



PLANO PLURIANUAL DO MUNICÍPIO DE PORTO FRANCO - MA

QUADRIÊNIO 2018 A 2021

**Porto Franco – MA
2018**

PREFEITO MUNICIPAL

Nelson Horácio Macedo Fonseca

VICE – PREFEITA

Ivana Brito de Abreu

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Soraia Rejane Macedo Fonseca

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Lorraine Lima de Brito Moço

**CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE BIÊNIO 2017-2018
(Titulares)**

Claudia Freitas Silva
Flávia Carvalho Santos
José Maria de Sousa Miranda
Francisca Pereira de Andrade
Sharlene da Silva Alencar
Pedro Sousa Araújo Filho
Karla Ribeiro Monteiro
Dinalva da Silva Aguiar
Nagela de Sousa Silva Noletto
Danilson Oliveira Sousa
José Linhares da Cunha Filho

Endereço da Prefeitura Municipal

Praça Demétrio Milhomem, nº 10
Centro

Endereço da Secretaria Municipal de Saúde

Travessa Carolina, S/N
Jardim São Manoel
Fone/Fax: (99) 3571-3238
CEP: 65.970-000

LISTA DE SIGLAS

SUS= Sistema Único de Saúde
IBGE= Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
CEMAR= Companhia Energética do Maranhão
CVRD= Companhia Vale do Rio Doce
MS= Ministério da Saúde
SAMU= Serviço de Atendimento Médico de Urgência
CEO= Centro de Especialidades Odontológicas
USB= Unidade de Suporte Básico
USA= Unidade de Suporte Avançado
CAPS I= Centro de Atenção Psicossocial I
CAPS AD III= Centro de Atenção Psicossocial álcool e Drogas III
UBS= Unidade Básica de Saúde
CNES= Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SCNES= Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF= Estratégia de Saúde da Família
EACS= Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
HMAM= Hospital Municipal Aderson Marinho
TFD= Tratamento Fora de Domicílio
SEMUS= Secretaria Municipal de Saúde
ECG= Eletrocardiograma
SARGSUS= Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
IDH= Índice de Desenvolvimento Humano
PNUD= Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
VISA= Vigilância Sanitária e Animal
ANVISA= Agência Nacional de Vigilância Sanitária
NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UPA= Unidade de Pronto Atendimento
PSB= Programa Saúde Bucal
PNS= Plano Nacional de Saúde
TH= Terapia Hormonal
HPV= Papilomavírus
INCA= Instituto Nacional do Câncer
DPT= Vacina contra difteria, coqueluche e tétano
H1N1= vírus Influenza
DCNT= Doenças Crônicas Não transmissíveis
SIM= Sistema de Informação de Mortalidade
DANT= Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DSS= Determinantes Sociais de Saúde
PIB= Produto interno Bruto
RAS= Rede de Atenção à Saúde
PNH= Programa Nacional de Humanização

APS=Atenção Primária de Saúde

PMAQ= Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade

PNM= Programa Nacional de Medicamentos

PAVS=Programa de Ações de Vigilância em Saúde

PNSPI= Política

Nacional da saúde da Pessoa Idosa

SAD= Serviço de Atendimento Domiciliar

OMS= Organização Mundial de Saúde

SISPACTO= Sistema de Informação de Pactuação

AGA= Avaliação Geriátrica Ampla

CPD= Centro de Processamento de Dados

BK= Bacilo de Koch

FGV= Fundação Getúlio Vargas

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

Assessoria de Planejamento da Saúde
José Linhares da Cunha Filho
Enfermeiro
COREN 44.790-MA

COORDENADORES MUNICIPAIS:

SAMU – José Airton Bastos Júnior

DST/AIDS – Germana Marques Medeiros Lins

RADIOLOGIA – Francisco de Assis Milhomem Barros

EPIDEMIOLOGIA – Ckryslaine de Almeida Lima

NASF – Claudia Freitas da Silva

SISTEMAS SEMUS – Danilson Oliveira de Sousa

NUTRIÇÃO – Márcia da Cunha Barros

CEO – Dinalva da Silva Aguiar

PSB – Higo Pereira de Sousa

FISIOTERAPIA- Denise Aguiar Aquino

AMBULATÓRIO do HMAM – Eliomar Sousa Vieira

SERVIÇOS GERAIS – Lucidalva Gomes de Oliveira

FARMÁCIA HOSPITALAR – Flávio Miranda Sá

ATENÇÃO BÁSICA – Najela de Sousa Silva Noletto

IMUNIZAÇÃO – Vanderlene Parreão de Moura

DIRETORIA DE ESF E CEO – Polyanna Garcia de Farias

SUMÁRIO

Autoridades Municipais	2
Lista de Siglas	3
Equipe de Planejamento	5
APRESENTAÇÃO	7
História de Porto Franco.....	8
Mapa de Porto Franco.....	9
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	10
DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	23
ACESSO, AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	25
GESTÃO EM SAÚDE	33
OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS.....	34

