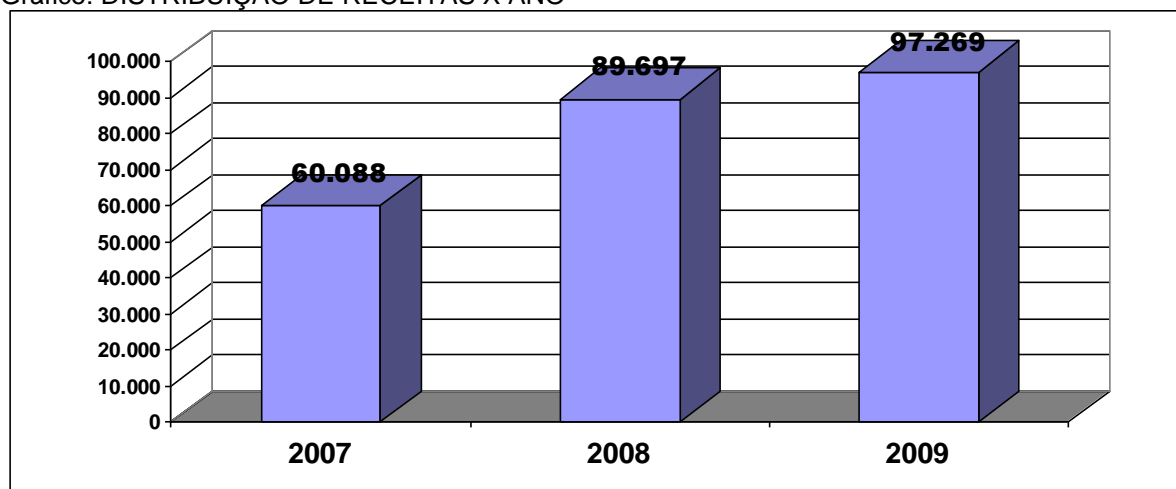
O programa disponibiliza medicamentos básicos eficazes e seguros para a distribuição em Unidades Básicas de Saúde e atender as prescrições dos médicos, enfermeiros e odontólogos através de receitas prescritas que tenham medicamentos do elenco da farmácia básica.

Gráfico: Distribuição de Medicamentos X Ano



Fonte: Mapa de distribuição da Farmácia Básica. “Gráfico dos medicamentos distribuídos na farmácia básica nos últimos 3 anos conforme o elenco do Ministério da Saúde” 2010

Gráfico: DISTRIBUIÇÃO DE RECEITAS X ANO



Fonte: Receitas atendidas e arquivadas na Farmácia Básica “Gráfico representa a distribuição de receitas prescritas por médicos, enfermeiros e odontólogos”. 2010

Farmácia Saúde Mental

A Farmácia Saúde Mental atende os pacientes portadores de transtornos mentais e/ou que fazem uso de medicamentos descritos na Portaria 344/98 (Medicamentos Controlados) disponibilidades mentais e pacientes cadastrado no CAPS.

Farmácia de Medicamentos Excepcionais – FEME

A Farmácia de Medicamentos Excepcionais disponibiliza medicamentos para pacientes portadores de doenças crônicas (transplantados, portadores de hepatites B e C, renais crônicas, Parkinson, Alzheimer, etc.) e que fazem uso de medicamentos contínuos, conforme os Protocolos Clínicas e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. O paciente na FEME é avaliado de forma a cumprir os critérios de inclusão estabelece nos produtos clínicas e diretrizes terapêuticas previstas para as doenças cobertas pelo programa (Portaria 2.577/2006).

Farmácia Popular do Brasil

O governo Federal criou o programa Farmácia Popular do Brasil para ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), órgãos do Ministério da Saúde e executora do programa, adquire os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou de setor privado, quando necessário, e disponibiliza nas Farmácias populares preço de custo.

Os usuários das Farmácias Populares recebem atendimentos personalizados, realizados por farmacêuticos e profissionais qualificados para orientar sobre os cuidados com a saúde e o uso correto dos medicamentos. A única condição para aquisição dos medicamentos é a apresentação de uma receita médica ou odontológica, buscando evitar a automedicação, que pode causar intoxicação ou mascarar sintomas de doenças importantes.

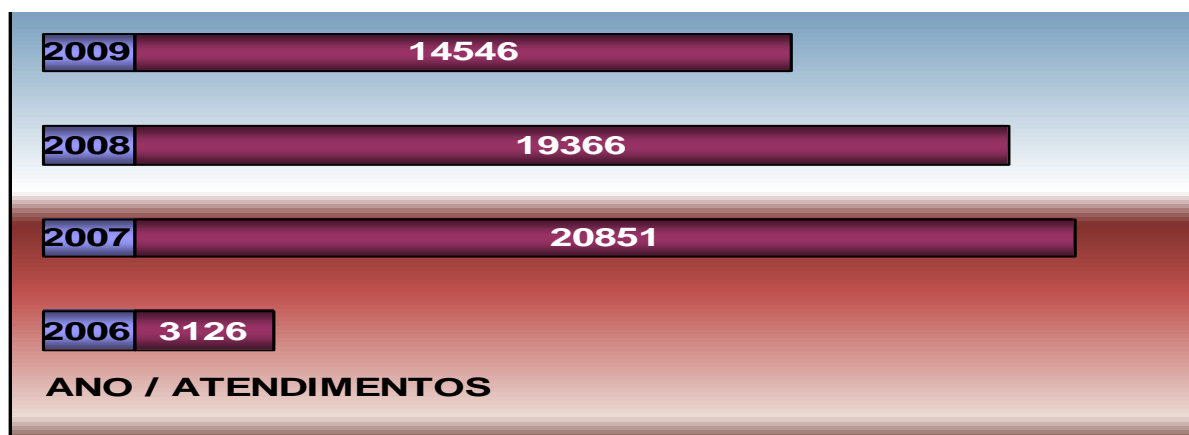
Tabela: Atendimentos entre 2004 a 2009 do da Farmácia Popular

EVOLUÇÃO DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR							
Quantidade de unidades próprias	PERÍODO						TOTAL
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
	27	78	254	406	502	529	529

Fonte: Portal Saúde – www.saude.gov.br – farmácia popular. 11 de fevereiro 2010.

No município de Açailândia o programa foi implantado na primeira quinzena do mês de outubro de 2006 e conta com uma equipe de farmacêuticos, assistente de gestão, auxiliares de gestão, auxiliar de serviços gerais e vigias.

Gráfico: Total de Atendimentos X Ano



Fonte: Sistema Podium da Unidade de Açailândia

12 GESTÃO EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde – SUS é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, com base na concepção de saúde como direito e cidadania e que tem as diretrizes organizativas de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. O SUS, e conseqüentemente sua gestão, não é constituído apenas pelo componente de assistência á saúde, mas também por programas estratégicos e de promoção da saúde, informática e informação da saúde, gestão e desenvolvimento de recursos humanos, vigilância sanitária e ambiental, vigilância epidemiológica e controle de doenças e pela gestão de investimentos em saúde. Dessa forma, é de responsabilidade do gestor também a definição de políticas e de ações prioritárias relativas a esse conjunto de ações.

O município de Açailândia é gestor pleno do sistema de saúde, e busca em sua gestão identificar, planejar e executar ações e estratégias de promoção e prevenção em saúde na atenção básica, secundária e terciária, através de políticas de saúde pública em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Determinantes e Condicionantes de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde mantém interface com diversos setores da sociedade, visando à promoção da saúde e de hábitos de vida saudáveis, ou ainda, a promoção em conjunto de ações de prevenção. Esta interação da Secretaria Municipal da Saúde com a sociedade se dá de diversas formas, sendo uma delas ações em saúde típicas: palestras, cursos, campanhas, realizadas junto às escolas, ONG, clubes de serviços, órgãos públicos e empresas, por profissionais da Secretaria Municipal da Saúde, etc.

Esta presença do setor saúde em diversas áreas da atividade econômica da cidade proporciona uma experiência rica em coleta de dados e ainda no conhecimento das necessidades sociais da população. O Gestor Municipal propõe ações, que para êxito, precisam ser priorizadas e operacionalizadas em conjunto com diversos atores da sociedade organizada.

Planejamento

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação. Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde. No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Por conceber o planejamento, como uma ferramenta vital tanto na organização do serviço como na tomada de decisões, a Secretaria Municipal da Saúde no intuito de fortalecer e aprimorar o atendimento ao público encontra-se implantando o setor de Planejamento, Projetos e Convênios, em conjunto com o Departamento de Controle Regulação e Auditoria. O planejamento deve responder oportuna e efetivamente às necessidades deste Sistema e às demandas que se apresentam continuamente aos gestores. E tem por objetivo ordenar e tornar

o sistema de atenção à saúde eficiente e acessível a todos, organizar a rede municipal de forma a atender às necessidades da população usuária em obediência aos princípios fundamentais do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único e a participação popular.

Descentralização/regionalização

A Regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Tem como principal objetivo garantir o direito da população à saúde, reduzindo desigualdades sociais e territoriais e promovendo a equidade. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são Plano Diretor de Regionalização - PDR, Plano Diretor de Investimentos – PDI, e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI.

A Regionalização é uma estratégia importante para a governabilidade do país também por abranger medidas que promovam o desenvolvimento socioeconômico da nação e reduzem as desigualdades sociais. A governabilidade desejada para o setor Saúde se expressa por meio de sua capacidade de ampliar o acesso da população às ações e serviços assistenciais e, também, às estratégias de prevenção e promoção da saúde. O sistema de saúde deve ser resolutivo e contemplar o atendimento dos interesses e das necessidades da população, legitimados em soluções compatíveis com as distintas realidades de cada região do território brasileiro.

Figura 10 – Regional de Açailândia e seus municípios.



Financiamento

O financiamento do SUS está previsto em lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde, que reúne as leis federais 8.080 e 8.142 de 1990. De forma geral, a lei prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e, inclusive, a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo.

A Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” No seu Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei “cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.” serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. “Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.“

E em seu Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III - plano de saúde;
- IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação. Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

ATENÇÃO BÁSICA

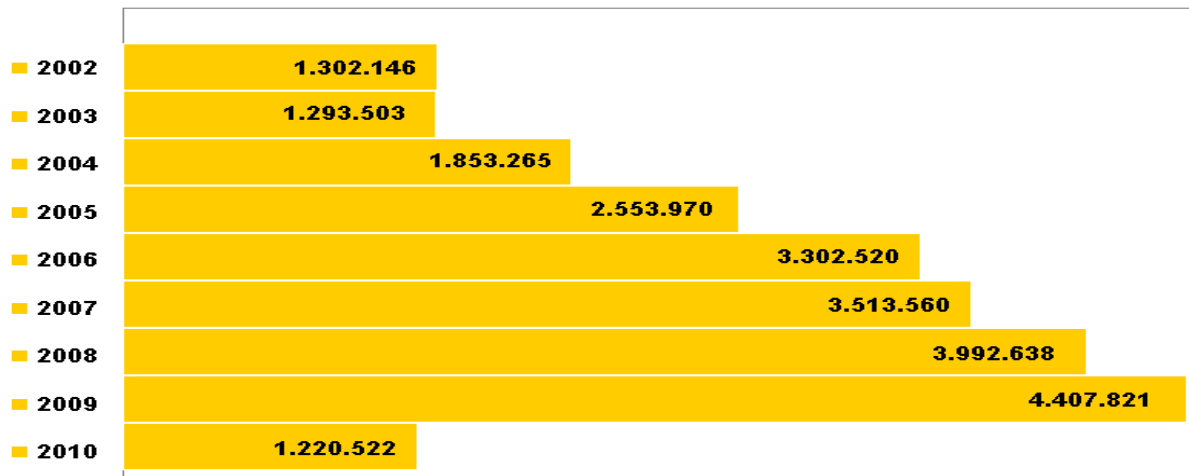


Gráfico: Transferência Fundo a Fundo – Blocos - Valores Em R\$ Mil. Fontes: Sala de Situação / FNS JUNHO/2010.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

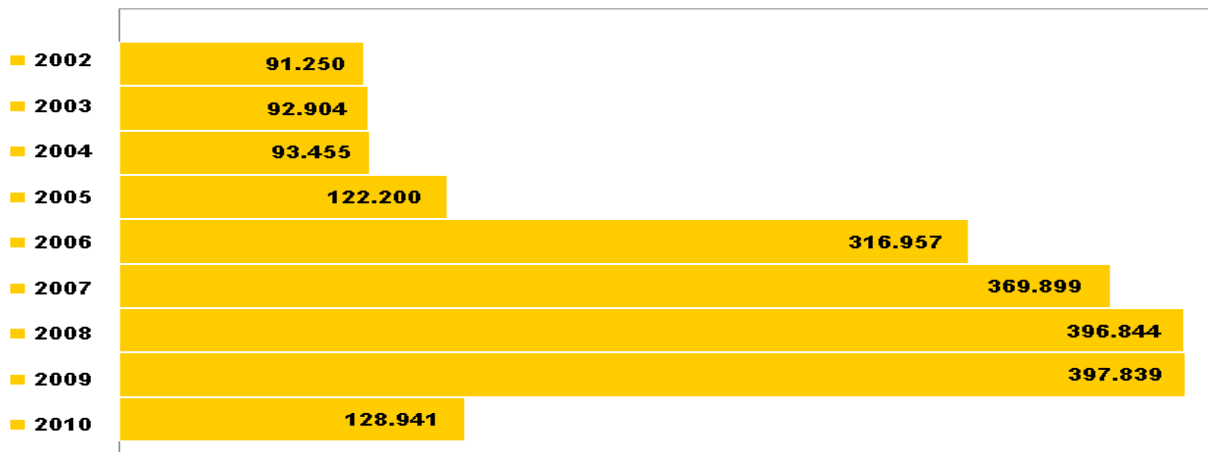


Gráfico: Transferência Fundo a Fundo – Blocos - Valores Em R\$ Mil. Fontes: Sala de Situação / FNS JUNHO/2010

Vigilância em saúde

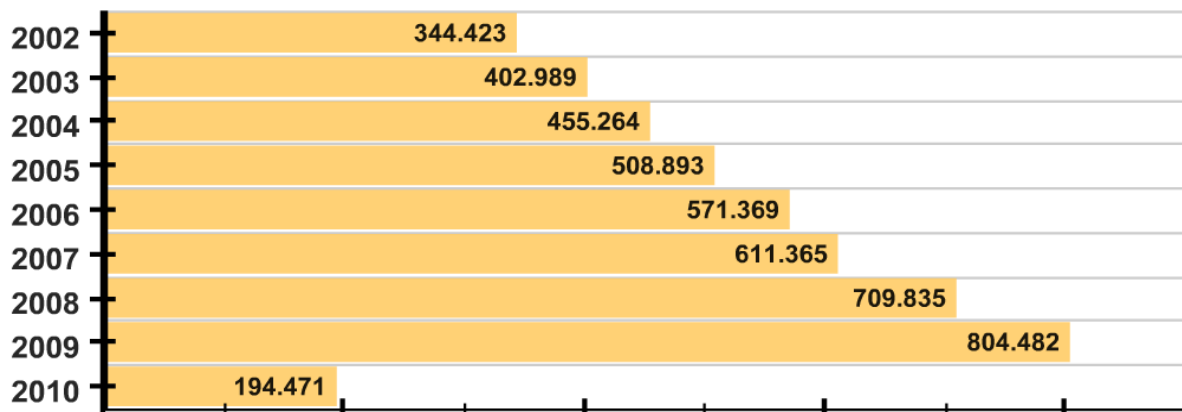


Gráfico: Transferência Fundo a Fundo – Blocos - Valores em R\$ Mil.
Fontes: Sala de Situação / FNS JUNHO/2010

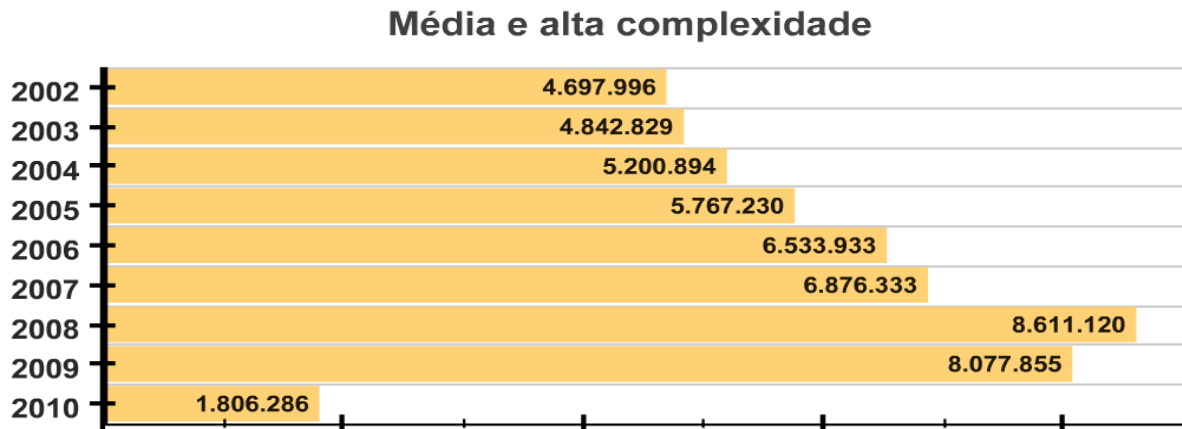


Gráfico: Transferência Fundo a Fundo – Blocos - Valores Em R\$ Mil.
Fontes: Sala de Situação / FNS JUNHO/2010

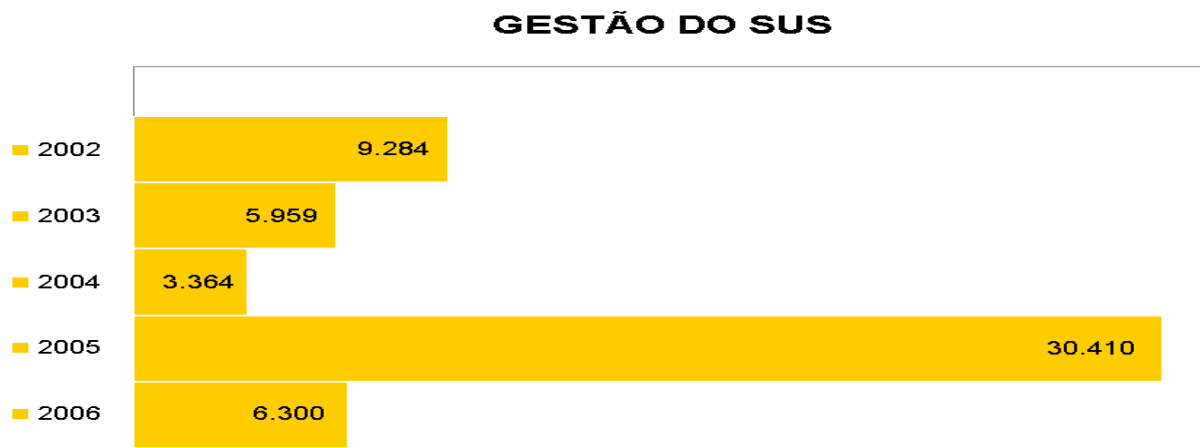


Gráfico: Transferência Fundo a Fundo – Blocos - Valores Em R\$ Mil.
Fontes: Sala de Situação / FNS JUNHO /2010

Participação Social

O desenho organizacional do SUS tem-se caracterizado pela institucionalização de estruturas funcionais bastante inovadoras e estimuladoras da participação e do controle social. Entre elas, destacam-se os fóruns inter-gestores do SUS e os conselhos de saúde para pactuação, operação e deliberação das políticas de saúde. Entretanto, a concretização do princípio da participação social vai além da instituição destes espaços formais, constituído com base na democracia representativa.

O SUS é também construído a partir da participação direta de sujeitos e coletivos sociais. Participação esta que qualifica o Sistema na medida em que amplia os processos

democráticos a partir de intervenções realizadas no espaço local, no território “vivo”. Nessa perspectiva, a partir da concretude do princípio da participação social são garantidas intervenções no processo de produção da saúde, interferindo nos seus determinantes no território e, nesse mesmo território, produzindo melhorias na prestação dos serviços de saúde através da elaboração de novas práticas em saúde. Nessa mesma linha de pensamento, Goya (2003), se manifesta:

“todo e qualquer processo de transformação das práticas e saberes sanitários, do território e de sua gente, das condições de vida e de saúde das comunidades, exigem o protagonismo consciente, autônomo e livre dos sujeitos que ali constroem sua saúde e de sua coletividade.”

Ora, nortear-se pelo princípio da participação social e do controle social, segundo perspectiva considerada e tendo em vista o modelo de gestão e de atenção integral à saúde, requer o desenvolvimento de uma gestão do Sistema que seja também compartilhada e participativa.