APRESENTAÇÃO

São inegáveis os avanços alcançados pelo SUS, os quais repercutiram de forma muito importante sobre a saúde da população. A expansão da atenção primária, a eliminação e controle de doenças de grande impacto sobre a saúde da população e a redução da mortalidade infantil são exemplos que atestam as conquistas já registradas. Há, todavia, enormes desafios que requerem medidas estruturantes, capazes de assegurar a continuidade das conquistas e permitir o enfrentamento de desafios urgentes, de que são exemplos o envelhecimento populacional e as causas externas de morbidade e mortalidade, como os acidentes – sobretudo de trânsito – e a violência interpessoal.

Em decorrência disso, para a gestão da saúde pública de Porto Franco, devido à transição demográfica, com o acentuado envelhecimento da população, e a atual situação epidemiológica da cidade, há a necessidade de um novo modelo de Gestão e a reorganização das suas redes de saúde.

Apesar dos avanços nacionais, a saúde de Porto Franco encontra-se em situação não satisfatória, em decorrência de transição conturbada, com subtração de elementos importantes para continuidade dos trabalhos de gestão de saúde, estruturas em más condições de preservação, falhas no sistema de informação de um modo geral, atos decorrentes de ingerências, no entanto, com progressos em alguns setores, o que vinha mantendo ainda a gestão ativa.

A caracterização desse Plano segue o Modelo do Plano Nacional de Saúde com a divisão entre quatro eixos: **CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO; DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE; ACESSO, AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE e GESTÃO DE SAÚDE.**

Em seguida, será realizada a exposição dos **OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS** do Plano Plurianual 2018-2021 elaboradas possibilitando a transversalidade dos setores que compõem a SEMUS, em consonância com a situação atual da saúde do Município.

IDENTIFICAÇÃO MUNICIPAL

Informações Territoriais	
UF:	Maranhão
Município:	Porto Franco
Área (Km²):	2,718 978 km²
População (Hab):	22.239 hab. IBGE/2013
Densidade Populacional (Hab/Km²):	15,11 hab/km²
Região de Saúde:	Sul Maranhense
Secretaria de Saúde	
Nome do Órgão:	Prefeitura Municipal
Número CNES:	7549024
CNPJ:	14.391512.0001-30
Endereço:	Travessa Carolina , S/N; Jardim São Manoel . CEP:65.970-000
E-mail:	saudeportofranco@gmail.com
Telefone:	099 3571-3238
Informações da Gestão	
Governador (a):	Flávio Dino
Secretário (a) de Saúde em Exercício:	Soraia Rejane Macedo Fonseca
E-mail do Secretário (a):	Soraiamfonseca1906@hotmail.com
Telefone do Secretário (a):	(99)982055014
Fundo de Saúde	
Lei de criação do FMS:	Resolução CMS nº 007/2018
Data de Criação:	28/03/2018
CNPJ:	
Natureza Jurídica:	
Nome do Gestor do Fundo:	Soraia Rejane Macedo Fonseca
Conselho de Saúde	

Instrumento legal de criação:	Resolução CMS nº 007/2018
Endereço/CEP	Travessa Carolina, Jardim São Emanuel
E-mail:	Soraiamfonseca1906@hotmail.com
Telefone:	(99)982055014
Nome do Presidente:	Lorraine Lima de Brito Moço
Número de Conselheiros por segmento:	Usuários: 08 Governo: 06 Trabalhadores: 04 Prestadores: 06

PORTO FRANCO – Histórico

Porto Franco é um município brasileiro do Estado do Maranhão. Sua população estimada, em 2013, pelo IBGE, é de 22.239 habitantes. O município é banhado pelo Rio Tocantins, cortado pelas rodovias federais BR-010 (Belém-Brasília) e BR-226, pela rodovia estadual MA-336 e pela Ferrovia Norte-Sul. Admite-se que o povoamento de Porto Franco tenha sido iniciado por volta de 1854, quando em suas terras se instalaram agricultores vindos de Boa Vista, situado à margem esquerda do rio Tocantins, em Goiás. Poucos anos depois, o povoado por eles fundado foi visitado pelo português José Joaquim Severino, que percorria o Tocantins vendendo às populações ribeirinhas sal e outras mercadorias que trazia de Belém do Pará. Casando-se com uma senhora paraense que possuía parentes na região, Severino lá decidiu fixar residência. A 2 de abril de 1919, pela Lei Nº 853, foi elevado à categoria de vila. A 1º de dezembro desse ano elegeu seu primeiro prefeito, tenente Valério Neves de Miranda, cuja posse ocorreu no dia 1º de janeiro de 1920, data em que conquistou sua autonomia, sendo desmembrado de Imperatriz. A 29 de março de 1938, pelo Decreto -Lei Nº 45, Porto Franco foi levada à categoria de cidade. O município apresentou grande desenvolvimento graças a construção da Rodovia Belém-Brasília, no governo do então Presidente Juscelino Kubitschek, ocorrendo crescimento populacional. Antes da estrada, o município era simplesmente uma pequena localidade às margens do Rio Tocantins.

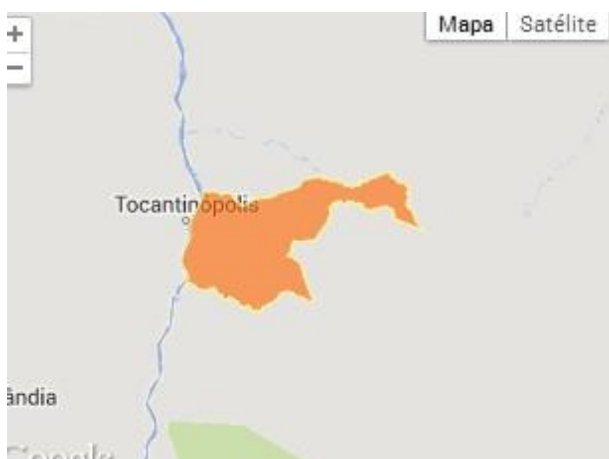
Passa pelo município o Linhão Norte-Sul da empresa de energia Eletronorte. No km 1252 da BR-010 a empresa tem uma subestação que abastece o "Sistema Regional Porto Franco" da empresa maranhense CEMAR. O município possui um Distrito Industrial, onde está o Pátio de Integração Multimodal da CVRD, situado no quilômetro 190 da Ferrovia Norte-Sul. O Pátio Multimodal abriga as empresas Bunge, Cargill Multigrain e Ceagro, que o utilizam para operações de carga, transbordo e armazenagem de grãos. Também no Distrito Industrial, o Grupo Algar, de Uberlândia-MG instalou uma unidade industrial produtora de óleo de soja, denominada ALGAR AGRO.

A VALEC Engenharia, Construções e Ferrovias SA, do Grupo CVRD, responsável pela construção da Ferrovia Norte-Sul tem escritório no centro da cidade e uma Fábrica de dormentes ferroviários. A beira-rio e o Parque de Exposições Alfredo Santos, e as belas praças da cidade oferecem alternativas de lazer para população local e da região. O carnaval de rua é uma tradição da cidade, atraindo turistas de várias regiões do país.

Figura 1 – Mapa do Estado do Maranhão, com município de Porto Franco em destaque



Figura 2 – Mapa do município de Porto Franco - MA



1) CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

1.1) Análise Situacional

Segundo dados obtidos através do SCNES/DATASUS atualmente encontram-se as seguintes unidades cadastradas:

CNES	NOME DA UNIDADE
5658985	SAMU 192 Regional de Porto Franco – Central de regulação
7616317	Motolância 01 SAMU 192 de Porto Franco
3910040	Clínica de Fisioterapia
3460843	CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
7024118	SAMU – 192 01 Suporte Avançado de Vida
7024126	USB 01 SAMU 192 Regional de Porto Franco Ma
7024134	USB 02 SAMU 192 Regional de Porto Franco Ma
7024142	USB 03 SAMU 192 Regional de Porto Franco Ma
5457157	CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Porto Franco
7767196	Farmácia Básica
2307170	Unidade de Vigilância Epidemiológica e Sanitária
7549024	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Franco
6647049	UBS Durval Hilberto Marinho Milhomem
3388921	UBS Centro de Porto Franco
3388999	UBS Assentamento Maravilha e Região
3388964	UBS Vila Lobão Carmelina
3388972	UBS Coité e Região
2307154	Hospital e Maternidade Aderson Marinho
2307219	UBS Professora Maria do Socorro M. da Silva
3388980	UBS Vila São Francisco
9043365	Posto de Saúde Residencial Vila Esperança
9029311	UBS Assentamento São Raimundo e Região

Fonte: CNES/2017

O município de Porto Franco encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, concentrando além da gestão a gerência de 100% das Unidades Públicas de Saúde. De acordo com o Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES), até o presente ano de 2018, Porto Franco apresenta um total de 22 instituições de saúde cadastradas no SCNES.

A atenção básica municipal, atualmente, conta com sete equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) responsáveis pela cobertura e atendimento de 82,23% da população porto-franquina.

A atenção à saúde mental é realizada em Porto Franco através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS I de Porto Franco proporciona à população local uma nova forma de atenção à saúde na básica e média complexidade, com intuito de voltar-se aos indivíduos com transtornos mentais.