Adota-se para a organização do Sistema de Saúde de Açailândia a idéia da co-gestão de coletivos. A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo. Na Secretaria Municipal de Saúde de Açailândia, a co-gestão é compreendida como espaços coletivos valiosos de mobilização e atuação de diferentes atores envolvidos no processo de produção da saúde, num exercício de construção de novas práticas e saberes entre sujeitos autônomos, com capacidade inventiva, que se envolvem na responsabilização do planejar, executar e avaliar da Política de Saúde do Município.

O Conselho Municipal de Saúde de Açailândia – CMSA, situado a Rua São Raimundo, 275 – centro, teve seus conselheiros eleitos na X Conferência Municipal de Saúde. Tendo logo após eleita como presidente Kellen Cristian Sorvos do segmento gestor e Vice-presidente Valdecleber S. da Silva do segmento trabalhador, como primeiro secretário Euclides S. Freitas segmento usuário e segundo secretário Luis Pires Moraes segmento usuário. Tendo ainda as comissões permanentes e demais conselheiras, conforme relacionado: Tabela – Conselheiros e seus respectivos seguimentos e comissões.

Nº.	CONSELHEIRO	SEGMENTO	COMISSÃO
01	Adail Braga Figueiredo	Usuário	* * *
02	Adelson F. do Nascimento	Usuário	Acompanhamento de Programas
03	Aldenora Matias Silva	Usuário	* * *
04	Anselmo Furtado da Silva	Trabalhador	Ética / Comunicação

05	Antonia Alda T. Costa	Usuário	Comunicação
06	Benilda Lusquinho Morais	Trabalhador	* * *
07	Bruno S. Rosa	Gestor	* * *
08	Edilene S. Evangelista	Usuário	Vigilância Sanitária
09	Edvard D. Cardeal	Usuário	Saneamento e Meio Ambiente
10	Eleoneide Benisa da Mata da Costa	Usuário	* * *
11	Euclides S. Freitas	Usuário	Orçamento e Finanças
12	Fernanda Cristina A. Morais	Gestor	Acompanhamento de Programas
13	Hilda V. da Silva	Trabalhador	Saneamento e Meio Ambiente
14	Ivonete Santana Pereira	Trabalhador	* * *
15	Joana P. da Silva	Usuário	Ética / Acompanhamento de Programas
16	José Armantino M. Aires	Trabalhador	* * *
17	José Furtado Alves	Usuário	* * *
18	Juliano S. Roldi	Gestor	* * *
19	Keila Cristina P. de Sousa	Gestor	* * *
20	Kellen Cristians Sorvos	Gestor	Ética
21	Luciene Costa dos Santos	Prestador	* * *
22	Lucineide da S. Silveira	Trabalhador	Vigilância Sanitária
23	Lucinete Casote de Melo	Usuário	Comunicação
24	Luis P. Morais	Usuário	Orçamento e Finanças / Ética
25	Marcos Paulo da S. Sousa	Usuário	Saneamento e Meio Ambiente / Orçamento e Finanças
26	Maria de Fátima S. Silva	Usuário	Acompanhamento de Programas
27	Maria Ivonete da S. Santana	Usuário	Vigilância Sanitária
28	Maria Leide C. Leão	Usuário	Ética
29	Maria do S. Fonseca R. N.	Usuário	* * *
30	Maria Vera Lucia M. Ferreira	Trabalhador	* * *
31	Miguel V. da Silva	Usuário	Saneamento e Meio Ambiente
32	Paulo C. dos Santos	Trabalhador	Orçamento e Finanças
33	Raimundo Farias Lima	Usuário	* * *
34	Rayane C. Oliveira	Gestor	Saneamento e Meio Ambiente
35	Robenha Maria S. Pereira	Gestor	Comunicação
36	Samuel C. Aguiar	Usuário	Vigilância Sanitária / Comunicação

37	Sidilene C. dos Santos	Gestor	Vigilância Sanitária
38	Valdecleber S. da Silva	Trabalhador	Acompanhamento de Programas
39	Vilson Serejo de Carvalho	Trabalhador	* * *
40	Vilma da S. Barbosa	Gestor	Orçamento e Finanças

Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Açaílândia

Gestão do Trabalho em Saúde

A Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

Diante desse contexto, tornam-se evidentes diferentes situações de trabalho e diversas formas de negociação. Esse processo de construção da qualificação dos trabalhadores do SUS deve ser discutido nas possíveis formas de efetivar o serviço. No contexto geral, realizar as mesas de negociação do SUS, os Processos de Regulação do trabalho, o Plano de Cargos Carreira e Salários e a Qualificação da Gestão. Todas essas situações de trabalho são indicadores que devem ser levado em conta e o município de Açaílândia encontra-se avaliando seu quadro situacional para promover melhorias nesses eixos.

Tem-se que garantir a qualificação eficiente para todo recurso humano para que possa trabalhar com produtividade, tornando-se cada vez mais engajados na prática profissional. Daí, a necessidade de sempre assegurada a Educação Continuada em todos os níveis de atenção.

A Secretaria Municipal de Saúde de Açaílândia conta a Categoria de profissionais abaixo relacionados, perfazendo um total de 1.007 servidores.

Tabela – Categorias de Profissionais do quadro de Servidores Públicos

Ordem	Categoria	Quantidade
1	Administrador	1
2	Advogado	1
3	Agente Administrativo	30
4	Agente Comunitário de Saúde	232
5	Agente de Captura Animal	2
6	Agente de Endemias	64
7	Agente de Portaria e Vigilância	56

8	Agente de Saúde Pública	59
9	Agente de Serviços Gerais	91
10	Assistente Social	3
11	Auxiliar Administrativo	65
12	Auxiliar de Consultório Odontológico	10
13	Auxiliar de Enfermagem	55
14	Biólogo	3
15	Biomédico	1
16	Coordenadores de Programas/Setores	27
17	Enfermeiro	43
18	Farmacêutico Bioquímico	14
19	Fiscal Sanitário	9
20	Fisioterapeuta	1
21	Fonoaudióloga	5
22	Médico (Especialista, Ambulatório e PSF)	43
23	Médico Veterinário	5
24	Maqueiros	6
25	Motorista	38
26	Nutricionista	3
27	Odontólogos	15
28	Operador de Micro	3
29	Psicólogo	4
30	Técnico em Enfermagem	98
31	Técnico em Laboratório	7
32	Técnico em Radiologia	9
33	Terapeuta Ocupacional	2
34	Zootecnistas	2

Fonte: Recursos Humanos SEMUS

Educação em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. A implantação desta Política implica em trabalho inter-setorial capaz articular desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, e atenção à saúde e controle social.

Espera-se, portanto, que a Educação seja um instrumento, uma ferramenta para ajudar a superar essas diferenças. Melhor que seja trabalhada como uma das estratégias para a

transformação das práticas no SUS – práticas de gestão, de atenção em todos os níveis e de controle social.

Na busca dessas mudanças, o município de Açailândia vem passando por constantes treinamentos e capacitações para implantar essa política de trabalho e acredita-se que no menor prazo possível, este setor esteja funcionando. No que diz respeito à educação em saúde, o Núcleo de Educação em Saúde – NMES é o principal ator na realização de educação popular e preventiva. É apoio, parceiro e referência para realização dessas atividades, visando sempre à ampliação dos serviços de saúde e a melhoria na assistência prestada ao usuário.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhos da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A Educação Permanente permite revelar a complexidade e a articulação das explicações dos diferentes problemas e torna evidente a necessidade de estratégias múltiplas, que para serem propostas e implementadas necessitam articulação com a gestão do sistema. Ou seja, para operar de maneira eficaz, necessita ser tomada como uma estratégia de gestão – para que os necessários recursos de poder sejam mobilizados para enfrentar problemas de natureza diversa.

Infra-estrutura

A Secretaria de Saúde vem repensando sua estrutura organizacional, pois a estrutura atual não é mais suficiente para atender as novas exigências ministeriais e populacionais. A nova estrutura será importante para o planejamento das novas ações e serviços a serem implantados. Busca melhorar a estrutura através de projetos junto ao Ministério da Saúde para

implantação de novas Unidades Básicas de Saúde, ampliando as Equipes de Saúde da Família, evitando a locação de imóveis.

A Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, funciona na Rua Maranhão, 1555 – Getat, onde funcionam alguns programas já citados, tendo como funcionamento principal o atendimento do Secretário de Saúde, da Coordenação de Ações em Saúde, Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria – CRAA, Assessoria de Planejamento, Projetos e Convênio, Recursos Humanos, Assessoria Jurídica, Tratamento Fora de Domicílio – TFD, e Centro de Processamento de Dados – CPD.

Alguns Departamentos/setores e programas funcionam em prédios alugados, não construídos para os fins, e que foram adaptados para o uso em saúde, e não poderão sofrer intervenção maior, tanto por conta de espaço físico disponível, quanto pelo fato de não serem próprios municipais.

Quanto às condições dos prédios onde estão instaladas as unidades de saúde, alguns estão necessitando Intervenções que envolvam ações estruturais (reformas), bem como ações de manutenção e ou ampliação.

13 DETALHAMENTO DOS OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS DOS PROGRAMAS DE SAÚDE.

Em Relação às Condições de Saúde da População de Açailândia

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivos:

- _ Fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde por meio da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental (fatores biológicos e não biológicos).
- _ Ampliar a capacidade de análise da situação de saúde através de indicadores direcionando as ações.

Diretrizes :

- Implementar as ações de vigilância em saúde.
- Implantar a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis
- Implantar a vigilância de agravos não transmissíveis (acidentes e violência).
- Realizar ações de controle dos fatores biológicos (reservatórios, hospedeiros e vetores) na transmissão de zoonoses.

- Realizar ações de controle de animais peçonhentos.
- Coordenar as ações preventivas e controle da tuberculose, hanseníase, hepatite virais, AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis.
- Coordenar as ações necessárias para o controle das doenças imunopreveníveis do Programa Nacional de Imunização – PNI.
- Manter a erradicação da poliomielite.
- Implementar ações de controle de zoonoses.
- Estabelecer um grupo técnico para análise sistemática dos indicadores de vigilância em saúde.
- Manter fluxo permanente de informações epidemiológicas para as unidades de saúde, programas de saúde e público em geral, elaborando para tanto, boletim periódico em suporte informatizado.

METAS	PERÍODO
Fortalecer o bloco da Vigilância em Saúde, envolvendo a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador em até 80%.	Até 2013

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos:

Monitorar as doenças transmissíveis e não transmissíveis as imunopreveníveis e os agravos de relevância epidemiológica através de ações descentralizadas para as unidades de saúde, para os hospitais e centros de saúde, com a finalidade de reduzir a incidência, a prevalência e a letalidade desses eventos.