Dentre as unidades de saúde classificadas como clínica/Centro de Especialidade, Porto Franco conta com 01 clínica de Fisioterapia, 01 clínica odontológica e 01 Centro de Especialidades Odontológicas tipo II. A clínica de fisioterapia presta serviços buscando a prevenção, tratamento e reabilitação de clientes que necessitam desse tipo de especialidade, os profissionais atuam realizando atendimentos individuais, visitas domiciliares, atividades educativas e consultas com outros especialistas.

A clínica odontológica e o CEO do município realizam a continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica, pelas equipes de saúde bucal. Os profissionais da Atenção Básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente, a clínica odontológica e o CEO são responsáveis pelos atendimentos mais complexos. Estes estabelecimentos realizam procedimentos tais como dentística, cirurgia Buco-maxilo-facial, endodontia, periodontia e implantação de próteses.

Devemos destaque à instituição que caracteriza o município como referência de saúde para muitos municípios circunvizinhos, como o Hospital e Maternidade Aderson Marinho (HMAM) que executa seus serviços como Unidade de atendimento 24 horas, se enquadrando na tipologia Hospital Geral, contando com plantão permanente de três classes de médicos: 01 clínico geral, 01 obstetra e 05 anestesistas, contando com serviço de radiologia e laboratório nas 24 horas.

Para atendimento especializado (Ambulatorial) contamos com 02 pediatras, 01 ginecologista, 01 cardiologista, 01 mastologista, 02 urologistas, 02 ortopedistas, 02 cirurgiões gerais, 01 radiologista e 01 Neurologista. Integrando o quadro profissional da unidade hospitalar, temos ainda 02 fisioterapeutas, 02 assistentes sociais e 01 fonoaudióloga. Contamos ainda com um total de 15 enfermeiros, distribuídos em escalas: 08 no Pronto Socorro, 05 na internação, 01 no ambulatório e 01 no Centro Cirúrgico.

Contemplando a parte social encontramos instalado na sede da SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde), o TFD (Tratamento Fora de Domicílio) que atua no encaminhamento de pacientes referenciados para atendimentos ambulatoriais e especializados que no município não são realizados, a Farmácia Básica e Unidade de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

O espaço ocupado pelo hospital pode ser assim distribuído: 02 consultórios no Pronto Socorro, 02 consultórios de enfermagem, 01 sala de gesso, 02 salas cirúrgicas, 02 salas de parto, 01 Sala de RPA (recuperação Pós-anestésica), 01 sala de Centro Obstétrico e 04 salas de atendimento ambulatorial.

O Hospital Municipal Aderson Marinho (HMAM) conta atualmente com 101 leitos distribuídos em: 18 leitos de pronto socorro, 13 leitos de clínica cirúrgica, 25 leitos de clínica geral, 07 leitos de obstetrícia clínica, 10 leitos de obstetrícia cirúrgica, 12 leitos de pediatria, 04 leitos psiquiátricos, 09 leitos de retaguarda, 02 leitos de Isolamento de clínica cirúrgica e 01 leito de isolamento clínico.

O HMAM oferta os seguintes serviços à população: internação, cirurgias, partos, ultrassonografia, endoscopia, mamografia, laboratório clínico, urgência/emergência, serviço de radiologia e eletrocardiograma (ECG).

O município mantém duas unidades de Apoio de Diagnóstico e Terapia que tem como o objetivo o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes externos, internos ou de emergência.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU – 192 - Regional de Porto Franco, possui base própria, uma central de regulação médica, e uma frota de 04 ambulâncias: 01 unidade de Suporte Avançado (USA), 02 Unidades de Suporte Básico (USB) e 01 unidade reserva. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas, que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

Analisando os demonstrativos dos estabelecimentos de saúde à partir da esfera administrativa podemos dizer que a grande maioria é gerenciada pela administração pública, sendo os estabelecimentos privados destinados para a realização de exames complementares que não estão disponíveis na rede de saúde pública.

1.1.1) Perfil Demográfico

Tabela 01 - População de Porto Franco distribuída em zona urbana e rural (2013):

ZONA	QUANTIDADE EM N°	PORCENTAGEM (%)
URBANA	17422 pessoas	78,34%
RURAL	4817 pessoas	21,66%

Fonte: IBGE/SARGSUS

Tabela 02 – População de Porto Franco distribuída por raça (conforme estimativa 2013)

RAÇA	QUANTIDADE EM N°	PORCENTAGEM (%)
BRANCA	10572	47,54
PRETA	1232	5,54
AMARELA	25	0,11
PARDA	10332	46,46
INDÍGENA	27	0,12
SEM DECLARAÇÃO	51	0,23

Fonte: IBGE/SARGSUS

Tabela 03 – População de Porto Franco distribuída por sexo e faixa etária:

FAIXA ETÁRIA	HOMEM	MULHER	TOTAL
0-4	1054	953	2007
5-9	1088	1054	2142
10-14	1228	1238	2466
15-19	1159	1188	2347
20-29	2144	2052	4196
30-39	1638	1631	3269
40-49	1158	1200	2358
50-59	760	752	1512
60-69	481	485	966
70-79	351	317	668
80+	144	164	308
Total	11205	11034	22239

Fonte: IBGE/SARGSUS

Tabela 04 – População de Porto Franco por gênero:

MASCULINO	FEMININO
11205	11034

Fonte: IBGE/SARGSUS

Porto Franco é um município com extensão territorial de 1.417,5 Km² segundo dados do IBGE. Considerando a população estimada em 2013 de 22.239 habitantes, a densidade demográfica atual é de 15,7 hab/km².