Realizar ações de promoção da Saúde Pública através da vigilância e controle das populações de vetores e animais domésticos, visando uma convivência harmônica e saudável entre os homens, os animais e o meio ambiente.

Diretrizes:

- Qualificação do sistema de vigilância epidemiológica do município ampliando a sua capacidade de análise para tomada de decisão.
- Monitorar e propor ação de prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores.

- Monitorar e propor ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis.
- Monitorar e propor ações de prevenção e controle das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco.
- Monitorar os agravos de relevância epidemiológica.

METAS	PERÍODO
Implantar a rede de prevenção a violência e promoção da saúde	2010 - 2013
Implantar o setor de doenças e agravos não transmissíveis – DANT'S	2010 – 2013
Implantar o Sistema Gerenciador de ambiente Laboratorial - GAL	2010 - 2013
Desenvolver Vigilância de todas as doenças de notificação compulsória com ações de investigação e controle.	2010 - 2013
Ampliar a capacidade de detecção dos casos de dengue visando a intervenção oportuna e redução de incidência da doença.	2010 - 2013
**Implantação do SVO no município de Açailândia	2010 – 2013
**Implantação do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil	2010 – 2013
**Criação do Projeto de Lei para abertura de imóveis fechados e aplicações de multas para imóveis reincidentes em foco de dengue	2010 - 2013

** Metas Inclusas no PPA

VIGILÂNCIA AMBIENTAL / CCZ

Objetivo:

Gerenciar os fatores de risco relacionados à saúde que advêm dos problemas ambientais, como parte integrante do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental.

Diretrizes:

- Coordenar, promover, fiscalizar, executar e fazer executar a Política Municipal de Vigilância em Saúde Ambiental, em colaboração com os demais órgãos do município.
- Monitorar a Qualidade da Água, Ar e Solo proporcionando a Prevenção e Promoção à Saúde da População.
- A Vigilância Ambiental objetiva zelar pela qualidade do solo, ar, água e Centro de Controle de Zoonoses diretamente ligados à saúde da população, proporcionando a Prevenção e Promoção à Saúde da População.
- Os programas pactuados com as secretarias de estado da saúde e secretarias municipais da saúde são:
 - a) **VIGIÁGUA-** É a vigilância em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano.

- b) **VIGISOLO-** É a vigilância em saúde relacionada às áreas de solos contaminados.
- c) **VIGIAR-** É a vigilância em saúde relacionada à qualidade do ar.
- d) **Centro de Controle de Zoonoses** - Conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos a saúde (estudo das zoonoses) humana contra doenças e infecções direta ou indiretamente transmissíveis entre os animais e o homem.

PROJETO	PERÍODO
Estruturação da Vigilância em Saúde Ambiental - VSA	2010 – 2013
Estruturação do Centro de Controle de Zoonoses - CCZ	2010 – 2013
** Implantação de Programa para registro de animais no município de Açailândia	2010 - 2013

** Projetos Inclusos no PPA 2010

METAS	PERÍODO
Cadastrar os sistemas de abastecimento de água para consumo humano do município.	2010-2013
Cadastrar áreas de população expostas ou potencialmente exposta a solo contaminado por contaminantes químicos	2010-2013
Alimentar os dados de cadastros no sistema de informação de vigilância da qualidade da água para consumo humano - SISAGUA	2010-2013
Alimentar os dados de controle da qualidade da água no sistema de informação de vigilância da qualidade da água para consumo humano – SISAGUA	2010-2013
*Executar campanhas educativas sobre meio ambiente	2010- 2013

* Proposta da X Conferência Municipal de Saúde

PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO - PNI

Objetivo:

_ Avaliar os riscos quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de imunos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

Diretrizes:

- Coordenar as ações para o controle e erradicação das doenças imunopreveníveis segundo o PNI (Programa Nacional de Imunização).
- Manter as ações da vigilância em saúde no controle da erradicação da Poliomielite.
- Obter níveis de cobertura vacinal no mínimo 95%, para as vacinas segundo calendário básico vacinal.
- Melhorar a notificação de: eventos adversos pós-vacinais, atendimentos por animais peçonhentos e agressões por animais (vacinação anti-rábica humana).

PROJETO	PERÍODO
Implantação do sistema informatizado e unificado para as salas de vacinas municipais.	2010 – 2013

METAS	PERÍODO
Distribuir 100% dos imunobiológicos para as U.B.S, assegurando índices de cobertura vacinal de pelo menos 95% em relação às doenças do calendário básico para as vacinas pólio, tetravalente, Hepatite B, Rotavírus, Tríplice viral, BCG e Febre amarela.	2010-2013
Manter a erradicação da Poliomielite e buscar a erradicação do Sarampo e Rubéola.	2010-2013
Atingir no mínimo 85% da cobertura na campanha contra a Influenza, na população de 60 anos e mais	2010-2013
Montar e organizar o arquivo de dados em 100% das U. B. S.	2010-2013
Inspecionar 100% as salas de vacina, e campanhas de vacinação.	2010-2013

CONTROLE DE LEISHMANIOSE

Objetivo:

_ Diagnosticar e tratar precocemente os casos humanos com vistas a reduzir as deformidades provocadas pela doença

Diretrizes:

- Manter o fluxo permanentemente da medicação (Glucantine) na Unidade.
- Manter e garantir o tratamento, e exames de acordo com as necessidades dos pacientes com Leishmaniose. Especialmente os de Calazar, com mielograma.
- Implantar a vigilância no combate ao mosquito transmissor das doenças. Leishmanioses LT e LV.
- Implantar ações de controle de zoonoses.

- Realizar ações de controle de animais contaminados.

PROJETO	PERÍODO
Estruturação da sala do Programa de Leishmaniose com aquisição de moveis e equipamentos.	2010 a 2013

METAS	PERÍODO
Oferecer tratamento supervisionado para 100% dos pacientes.	2010 a 2013
Realizar mielograma para diagnósticos em pacientes com suspeita de LV.	2010 a 2013
Realizar ações de eliminação de focos e/ou criadouro do flebotomíneo.	2010 a 2013
Diagnosticar e tratar precocemente os casos para reduzir a incidência e impacto da doença na população.	2010 a 2013
Estruturação da unidade sede do Programa	2010 a 2013

CONTROLE DE TUBERCULOSE

Objetivo:

Reduzir a morbidade, mortalidade e transmissão da TB.

Diretrizes:

- Identificar os casos da Tuberculose e garantir o acesso ao tratamento supervisionado, integrando a atenção Básica especialmente o PSF;
- Reduzir a incidência da doença no município bem como o abandono de casos para níveis aceitáveis;
- Alcançar a meta pactuada no Plano Municipal de Controle da Tuberculose em relação aos casos diagnosticados, os sintomáticos respiratórios (SR) e os contatos examinados;
- Organizar e manter a descentralização das ações de controle da Tuberculose, para as unidades básicas de saúde;
- Realizar supervisão direta nas unidades de saúde com o programa implantado;
- Realizar capacitação das equipes de saúde das unidades básicas e PSF existente no município;
- Realizar 02 (duas) sensibilizações para as diversas instituições de controle da Tuberculose;

- Desenvolver ações educativas em saúde, comunicação e mobilização social;
- Descentralizar o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para as demais unidades de estratégia Saúde da Família;
- Realizar busca ativa em 100% em sintomático nas unidades de saúde.
- Tratar 100% em casos diagnosticados.
- Realizar controle dos comunicantes em 100% dos casos diagnosticados.
- Realizar campanhas sistemáticas para profissionais de saúde.

METAS	PERÍODO
Descentralizar o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para o restante das unidades de Saúde da Família;	2010 a 2013
Intensificar e garantir o acesso ao exame de baciloscopia para os pacientes e contatos;	2010 a 2013
Fazer visitas domiciliares aos pacientes de tuberculose pelo menos duas vezes ao mês;	2010 a 2013

CONTROLE DE HANSENÍASE

Objetivos:

Assistir, nos níveis primário, secundário e terciário a Hansenianos e comunicantes, atendidos no ambulatório.

Diretrizes:

- Acolher clientes e família oferecendo atendimento humanizado;
- Suspeitar, avaliar, diagnosticar, tratar e acompanhar o portador de hanseníase em todas as situações que a doença poderá apresentar;
- Aumentar o número de diagnósticos, principalmente precoce, realizados no município;
- Aumentar o número de contatos examinados;
- Fornecer apoio e subsídios suficientes para cliente e família;
- Otimizar a assistência prestada pelos profissionais que fazem parte do quadro do Centro de Controle de Agravos (C.C.A), através de recursos físicos, econômicos e humanos.
- Fornecer para clientes e toda população informações precisas sobre a doença, através da educação em saúde;

- Melhorar registros e aumentar o número de notificações da doença;
- Descentralizar as Ações Básicas da Hanseníase na Estratégia Saúde da Família;
- Melhorar o acesso ao diagnóstico nas Unidades Básicas de Saúde, através de profissionais capacitados;

PROJETO	PERÍODO
**Construção do Centro de Controle de Agravos para atendimento dos pacientes dos Programas de Controle de Tuberculose e Hanseníase	2010 – 2013

** Projetos Inclusos no PPA

METAS	PERÍODO
Descentralizar o Programa de Controle da hanseníase na Estratégia Saúde da Família, com o intuito de otimizar as ações do Programa e melhorar o acesso da população conforme preconização do Ministério da Saúde.	2010-2013
Manter a descentralização, monitorar e fornecer subsídios suficientes aos profissionais de saúde para um melhor atendimento a população alvo.	2010-2013
Estruturar, ampliar, dedetizar o Centro de controle de Agravos (C.C.A), a fim de proporcionar um melhor atendimento ao paciente e fornecer estrutura adequada para realização dos atendimentos dos profissionais que fazem parte do setor.	2010-2013
Promover ações educativas nas áreas adscritas da Estratégia Saúde da Família, melhorando o acesso às informações e trabalhando o processo educação em saúde.	2010-2013
Garantir recursos para funcionamento do Programa através de parcerias com o município, empresas privadas, Estado entre outros. Afim da obtenção de apoio e subsídios para melhoria do bem estar do paciente.	2010-2013
Garantir o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa do CREDESH no município a fim de proporcionar informações necessárias para a pesquisa do bacilo e esclarecer possíveis dúvidas que ainda existem sobre o agente causador da doença.	2010-2013
Aumentar o número de diagnósticos e redução do número de casos sem diagnósticos na população, através dos profissionais capacitados.	2010-2013
Obter um veículo fixo para a unidade do Centro de Controle de Agravos, visando a melhoria da assistência prestada ao paciente, deslocamento da equipe multiprofissional para monitoramento e apoio nas Unidades Básicas de Saúde.	2010-2013
Atingir no mínimo 70% de cura dos casos de hanseníase que iniciam tratamento.	2010-2013

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN

Objetivos:

Promover a melhoria do estado nutricional dos indivíduos do Município de Açailândia com ênfase nas crianças de 0 a 5 anos.