A taxa de urbanização segundo o censo de 2010 do IBGE, é de 78,34%, já população residente em zona rural representa 21,66% do total de habitantes, isso mostra que apesar de ser um município eminentemente urbano, Porto Franco encontra-se em processo de transição demográfica, visto que o município ainda possui uma população rural significativa.

Considerando dados do IBGE, a raça predominante no município é a branca, com 47,54% da população, seguida da parda, com 46,46%. A raça preta constitui 5,54% e as demais, somadas perfazem menos de 1% da população, ou 0,46%. Se forem considerados padrões atuais de definição, as raças denominadas como “preta” e “parda” seriam instituídas como “afro-descendentes”. Ao somar essa população, passaria a ser dominante, perfazendo um total de 52%, em contrapartida a raça branca com atuais 47,54%.

De acordo com a estimativa populacional 2013 proporcional entre homens e mulheres é praticamente igual, tendo a população masculina formada de 11205 pessoas e a de mulheres é de 11304 pessoas.

A estrutura etária da população do município é formada por jovens, 6.823 pessoas, destacando-se o quantitativo de adultos jovens de 20 a 49 anos, que representam o percentual de 30,68% da população total do município.

O município teve um crescimento populacional estimado em torno de 3,3%, entre 2010 e 2013, tendo sido mais dinâmico em comparação ao crescimento médio anual entre 2000-2010, que foi de 2,48%.

Porto Franco possui o índice de envelhecimento, relação entre o número de idosos e a população jovem, de 21,9% (no ano anterior foi de 21% - 2012). Sendo este um valor significativo, que demonstra o crescimento da faixa etária de pessoas com 65 anos ou mais, população que deve ter um acompanhamento de saúde constante.

A taxa de fecundidade, o número médio de filhos por mulher em idade fértil, ou seja, de 15 a 49 anos, no município, de acordo com o IBGE/2010 é de 3,7 filhos por mulher porto franquina. O índice municipal está acima do nacional, 1,9 filhos por brasileira, pois Porto Franco possui hospital e maternidade onde são realizados partos de mulheres referenciadas dos municípios circunvizinhos, tendo um nº de nascimentos muito superior à população feminina em idade fértil.

1.2) Saúde da Mulher

A assistência ao parto e puerpério se torna ainda hoje tema de preocupação da atenção básica no Brasil. Ainda são registrados inúmeros óbitos de mulheres em idade fértil por afecções no período perinatal e o número de jovens menores de 20 anos de idade tem aumentado significativamente, o que torna necessário implementar as ações de saúde da mulher nas UBS e hospitais.

Salientamos que a mortalidade pelo câncer de mama aumenta com a idade da mulher sendo observado aumento a partir dos 50 anos. A idade constitui o principal fator de risco da doença, havendo um aumento da incidência proporcional à idade. Também é fator de risco importante a história familiar, principalmente mãe e irmã que tenham apresentado câncer de mama antes da menopausa. Outros fatores são: reprodutivos (menarca precoce antes dos 12 anos, menopausa tardia após 55 anos, primeira gravidez após 30 anos,

nuliparidade), exposição à radiação ionizante, obesidade, fumo e álcool, uso prolongado de Terapia Hormonal (TH). Esse risco diminui à medida que aumenta o tempo de interrupção do uso, assim, após dez anos de interrupção o efeito torna-se nulo. A série histórica dos casos de câncer de mama em mulheres mostra que os coeficientes de mortalidade aumentam acentuadamente à medida que aumenta a faixa etária das mulheres (BRASIL 2009).

O câncer do colo do útero ocupa o 3º lugar em mortes por câncer em mulheres, sendo que a principal faixa etária de mortalidade é entre 20 a 29 anos. Considerando que mulheres em idade fértil tem entre 10 e 49 anos, a maioria das mulheres que morrem por Câncer de colo uterino possuem filhos pequenos e se encontram em plena fase produtiva da vida. Para o desenvolvimento do câncer do colo do útero é necessária a presença do Papilomavírus Humano (HPV) associado ou não a outros fatores como: tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, iniciação sexual precoce e coinfeção por agentes infecciosos como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O câncer do colo do útero é 100% prevenível, pois apresenta lesões precursoras que leva em média 10 anos para tornar-se câncer. Pode ser detectado precocemente por meio do exame citopatológico do colo do útero realizado nos serviços básicos de saúde.