Avaliar o estado nutricional de indivíduos para obter o diagnóstico precoce dos possíveis desvios nutricionais, seja baixo peso ou sobrepeso/obesidade, evitando as consequências decorrentes desses agravos à saúde.

Diretrizes:

- Diagnóstico e monitoramento da situação alimentar e nutricional dos usuários da rede municipal de saúde;
- Ações de prevenção e combate para melhoria do estado nutricional como palestras educativas e orientações nutricionais com o profissional de nutrição.

PROJETO	PERÍODO
Implantar pontos de atendimento para descentralização das ações do sistema nos bairros do Jacu, Jardim de Alah, Vila Bom Jardim.	2010 – 2013

METAS	PERÍODO
Acompanhar 70% das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	2010-2013
Reduzir de 2% no período o percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade.	2010-2013
Avaliar o estado nutricional da população atendida pela rede municipal de saúde através do SISVAN - WEB	2010-2013
Reaver parceria com PACS e ESF com intuito de acompanhar população com perfil de saúde na condicionalidades do Programa Bolsa Família.	2010-2013

NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE - NMES

Objetivos:

Conscientizar a população das necessidades da participação de todos nas ações de controle de doenças através da informação levada para a comunidade.

Diretrizes:

- Participar ativamente das campanhas municipais, estaduais e federais;
- Implantar junto à Secretaria de Educação o NMIES (Núcleo Municipal de Informação e Educação em Saúde);
- Fazer parcerias com a Secretaria de Educação, fazendo com que inclua o Programa no Planejamento Anual;
- Dar suporte aos diversos programas de saúde, as instituições governamentais e não governamentais, fazendo chegar a toda população as ações de saúde preventiva.
- Elaboração de projetos que beneficiem o funcionamento do Núcleo.
- Instrumentalizar as equipes multiprofissionais de saúde e da educação para implementação das ações do NMIES.

PROJETO	PERÍODO
Encaminhar projeto de Lei à câmara Municipal solicitando alteração do nome de NMIEC para NMIES.	Março a novembro de 2010.
Aquisição/locação de um veículo exclusivo para o setor.	Março de 2010 a julho de 2011.
Aquisição de equipamento eletro-eletrônico.	2010 a 2011
Desmembramento do Núcleo para um local exclusivo e adequado.	2010 a 2013.
Capacitação dos recursos humanos do NMIES.	Março a Agosto de 2010.
Capacitação dos profissionais: médicos, enfermeiros, agentes de Saúde, ACS, Técnicos, Professores, Supervisores e Diretores da Secretaria de Educação.	2010 a 2011.

METAS	PERÍODO
Regularização do nome e sigla do Núcleo.	2010
Adquirir veículo próprio para realização das ações.	2010 - 2013
Reestruturar o núcleo com equipamentos permanentes.	2010 – 2013
Adquirir sede adequada para atendimento ao público.	2010 – 2013
Qualificar e fortalecer os profissionais (educadores em saúde)	2010 – 2013
Qualificar e fortalecer as equipe multiprofissional das Secretarias (Saúde e Educação)	2010 – 2013
Confeccionar material educativo, divulgar eventos e campanhas, panfletagem, palestras e atendimento a população.	2010 – 2013
*Desenvolver programas educativos em Entidades locais	2010 – 2013
*Ampliar o trabalho do NMES em campanhas de combate as drogas	2010 – 2013

* Proposta da X Conferência Municipal de Saúde

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Objetivos:

_ Identificar e prevenir fatores de riscos e agravos à saúde, visando à melhoria contínua da qualidade de vida da população;

_ Elaborar, controlar e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário;

_ Despertar a população para conceitos, orientações e comportamentos que irão contribuir para prevenção de agravos e riscos à saúde.

Diretriz:

- Garantir a segurança e a qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública, visando à proteção da saúde da população.

PROJETO	PERÍODO
** Criação da lei de vigilância sanitária com atribuições e competências definidas	2010 – 2013
** Elaborar código sanitário municipal	2010 – 2013
** Construção da estrutura física para a visa unificado e anexo a vigilância em saúde	2010 – 2013

** Projetos Inclusos no PPA

METAS	PERÍODO
Promover a capacitação de 100% dos fiscais sanitários	2010 a 2013
Aquisição de veículo próprio caracterizado para a vigilância sanitária.	2010 a 2013
Aquisição de materiais e equipamentos permanente para melhor funcionamento da VISA	2010 a 2013
Implantação de internet	2010 a 2013
Capacitação das equipes de PSF e PACS do município em ações de vigilância sanitária.	2010 a 2013

PROGRAMA MUNICIPAL DE DST / HIV / AIDS:

Objetivos:

_ Assegurar acesso irrestrito ao diagnóstico da infecção pelo vírus HIV e outras DST's à população sexualmente ativa ou pessoas que apresentem outro tipo de exposição e / ou vulnerabilidade para infecção do vírus HIV.

_ Estabelecer parcerias com outros setores governamentais e órgãos não governamentais, a fim de definir estratégias de enfrentamento da epidemia no município.

Diretriz:

- Ampliar e melhorar o serviço de acesso ao diagnóstico para infecção do HIV e outras DST's, bem como promover a descentralização de insumos estratégicos, tais como: o preservativo masculino, preservativo feminino, gel lubrificante e outros; importantes para redução da transmissão destes agravos.

PROJETO	PERÍODO
** Construção da sede própria do PM – DST – AIDS do município de Açailândia, conforme normas da VISA	2010 – 2013

** Projetos Inclusos no PPA

METAS	PERÍODO
Aquisição de equipamentos médicos – hospitalares diversos para melhoria do atendimento e eficácia aos portadores de DST.	2010 – 2013
Aquisição de equipamentos diversos de informática para maior eficácia no envio de informações que alimentam o banco de dados do PM – DST / AIDS.	2010 – 2013
Aquisição de móveis diversos e eletro - eletrônicos para oferecer maior conforto e comodidade aos usuários desta modalidade de serviço.	2010 – 2013
Construção da sede própria das instalações do PM – DST / AIDS, conforme normas e protocolos da ANVISA.	2010 – 2013
Ampliação da cobertura com o método TRD: Teste Rápido Diagnóstico para a população mais vulnerável à infecção em 25 %	2010 – 2013
Efetivação do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, em alinhamento com as políticas públicas de controle da epidemia de HIV / AIDS com o PE – DST / AIDS e DN - DST / AIDS	2010 – 2013

ATENÇÃO BÁSICA**Objetivo:**

Fortalecer e efetivar a atenção Básica como centro ordenador das redes da atenção à saúde apontando para uma nova dinâmica na forma da organização dos serviços e ações de saúde possibilitando racionalidade assistencial e resultados favoráveis nos indicadores de saúde.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

Objetivo:

_ Prestar um atendimento de qualidade, integral e humano em unidades básicas municipais, garantindo o acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos.

_ Reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios: atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.

_ Garantir equidade no acesso à atenção em saúde, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos do Município, avançando na superação das desigualdades.

Diretrizes:

- Assegurar o direito ao acesso universal e igualitário, equânime e integral às ações de prevenção, tratamento e reabilitação de doenças, de promoção da saúde e participação da comunidade na gestão do sistema de saúde da atenção primária.
- Práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes dirigidas às populações de territórios delimitados pelos quais assumem responsabilidade;
- Ampliar e fortalecer a Atenção Básica através da estratégia saúde da Família em consonância com a Estratégia de agentes comunitários de Saúde bem como todos os programas da atenção primária.

METAS	PERÍODO
Aquisição de equipamentos médicos – hospitalares diversos para melhoria do atendimento e eficácia aos portadores de DST.	2010 – 2013
Aquisição de equipamentos diversos de informática para maior eficácia no envio de informações que alimentam o banco de dados do PM – DST / AIDS.	2010 – 2013
Aquisição de móveis diversos e eletro - eletrônicos para oferecer maior conforto e comodidade aos usuários desta modalidade de serviço.	2010 – 2013
Construção da sede própria das instalações do PM – DST / AIDS, conforme normas e protocolos da ANVISA.	2010 – 2013
Ampliação da cobertura com o método TRD: Teste Rápido Diagnóstico para a população mais vulnerável à infecção em 25 %	2010 – 2013
Efetivação do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, em alinhamento com as políticas públicas de controle da epidemia de HIV / AIDS com o PE – DST / AIDS e DN - DST / AIDS	2010 – 2013

PROJETOS	PERÍODO
Implantar Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF tipo 1	2010-2013
Ampliar equipes de Estratégia saúde da Família – ESF	2010-2013
Ampliar Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – EACS.	2010-2013

METAS	PERÍODO
Atender as necessidades das equipes implantadas bem como subsidiar credenciamento para novas efetivando o acolhimento de 100% da população	2010-2013
Identificação dos problemas de saúde e condições de risco as quais a população está exposta através da avaliação e análise dos relatórios gerados pelo sistema de informatização da Atenção Básica - SIAB	2010-2013
Ampliar a Estratégia Saúde da Família – ESF em 80% da área de cobertura do município.	2010-2013
Reorganizar o sistema de referencia e contra-referencia	2010-2013
Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados, fortalecendo o eixo de promoção da saúde	2010-2013
Pactuar metas de desempenho e cobertura com os programas da Atenção Básica.	2010-2013
Promover a qualificação de profissionais para fortalecimento da atenção básica.	2010-2013

ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE- EACS

Objetivo:

_ Melhorar, através dos Agentes Comunitários de Saúde, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação da qualidade no atendimento a saúde.

Diretrizes:

- Ampliar a cobertura dos ACS para 100% de áreas descoberta.
- Expandir e fortalecer a Atenção Básica de saúde, através das ferramentas do EACS e ESF.
- Efetivar o acolhimento do cidadão Açailandense na atenção básica.