Conforme dados de incidência do INCA (Instituto Nacional do Câncer) foram esperados para 2016 a incidência de 57.960 casos novos de câncer de mama, com risco estimado de 56,2 casos a cada 100.000 habitantes; 16.340 casos de câncer de cólon e reto, com proporção de 15,85/100.000 (média Nacional), considerando 19,49/100.000 para a Região Nordeste; 6950 casos novos de câncer de colo do útero, ou 6,74/100.000, sendo 4,58/100.000 para a Região Nordeste. Com relação ao câncer de ovário seriam esperados 6150 casos novos, ou 5,95/100.000 e para Região Nordeste 4,93/100.000.

1.3) Saúde do Homem

Segundo os princípios e diretrizes do Ministério da Saúde, a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardecem a integralidade da atenção. Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde. O reconhecimento de que a população masculina

acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis. A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. (Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem). A procura tardia faz com que as doenças sejam diagnosticadas tardiamente e os tratamentos necessários sejam longos. Estudos demonstram que os homens têm dificuldade em aderir a tratamentos crônicos ou prolongados ou ainda em modificar hábitos. Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais como a crença de invulnerabilidade enraizada na cultura patriarcal, sendo a doença um sinal de fraqueza. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, fazendo o homem sentir-se incomodado no ambiente da unidade de saúde. Outro fator apontado como limitador da procura pelos serviços de atenção primária seria o horário de funcionamento coincidente com o de trabalho e a dificuldade de marcação de consultas e exames que podem gerar perda de todo o dia de trabalho sem que sua necessidade seja atendida em um único dia. Em contrapartida, a maioria das mulheres que procuram as unidades de saúde também trabalha, e nem por isso deixam de procurá-las.

A compreensão das barreiras sócio-culturais e institucionais é importante para propor medidas que melhorem o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

Em 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 7.685.155 de internações na faixa de 15 a 59 anos de idade. Excluídas as informações ignoradas, as causas por gravidez, parto e puerpério, o universo masculino representou 52,9% (2,7 milhões) das internações, nesse intervalo de idade. As diferentes manifestações de violência e os transtornos mentais foram as principais causas de internação masculina nessa faixa etária.

Existem vários motivos para encaminhar um paciente com HPB para o hospital (com vistas à cirurgia de próstata):

- Sintomas persistentes, mesmo após emprego de medicamentos (prejuízo na qualidade de vida);
- Hematúria recorrente;
- Litíase vesical;
- Resíduo pós-miccional elevado (associado ou não a infecções urinárias recorrentes);
- Perda de função renal.

O objetivo principal destes encaminhamentos é o tratamento cirúrgico da hiperplasia prostática benigna. Segundo o INCA, o aumento da expectativa de vida e a melhoria dos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação explicam o aumento das taxas de incidência de câncer de próstata. Uma dieta

rica em gordura animal também está associada ao aumento do risco. Estima-se que no ano de 2016 fossem esperados 61.200 casos novos de Ca de Próstata, sendo 61,82/100.000 ou 29,5/100.00 para a Região Nordeste e casos novos de Ca de cólon e reto, sendo 16.660 para homens e 17.620 para mulheres, ou seja 16,84/100.000 e 17,10/100.000, respectivamente. Na Região Nordeste, seriam na proporção de 7,05 para homens e 8,77/100.000, respectivamente.

Falar em saúde do homem sempre nos remete ao enfoque das doenças urológicas, mas podemos ver que há um grande impacto a saúde da população masculina também das doenças cardiovasculares e as causas externas (violências e acidentes), principalmente nas faixas etárias produtivas para a sociedade e provedoras para as famílias. Além disso, os homens têm dificuldade de acesso aos serviços, seja por motivos culturais ou pelo horário de trabalho. Faz-se necessário que o sistema de saúde se debruce sobre estas questões para que efetivamente esta parcela na população tenha seu espaço nas unidades de saúde.

1.4) Saúde Mental

A Saúde Mental de Porto Franco é desenvolvida através do CAPS I, havendo cadastrados 04 (quatro) leitos de observação psiquiátrica no HMAM, porém, não operacionais, sendo necessário implantar Protocolo de Emergências Psiquiátricas, além da proposta da implantação de CAPS AD III, que determina uma demanda diferenciada e a mudanças de paradigmas sociais, culturais e de justiça. Para se entender melhor as classificações dos CAPS, abaixo ficam dispostas suas características:

- CAPS I - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.
- CAPS II - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.
- CAPS III - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.
- CAPS AD - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.
- CAPS AD III - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento

vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno.

- CAPS i - atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2014).

1.5) Saúde Bucal

Pelos dados obtidos durante levantamento epidemiológico, temos no município implantado o CEO, além de contar com a atuação do PSB nas UBS, mantendo o nº de exodontias em proporção satisfatória, conforme pactuação do ano anterior. A atual gestão pretende implementar e estender essas ações, com fins de aprimorar esses índices e gerar estatística própria.

1.6) Doenças Transmissíveis

Em relação às doenças imunopreveníveis observa-se a tendência decrescente da incidência e da mortalidade. Outros desafios estão impostos por agravos relacionados ao processo de urbanização, por exemplo, a dengue como também o fácil deslocamento das pessoas entre estados e países, oferecendo o risco de reintrodução de vírus eliminados como sarampo e pólio. Ainda, a realização de eventos de massa oferece um cenário complexo impondo a necessidade de modernização e aprimoramento da vigilância em saúde para que possamos responder oportunamente às demandas atuais das doenças transmissíveis na nossa cidade. Seguem-se abaixo algumas descrições de Doenças transmissíveis:

Coqueluche

Doença infecciosa aguda que apresentou um declínio importante após a introdução da vacina DPT em 1973, porém tem-se observado um recrudescimento da coqueluche no Brasil e em outros países nas últimas décadas. O aumento dos casos de coqueluche é um fenômeno mundial e não há um motivo definido. O que se sabe é que a vacina tem eficácia restrita. A vacina da coqueluche está incluída na Pentavalente, realizada aos 2, 4, 6 meses. Reforço aos 15 meses (DPT) e 4 - 6 anos (DPT).

Depois de 5 a 10 anos da última dose os anticorpos caem, deixando a pessoa suscetível. São justamente os adultos jovens que adoecem, na maioria das vezes de forma oligossintomática, acometendo lactentes jovens (RN até 7 meses) que não fizeram ainda a vacina ou fizeram poucas doses. Estes tem formas clínicas típicas e graves, internando mais. A epidemiologia e a clínica se complementam e é importante lembrar que os lactentes jovens (principalmente

os menores de 6 meses) constituem o grupo de indivíduos particularmente propenso a apresentar formas graves, muitas vezes letais, de coqueluche.

Influenza

A importância da influenza como questão de Saúde Pública cresceu enormemente após o ano de 2009, quando se registrou a primeira pandemia do século XXI, com mais de 190 países notificando milhares de casos e óbitos pela doença, denominada Influenza Pandêmica A (H1N1) 2009. A distribuição dos casos do ano conforme informe técnico da Campanha Nacional de Vacinação contra a influenza, as campanhas são realizadas desde 1999, e no início contemplavam apenas os idosos. A importância da vacina segundo estudos referidos na Nota Técnica se deve ao fato de reduzir principalmente as hospitalizações por pneumonias e as complicações associadas à influenza. Atualmente outros grupos e faixas etárias são considerados como de risco em potencial, sendo necessária a imunização periódica.

Hepatites Virais

As hepatites do tipo A estão relacionadas, em 90% dos casos da doença, à ingestão de água ou alimentos contaminados, e os mais acometidos são as crianças e jovens de 1 a 19 anos. As hepatites do tipo B, em 68% dos casos, acometem adultos jovens, na faixa etária de 20 a 49 anos, e sua transmissão está relacionada, principalmente, às relações sexuais sem proteção e ao uso de drogas. As hepatites do tipo C são mais comuns do que se imagina e podem provocar danos à saúde e morte principalmente em pessoas a partir de 50 anos, caso que, em seu histórico possa ter realizado tratamento cirúrgico em sua juventude com material não esterilizado adequadamente. O perfil de transmissão da hepatite C vem se alterando ao longo dos anos. Até o ano de 2005 a forma de transmissão mais referida pelos pacientes foi a transfusão de sangue e hemoderivados, uma vez que o exame para detecção do vírus só foi implantado nos bancos de sangue a partir de 1993. Esta forma de transmissão era bastante freqüente entre as pessoas que receberam sangue antes de 1993. Atualmente, as três formas de transmissão mais referidas pelos pacientes são os procedimentos hospitalares, uso de drogas e relação sexual sem proteção.

Dengue, Chikungunya e Zika

As três doenças são adquiridas através da picada do mosquito *Aedes aegypti*, mais conhecido como mosquito da dengue, ou o *Aedes albopictus*. A única forma de evitar as três doenças é com o combate do mosquito, através da eliminação dos criadouros do mosquito nas casas, no trabalho e nas áreas públicas.

A Dengue e a Chikungunya têm sintomas e sinais parecidos, enquanto a Dengue se destaca pelas dores no corpo, a Chikungunya se destaca por dores e inchaço nas articulações. Já a Zika se destaca por uma febre mais baixa (ou ausência de febre), muitas manchas na pele e coceira no corpo.