METAS	PERÍODO
Ampliar a cobertura para 100% dos ACS no município Açailândia	2010 – 2013
Implantar o Censo Diário de Visita Domiciliar do ACS	2010 – 2013
Garantir o monitoramento das atividades dos ACS	2010 – 2013

Implantar o protocolo das ações de atividades de Enfermagem a serem realizadas sistematicamente em 100% das USF e UBS.	2010 – 2013
Efetivar o acolhimento do cidadão nas UBS e USF.	2010 – 2013
Elaborar o regimento interno dos ACS indicados como representantes de área,	2010 – 2013

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER- PAISM

Objetivo:

Promover a atenção à saúde da mulher e reduzir a morbimortalidade decorrente de doenças e agravos prevalentes.

Diretrizes:

- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral a saúde da mulher no SUS.
- Diminuir a incidência e prevalência do câncer de colo do útero e de mama.
- Diminuir o número de óbitos maternos de causas obstétricas e neonatais.
- Diminuir a incidência e prevalência de DST/AIDS na mulher.
- Garantir o planejamento familiar para 60% da população alvo.

Metas	Período
Promover atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada na população alvo em 100%.	2010-2013
Monitorar os seguimentos prospectivos e retrospectivos, e tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras (NIC II, NIC III e Câncer de Colo) das citologias realizadas na rede pública em 50% a 100%.	2010-2013
Investigar óbitos de mulheres em idade fértil em materna em 50% a 60%.	2010-2013
Garantir e estimular o usuário a terem os direitos sexuais reprodutivos em 60%.	2010-2013
Inscrever as gestantes no Sis prenatal (3% da população).	2010-2013
Reduzir partos cesáreas em 25 % ano anterior.	2010-2013
Capacitar os profissionais do Programa em 50%.	2010-2013

PROGRAMA SAÚDE DO ADULTO – PAS

Objetivo:

_ Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos relativo à hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, mediante a ampliação, desenvolvimento e manutenção de ações de caráter de promoção, prevenção e de intervenção nestes agravos de maneira individual e coletiva.

Objetivos específicos:

B – 4.1 - Hiperdia

Objetivo:

Cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes *Mellitus* e reduzir a morbimortalidade associada a essas doenças.

Diretrizes:

- Realizar campanhas de detecção de hipertensos e diabéticos na zona urbana e rural;
- Acompanhar através do programa todos os hipertensos e diabéticos do município cadastrados no sistema;
- Rastrear e monitorar toda população adulta, com vista ao diagnóstico precoce e estímulo ao hábito e comportamentos saudáveis;

METAS	PERÍODO
Garantir o diagnóstico precoce e a aplicação do protocolo clínico terapêutico no Hiperdia;	2010-2013
Manter o acompanhamento e monitoramento visando reduzir os possíveis agravos;	2010-2013
Ampliar o cadastro dos pacientes de HÁ e DM em 30% no sistema de informação Hiperdia;	2010-2013
Equipar as UBS com equipamentos que possibilita o acompanhamento de hipertensos e diabéticos;	2010-2013

SAÚDE DO HOMEM

Objetivo:

Organizar, desenvolver ações a rede assistencial de atenção à Saúde do Homem.

Diretrizes:

- Promover as mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação à sua saúde e a de sua família;
- Organizar a rede de serviços de modo a acolher e fazer com que o homem se sinta integrado;
- Captar precocemente a população masculina com vistas à prevenção e Promoção da saúde do mesmo;
- Estabelecer um protocolo de referência e contra-referência no acompanhamento dos agravos à saúde do homem entre os serviços;

PROJETO	PERÍODO
Implantar centros de referência aos portadores de doenças crônico-degenerativas (Centro de Reabilitação)	2010-2013

METAS	PERÍODO
Promover palestras, seminários, enfoques comerciais através de rádio e televisão, visando despertar o homem para sua saúde e de sua família;	2010-2013
Capacitar os profissionais da atenção básica para captar os homens na UBS buscando quebrar paradigmas e evitar a instalação dos agravos;	2010-2013
Garantir o acesso aos serviços de saúde à população masculina no tocante ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e monitoramentos nos casos de doenças instaladas	2010-2013
Garantir o acesso à informação de prevenção e promoção da saúde masculina através de informes e material educativo;	2010-2013

SAÚDE DO IDOSO

Objetivo:

Melhoria do acesso, qualidade da atenção e humanização do atendimento da população idosa no Sistema Municipal de Saúde.

Diretrizes:

- Implantar e implementar a saúde do idoso no mínimo através de cadastro da população com idade igual ou maior à 60 anos, através das carteiras do idoso e monitoramento dos agravos que acometem esta população;
- Diminuir os agravos da saúde do idoso acompanhados em outros programas de saúde;
- Detectar precocemente os estados de pré-fragilidade;
- Orientação técnicas aos abrigos filantrópicos para idosos;

METAS	PERÍODO
Criar um banco de dados da população idosa do município	2010-2013
Garantir o acesso na atenção básica aos idosos, visando reduzir a procura do pronto - atendimento (PA) com quedas de mau controle das patologias associadas à HÁ e DM;	2010-2013
Implantar o sistema de acompanhamento em saúde do idoso através do monitoramento com a carteirinha do idoso.	2010-2013
Estabelecer parcerias para atendimento interdisciplinar de 100% das denúncias de maus tratos;	2010-2013

SAÚDE DO TRABALHADOR**Objetivo:**

Garantir a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, assegurando a sua valorização profissional, fortalecendo a democracia nas relações de trabalho e promovendo a regulação das profissões, para a efetivação da atuação solidária, humanizada e de qualidade, e implementando uma política nacional para os trabalhadores do SUS, segundo os princípios e diretrizes aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Diretriz:

- Implementar a atenção integral à saúde do trabalhador com ações nos níveis de assistência, tratamento, recuperação, reabilitação e prevenção, visando promover a saúde do trabalhador no município.

METAS	PERÍODO
Estruturar a rede de saúde para atender e notificar os agravos à saúde do trabalhador	2010-2013
Realizar o diagnóstico situacional visando conhecer a situação real epidemiológica de saúde do trabalhador no município	2010-2013

Implantar serviços sentinela nos municípios	2010-2013
Estruturar a rede de saúde para atender e notificar os agravos à saúde do trabalhador	2010-2013
Realizar o diagnóstico situacional visando conhecer a situação real epidemiológica de saúde do trabalhador no município	2010-2013
Implantar serviços sentinela nos municípios	2010-2013
Implantar as inspeções nos locais de trabalho com mais ocorrência dos casos e agravos relacionados ao trabalho da portaria MS 777/2004 e também com as notificações do sistema	2010-2013
Implantar ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental com o Cerest da região para o município	2010-2013
Capacitar profissionais de saúde dos hospitais públicos e privados para notificar os agravos constantes na portaria 777/2004	2010-2013

CONTROLE DO TABAGISMO

Objetivo:

Prevenção de doenças na população através de ações que estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e mortalidade por câncer e doenças tabaco-relacionadas.

Diretrizes:

- Conhecer através de questionário próprio a população fumante do município por agravos específicos;
- Cadastrar através do sistema específico a população fumante do município;
- Diminuir através de tratamento terapêutico o índice de fumantes no município;

METAS	PERÍODO
Registrar no programa próprio toda a população fumante no município	2010-2013
Promover atividades educativas, através de palestras, seminários, pit stop no município com alerta aos fatores de risco para a população fumante	2010-2013
Garantir tratamento terapêutico aos tabagistas que quiserem parar de fumar através das UBS	2010-2013
Promover hábitos e estilo de vida saudável á população fumante através de equipe interdisciplinar	2010-2013

PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS

Objetivos:

Atendimento primário, secundário e terciário, nas diversas áreas da saúde, priorizando um atendimento de qualidade, com a finalidade de Minimizar os fatores determinantes das doenças através de promoção da saúde e prevenção específica,

Atender a todos os portadores de patologias temáticas, com o objetivo de evitar seqüelas, complicações, cronificação e os óbitos, promovendo a cura ou o alívio do sofrimento; e

Promover a reabilitação das seqüelas dos agravos.

Diretrizes:

- Realizar um levantamento dos portadores de qualquer tipo de deficiência através de um cadastro próprio no município;
- Registrar através de cadastro em um sistema próprio o número de deficientes físicos que necessitam de concessão de órteses, próteses, e aparelhos auxiliares locomotor;
- Promover a prevenção de deficiências em todos os níveis:
 - Primários: Prevenção de acidentes, doenças congênitas e neonatais;
 - Secundários: Pré-Natal, Teste do Pezinho, e Puericultura, etc.
 - Terciários: Reabilitação.

METAS	PERÍODO
Garantir a concessão de equipamentos de reabilitar considerando o pacto entre as esferas de governo;	2010-2013
Assegurar aos portadores de necessidades especiais o acesso ao serviço e promover através do monitoramento melhor qualidade de vida e equiparação de oportunidades;	2010-2013
Garantir aos deficientes, assistência integral inclusive no que se refere ao enquadramento para aquisição de benefícios sociais;	2010-2013
Estruturar a rede de saúde de saúde para promoção e prevenção de deficiências através da qualidade no pré-natal, nascimento e acompanhamento dos menores de 5 anos;	2010-2013

PROMOÇÃO DA SAÚDE

Objetivo:

_ Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Diretrizes:

- Promover nas pessoas condutas de estilo, comportamento de vida favorável á saúde;
- Promover através de parceria com a SEDEL, grupos comunitários de atividades físicas;
- Elaborar e desenvolver ações específicas dirigidas e portadores de patologias expostos a fatores de risco;
- Implantar nas UBS, grupos de atividades físicas para portadores de patologias expostos aos fatores de risco;

METAS	PERÍODO
Garantir que toda população adulta tenha em seu tempo livre um grupo de atividade física para se integrar.	2010-2013
Garantir através de equipe multiprofissional, acompanhamento e monitoramento nos grupos de atividade física, priorizando os grupos com patologias.	2010-2013
Estimular a co-responsabilidade na população adulta em manter-se com qualidade de vida através de hábitos e comportamentos saudáveis.	2010-2013
Assegurar aos portadores de patologias expostos aos fatores de risco avaliação e monitoramento através de profissionais apropriados e exames periódicos.	2010-2013

PROGRAMA SAÚDE DA CRIANÇA – PAISC

Objetivo:

Vigilância do crescimento e desenvolvimento de lactentes de 0 a 15 meses e de crianças até os 5 anos de idade, além do diagnóstico e tratamento das afecções mais prevalentes na infância.

Diretrizes:

- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 05 anos e recém nascidos com baixo peso, considerados de maior risco.
- Garantir o fornecimento de suplemento de sulfato ferroso e vitamina A.
- Garantir ações intersetoriais reintegrando trabalhadores de saúde (enfermeiros, auxiliares, e técnico de enfermagem, psicólogos, dentistas, fonoaudiólogos) as atividades previstas de saúde de forma continuada.
- Fortalecer as ações integradoras com os programas de saúde ESF, PACS e outros órgãos intra e extra governamental ligado à criança.

METAS	PERÍODO
Reduzir mortalidade infantil em 5%	2010-2013
Reduzir mortalidade neonatal em 12%	2010-2013
Reduzir mortalidade pós neonatal em 11%	2010-2013
Coletar 100% teste do pezinho no município	2010-2013
Realizar agendamento precoce e segmentar das ações de risco da rede	2010-2013
Aumentar os indicadores de aleitamento materno no município em 2% ao ano.	2010-2013
Atender 100% da população de 0 a 2 anos usuário do SUS.	2010-2013
Reduzir as ocorrências das doenças preveníveis na infância com maior prevalência pela sua importância epidemiológica, diarreia, infecções respiratória e desnutrição em 2% .	2010-2013
Fornecimento 100% da vitamina A para crianças de 6-11meses e de 12-59 meses e puerperas.	2010-2013
Fornecimento 100% do suplemento de ferro para crianças de 6-24 meses, gestantes a partir da 20ª semana e puerperas ate o 3º mês pós-parto.	2010-2013

PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE - PROSAD**Objetivo:**

Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais.

Diretrizes:

- Adequar os serviços de saúde às necessidades específicas dos adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis;
- Respeitar às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local;
- Participar ativamente os adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, (Portal da Prefeitura Municipal de Açailândia, 2010)na divulgação e na avaliação das ações.

METAS	PERÍODO
Assegurar através do orçamento o atendimento prioritário ao adolescente de acordo com a Constituição Federal, artigo 227, e artigo 4º parágrafo único alíneas “c e d” do ECA, ao PROSAD atualmente incluso na dotação do PAB;	2010-2013
Reativar os trabalhos com grupos de adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, fortalecendo o protagonismo infantil;	2010-2013
Promover mensalmente oficinas e palestras dentro das áreas prioritárias do PROSAD para adolescentes, pais, educadores e profissionais de saúde;	2010-2013

PROGRAMA SAÚDE BUCAL – PSB

Objetivo:

_ Fortalecer e efetivar a atenção Básica como centro ordenador das redes da atenção a saúde apontando para uma nova dinâmica na forma da organização dos serviços e ações de saúde possibilitando racionalidade assistencial e resultados favoráveis nos indicadores de saúde.

Diretriz:

- Implementar a atenção secundária em odontologia e melhorar as equipes já existentes dando suporte necessário.

PROJETOS	PERÍODO
Implantar ações de assistência odontológica, através de consultório odontológico portátil.	2010-2013
Atender a média Complexidade	2010 - 2013

Atender as especialidades que são referências nos postos de saúde como: endodontia, odontopediatria, periodontia, pacientes especiais, cirurgia bucomaxilofacial, RX peripical e prevenção de câncer bucal.	2010 – 2013
Construção de uma ala odontológica dentro do Hospital	2010 – 2013
Compra de equipamentos e instrumentais cirúrgicos para ala odontológica dentro do hospital	2010 – 2013
Implantação do CEO	2010 – 2013
Realizar diagnósticos epidemiológicos em saúde bucal	2010 – 2013
Realizar campanha anual contra câncer bucal	2010 – 2013
Ampliar as equipes de saúde bucal	2010 – 2013

ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR - MAC

Objetivo:

_ Reorganizar as ações de apoio diagnóstico e terapêutico, urgência e emergência e as de média e alta complexidade nos setores público e contratado de forma hierarquizada e articulada com a atenção básica.

Objetivos Específicos:

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE AÇAILÂNDIA - CEMA

Objetivos:

_ Ampliar o acesso da população a serviços de média e alta complexidade no Sistema único de Saúde no município.

Diretrizes:

- Reorganização da atenção ambulatorial, visando garantir a continuidade e a integralidade da atenção.

PROJETOS	PERÍODO
Apontar alternativas para diminuir em 30% a demanda reprimida em consultas especializadas	2010 - 2013
Avaliar e acompanhar 100% dos contratos e convênios de prestadores de serviços ambulatoriais do SUS.	2010 – 2013
Aumentar o número de consultas ambulatoriais nas 5 especialidades básicas	2010 – 2013

METAS	PERÍODO
Ampliar a central de marcação	2010 - 2013
Uniformizar 100% dos funcionários da unidade.	2010 – 2013
Garantir cumprimento no atendimento das consultas especializadas.	2010 – 2013

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR / HOSPITAL MUNICIPAL DE AÇAILÂNDIA - HMA

Objetivo:

Implementar a assistência hospitalar, visando melhor qualidade e maior agilidade no atendimento a população.

Diretriz:

- Reorganização da atenção hospitalar.

PROJETOS	PERÍODO
Elaboração e implantação do plano de gerenciamento e resíduos de serviços de saúde para tratamento dos resíduos sólidos de saúde de acordo com as normas da Vigilância Sanitária.	2010 - 2013
Elaboração e construção de um sistema de sumidouro, visando diminuir gastos e ampliar a capacidade de armazenamento das fossas.	2010 – 2013
Elaboração do Projeto para equipar a neonatologia e a pediatria, reduzindo em 50% as transferências.	2010 – 2013
Capacitação da equipe técnica de enfermagem em parceria com SEMUS, SAMU e outras Instituições, visando qualificar o atendimento, abrangendo as áreas de urgência/emergência; aleitamento materno; curativos; medicação; Relação humana; Cuidados com pacientes no pré e pós cirúrgico.	2010 – 2013
Capacitação de toda a equipe administrativa, com o objetivo de disponibilizarmos de qualidade no atendimento.	2010 – 2013

METAS	PERÍODO
Ampliação de espaço físico e de leitos nas observações: feminina, masculina e infantil para melhor atender a atual demanda.	06 meses até dezembro de 2010
Construção de uma sala para implantação do setor de atendimento pediátrico (procedimentos, inalação entre outros)	06 meses até dezembro de 2010
Implantação do setor de triagem com 01 enfermeiro e um técnico de	06 meses até dezembro

enfermagem com equipamentos necessários priorizando e agilizando o atendimento de urgência/emergência.	de 2010
Aquisição de uma ambulância	2010

CARTÃO SUS

Objetivo:

Identificar o usuário do SUS, possibilitando a vinculação dos procedimentos executando no âmbito do Sistema único de Saúde e assim garantir o recebimento do procedimento prestado ao mesmo. Como ainda facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde.

Diretriz:

- Viabilizar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) aos usuários do SUS, facilitando a gestão do sistema e contribuir para o desenvolvimento de ações programáticas estratégicas, ações de vigilância epidemiológica, ambulatorial e hospitalar, fortalecimento de referência e contra referência, controle e avaliação, dentre outras, garantindo a cidadania do usuário do SUS.

METAS	PERÍODO
O Cartão SUS esta inserido nas metas do programa do Ministério da Saúde, que é absorver 100% de cobertura dos usuários residentes em Açailândia, incluindo a população prisional, com parceria dos EACS.	2010-2013
Firmar parcerias com outras secretarias e outros setores para ampliar a divulgação do Cartão SUS.	2010-2013

SAÚDE MENTAL / CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II

Objetivo:

Garantir a atenção integral no atendimento à população acima de 18 anos portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, em sua área de abrangência, com acompanhamento clínico e inserção social pelo acesso ao trabalho, exercício dos direitos de cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Diretrizes:

- Assistência de toda Equipe Multiprofissional: Médico Psiquiatra e Clínico, Psicólogo, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Assistência Social e Nutricionista.
- Consultas mensais aos usuários intensivos e semi-intensivos, atendimento de ambulatório, psicoterapia individual e de grupo, reuniões com familiares, Assembléia semestral com usuários, atividades físicas programadas e terapia ocupacional voltada para inserção no trabalho.
- Promover a viabilização do Planejamento Anual, priorizando as visitas domiciliares e observações in loco.
- Assistência nutricional de acordo com o Programa CAPSII, oferecendo café da manhã, almoço e lanche da tarde de acordo com a nutricionista e farmacêutica junto a Farmácia Básica.

PROJETOS	PERÍODO
Dar continuidade a atuação junto a Comunidade e a Secretaria Municipal de Saúde do trabalho de informação em prevenção e tratamento em Saúde Mental.	2010-2013
Sedimentar as parcerias já existentes junto a Sociedade, Instituições e ao PSF local.	2010-2013
Procurar e trabalhar parcerias para inserção ao trabalho dos usuários.	2010-2013

METAS	PERÍODO
Fomentar a discussão sobre leitos psiquiátricos no Hospital Municipal local.	2010-2013
Implantar CAPS infantil e AD, para atendimento da comunidade.	2010-2013
Realizar Conferência Municipal de Saúde Mental.	2010-2013
Fomentar a transformação de CAPS II para CAPS III, visto que atendemos também moradores de municípios que compõe nossa regional	2010-2013

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**Objetivos:**

Promoção, proteção e recuperação da saúde, que tem como um dos eixos de atuação a promoção do acesso aos medicamentos pelos brasileiros.

FARMÁCIA BÁSICA

Objetivos:

A distribuição dos medicamentos que tratam as doenças que mais acometem a população brasileira, que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Diretriz:

- Garantir acesso com qualidade.
- Promover o uso racional de medicamentos

METAS	PERÍODO
Melhoria na dispensa de medicamentos ampliando o espaço físico	2010 a 2013
Reativação da linha telefônica;	2010 a 2013
Construção de almoxarifado central;	2010 a 2013
Manter e expandir o atendimento de medicamentos Excepcionais e Saúde e Mental;	2010 a 2013
Realizar treinamentos aos funcionários da Farmácia Básica;	2010 a 2013
Aquisição de computadores;	2010 a 2013
Uniformizar os funcionários com jalecos.	2010 a 2013

FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL

Objetivos:

_ Levar medicamentos essenciais a um baixo custo para mais perto da população, melhorando o acesso e beneficiando uma maior quantidade de pessoas.

Diretriz:

- Ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos.

METAS	PERÍODO
Regularização anualmente da unidade:	2010 a 2013
Reforma da unidade;	2010 a 2013

Aquisição de computador completo;	2010 a 2013
Curso de motivação e excelência do atendimento a equipe da unidade;	2010 a 2013
Compra de equipamento para unidade e aquisição de prédio próprio	2010 a 2013
Implantar projeto Semeando o Conhecimento, que visa informar aos alunos do ensino fundamental 1ª fase sobre o uso correto de medicamentos;	2010 a 2013

EM RELAÇÃO AOS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

Objetivo:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Diretrizes:

- Estabelecer parcerias e convênios com entidades públicas, filantrópicas e ou privadas visando o desenvolvimento de atividades conjuntas de saúde;
- Estabelecer parcerias internas junto às secretarias municipais de cunho social de modo a possibilitar ações coletivas de saúde para alcance de grupos específicos que careçam de serviços.
- Buscar cooperação técnica e financeira junto às instituições e Ministério da Saúde, visando à melhoria da qualidade do sistema e a captação de recursos para a implementação de projetos a serem desenvolvidos na área de saúde pública.

EM RELAÇÃO À GESTÃO EM SAÚDE

Objetivos:

_ Fortalecer a capacidade de gestão do Sistema único de Saúde no âmbito municipal mediante condução política, planejamento, organização da rede e apoio gerencial aos serviços públicos de saúde.

Diretrizes:

- Melhoria da Gestão, acesso e qualidade das ações e serviços de saúde e melhoria da Infra-estrutura.
- Aperfeiçoamento das metodologias, processos e instrumentos de planejamento, programação, acompanhamento e avaliação local.

Metas	Período
Implantação do Setor de Planejamento, Projetos e Convênios em conjunto com o Setor de Controle Regulação Avaliação e Auditoria;	2010 - 2013
Fortalecer o sistema municipal de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria;	2010 – 2013
Fortalecer o Sistema de Planejamento Estratégico do SUS, com adoção do processo planejamento participativo, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento de gestão do SUS;	2010 – 2013
<input type="checkbox"/> Integrar o Sistema de Informatização da Secretaria municipal de Saúde, até 2010;	2010 – 2013
Participação nas reuniões das Comissões Inter-gestores Bipartite;	
Implantação da Ouvidoria do SUS	2010 – 2013

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Objetivo:

O objetivo do Conselho Municipal de Saúde é cumprir com seu dever atribuído pela Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde e demais normas, atuando na formação de estratégias operacionais de políticas públicas em ações e serviços de saúde, atuando no controle da execução dessas políticas públicas, contribuindo para a garantia do direito Constitucional à vida e saúde de todos, exercendo e estabelecendo práticas de vigilância e controle do Sistema Único de Saúde.

Diretrizes:

O Conselho Municipal de Saúde tem por diretrizes aquelas estabelecidas pela Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde; as regras referentes à sua criação, formação, estrutura e funcionamento, normatizadas nas Leis Municipais n.ºs 40/91, 110/1995 e 205/2002; a Lei n.º 8.080/90, e principalmente a disposição trazida na própria Constituição Federal que garante a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (Art. 198, III, CF); autonomia e atuação que são fortalecidas e consolidadas através das atividades desenvolvidas e desempenhadas pelos representantes no Conselho de Saúde em seus

segmentos, com vistas ao exercício da participação popular na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

METAS	PERIODO
<p>1) Capacitação de conselheiros para transmitir informação e conhecimento necessários sobre:</p> <p>O modelo assistencial do SUS, para que os mesmos possam atuar no controle social, exercendo, com competência, suas obrigações e deveres;</p> <p>As políticas públicas de ações e serviços de saúde, em especial na esfera Municipal: SISPACTO, Relatório de Gestão, Plano Municipal de Saúde, Termo de Compromisso de Gestão etc.;</p> <p>O fortalecimento da atuação dos Conselheiros Municipal de Saúde.</p>	2010 a 2013
<p>2) Aquisição de sede própria e equipamentos que venham compor a estrutura física adequada para abrigar o Colegiado, para a melhor realização de plenários, reuniões, conferências de saúde, atendimento ao público e outras atividades.</p>	Julho a dez de 2010
<p>3) Fomentar a participação do controle social através de palestras/ cursos etc., à população, para que conheçam o Conselho Municipal de Saúde e o Sistema de Saúde ao qual estão integrados e possuem direitos.</p>	2010 a 2013
<p>4) Articular a realização das propostas aprovadas em conferências de saúde.</p>	2010 a 2013
<p>5) Realizar a I Conferência Municipal de Saúde Mental – Intersetorial.</p>	Abril de 2010
<p>6) Realizar Conferências de Saúde, segundo calendário do Conselho Nacional de Saúde.</p>	2010 a 2013
<p>7) Realizar a XI Conferência Municipal de Saúde.</p>	Agosto de 2011
<p>8) Atender as demandas e interesses sociais dos autores dos SUS – usuários, trabalhadores, prestadores de serviços/gestores de saúde.</p>	2010 a 2013
<p>9) Elaborar projeto de lei para reforma da legislação municipal de formação, estrutura e funcionamento, com base na Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde; na Lei 8.080/90; na Lei 8.142/90.</p>	2010 a 2013

RECURSOS HUMANOS

Objetivo:

Buscar meios de valorizar os trabalhadores da rede municipal de saúde, fortalecendo os vínculos com o trabalho, o aperfeiçoamento profissional e a sua participação na gestão dos serviços.

Diretrizes:

- Efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários de forma harmônica.
- Implantar a Política de Humanização na rede municipal de saúde

METAS	PERÍODO
Elaborar e Implantar o Plano de Cargos Carreiras e Salários Municipal, considerando as diretrizes nacionais do PCCS/SUS.	2010 - 2013
Implantar o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS),	201 - 2013
Definir políticas de valorização e incentivo aos profissionais de saúde, de forma isonômica respeitando o grau de escolaridade.	2010 - 2013
Elaborar projeto para a realização de oficina sobre a Política de Humanização – PNH.	2010 – 2013
Investir na capacitação, aprimoramento e avaliação dos profissionais da saúde.	2010 – 2013
Desenvolver projetos educativos e preventivos, visando a melhoria contínua da qualidade de vida dos servidores.	2010 – 2013
Implementar as diretrizes de conduta ética visando orientar as relações da Secretaria com seus servidores e comunidade.	2010 – 2013
Investir na melhoria das relações de trabalho, mantendo um estreito relacionamento entre o governo municipal e entidades representativas dos servidores da saúde.	2010 – 2013
Propiciar condições para o desenvolvimento e implantação de uma política de saúde do trabalhador baseada em levantamento de doenças ocupacionais e acompanhamentos das medidas de prevenção.	2010 – 2013
Atuar de forma preventiva em todas as ações potenciais, das relações individuais e coletivas do trabalho da área da saúde que possam comprometer a harmonia dos ambientes.	2010 – 2013
Observar permanentemente o respeito e o cumprimento dos deveres estabelecidos na área de saúde.	2010 – 2013
Propiciar condições para que os diversos grupos de servidores da área da saúde, da mesma região geográfica de Açailândia, possam se reunir frequentemente para troca de experiência.	2010 – 2013
Ofertar Estágios nas áreas de Nível Médio e Superior.	2010 – 2013
Contratar profissionais somente através de Concurso Público, exceto em casos	2010 – 2013

previstos em Lei, garantindo todos os direitos trabalhistas.	
--	--

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Objetivo:

Implantar e Implementar a Política de Educação Permanente com o objetivo de transformar o processo de trabalho em eixo definidor e configurador de demandas educacionais.

Diretrizes:

- Desenvolvimento de metodologias que propiciem a reflexão sobre as práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde, relações na produção do cuidado e análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.
- Facilitar e promover a participação dos servidores a ações que visem a educação permanente.

METAS	PERÍODO
Implantar a Política de Educação Permanente na Secretaria Municipal da Saúde	2010 – 2013
Promover ações voltadas à capacitação permanente dos servidores da área da saúde.	2010 – 2013

ESTRUTURA

Objetivo:

Garantir que a rede de atenção tenha melhores condições de trabalho e de conforto aos usuários.

Diretrizes:

- Expansão e adequação da rede de atenção à saúde.
- Garantir a manutenção dos estoques de todos os materiais de consumo da rede municipal de saúde.
- Elaborar projetos de estrutura física e funcional das unidades de saúde a serem construídas ou reformadas de acordo com a demanda existente na área de abrangência e de acordo com o conjunto de serviços que se pretende oferecer;

PROJETOS	PERÍODO

Construir duas Unidades Básicas de saúde	2010 – 2013
Ampliação do Hospital Municipal para funcionamento do Laboratório	2010 - 2013
Adquirir novos veículos para uso nos diversos setores da Secretaria Municipal da Saúde.	2010 - 2013
Implementar a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico hospitalares, eletrodomésticos, relógios de ponto, veículos, equipamentos odontológicos	2010 – 2013

14 CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS é direito de todos, através, das diretrizes esta cada vez mais fortalecido e consolidado pelo Pacto da Saúde de acordo com a Portaria 699/2006.,e por meio dos três entes federativos (união, estados e municípios).

A SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde de Açailândia) através da parceria dos demais setores que a compõe busca constantemente contribuir para a qualidade de vida da população local, desta forma, o PMA (Plano Municipal de Saúde) ira servir como instrumento de gestão das ações de saúde ,que serão desenvolvidas durante o período entre 2010 a 2013.

Com focos em todas as ações de saúde em suas diversas especialidades e particularidades, o PMS teve a contribuição de profissionais de saúde nas suas distintas áreas e representantes do CMS (Conselho Municipal de Saúde), o que torna um instrumento de elaboração democrática e participativa. de suma importância para a gestão municipal visto

que as metas definidas servirão de embasamento na correção de ações que solucionem os inúmeros problemas que afetam os serviços de saúde no município, buscando assim, ofertar serviços humanizados e de qualidade para a população.

REFERÊNCIAS

- ___. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**, 2. ed. rer. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- ___. **Portaria nº 3.332**, de 28 de dezembro de 2006, Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, Brasília, DF, 2006.
- ___. Secretaria-Executiva. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- ___. Secretaria-Executiva. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento**, 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- ___. Secretaria-Executiva. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento: Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão: estrutura e conteúdo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- ___. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde... **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**, 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

___. **Estimativa populacional ano 2009** – DATASUS. Disponível em </http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsp.def/>. Acesso em: 22 Mar. 2010

___. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Brasília DF: 28 Dez. 1990.

___. Portaria Nº 2.261 DE 22 de setembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2261.htm>. Acesso em: 22 Mai. 2010.

BRASIL. Lei 8080, 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. **Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil**, Brasília DF: 20 Set. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese. Brasília DF. Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINSTERIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília-DF Ministério da Saúde, 2005.

IBGE. **Dados básicos, localização da sede, evolução populacional, pirâmide etária, docentes, escolas, estabelecimentos de saúde**, Disponível em: </ <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=210005/> >/ Acesso em: 12 mar 2010.

APENDICES