O primeiro sintoma da Dengue é a febre alta, entre 39° e 40°C. Tem início repentino e geralmente dura de 2 a 7 dias, acompanhada de dor de cabeça, dores no corpo e articulações, prostração, fraqueza, dor atrás dos olhos, erupção e coceira no corpo. Pode haver perda de peso, náuseas e vômitos.

Chikungunya

Apresenta sintomas como febre alta, dor muscular e nas articulações, dor de cabeça e exantema (erupção na pele). Os sinais costumam durar de 3 a 10 dias.

Zika

Tem como principal sintoma o exantema (erupção na pele) com coceira, febre baixa (ou ausência de febre), olhos vermelhos sem secreção ou coceira, dor nas articulações, dor nos músculos e dor de cabeça. Normalmente os sintomas desaparecem após 3 a 7 dias.

Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecto contagiosa transmitida por meio da bactéria *Mycobacterium Tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK). A tuberculose é considerada pelo Ministério da Saúde uma doença extremamente contagiosa, pois na maioria dos casos, é transmitida pelas vias aéreas por meio da inalação de partículas contaminadas através da tosse, fala ou espirro do paciente com a doença.

O Ministério da Saúde afirma que a tuberculose é uma séria questão de saúde pública no Brasil, oriunda de diversos problemas sociais. Segundo o Portal da Saúde, há notificação de 70 mil casos de tuberculose a cada ano e ocorrem 4,6 mil mortes por conta da doença. Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil está em 17º lugar entre um ranking de 22 países responsáveis por 80% de todos os casos de tuberculose pelo mundo.

O mesmo estudo apontou queda de 38,7% na incidência de tuberculose e 33,6% no índice de mortalidade. Após várias campanhas e esforços para lutar contra a tuberculose, a cada ano o Ministério da Saúde observa queda na ocorrência da doença que no futuro poderá ser controlada, deixando de ser um caso de saúde pública.

O Ministério da Saúde considera a tuberculose uma doença derivada de diversas condições sociais. É claro que o sistema imunológico comprometido pode propiciar o contágio, porém, na maioria dos casos, a tuberculose é proveniente de falta de saneamento básico, água potável, higiene pessoal, vacinas, entre outros fatores relacionados à condição de vida das pessoas.

Sífilis Congênita

A sífilis é doença infecto-contagiosa, transmitida pela via sexual e verticalmente durante a gestação (congénita). Caracteriza-se por períodos de atividade e latência; pelo acometimento sistêmico disseminado e pela evolução para complicações graves em parte dos pacientes que não trataram ou que foram tratados inadequadamente. É conhecida desde o século XV, e seu estudo ocupou todas as especialidades médicas e, de modo especial, a dermatologia. Seu agente etiológico, o *Treponema pallidum*, nunca foi cultivado e, apesar de descrito há mais de 100 anos e sendo tratado desde 1943 pela penicilina, sua droga mais eficaz, continua como um problema de saúde importante em países desenvolvidos ou subdesenvolvidos. Dadas as características da forma de transmissão, a doença acompanhou as mudanças comportamentais da sociedade e nos últimos anos tornou-se mais importante ainda devido à possibilidade de aumentar o risco de transmissão da síndrome de imunodeficiência adquirida. Novos testes laboratoriais e medidas de controle principalmente voltadas para o tratamento adequado do paciente e parceiro, uso de preservativo, informação à população fazem parte das medidas adotadas para controle da sífilis pelos responsáveis por programas de saúde.

Hanseníase

Causa da doença

A hanseníase (antigamente conhecida como lepra) é uma doença infecto contagiosa causada por um microorganismo (bactéria) denominado *Mycobacterium leprae*.

Transmissão

Sua transmissão ocorre através do contato direto com doentes sem tratamento, pois estes, eliminam os bacilos através do aparelho respiratório superior em meio as secreções nasais e gotículas da fala, tosse e espirro. No caso dos doentes que recebem tratamento médico, não há risco de transmissão.

Sintomas da hanseníase

Seus principais sinais e sintomas são: sensação de formigamento, fisgadas ou dormência nas extremidades; manchas brancas ou avermelhadas, geralmente com perda da sensibilidade ao calor, frio, dor e ao toque; áreas da pele que apresentem alteração da sensibilidade e da secreção de suor; caroços

e placas em qualquer região do corpo e diminuição da força muscular (dificuldade para segurar objetos).

Tratamento

A hanseníase tem cura e seu tratamento é realizado através de medicamentos via oral. Esta doença é tratada nas unidades de saúde e seu tratamento é gratuito.

Prevenção

Uma importante medida de prevenção é a informação sobre os sinais e sintomas da doença, pois, quanto mais cedo for identificada, mais fácil e rápida ocorrerá a cura. Uma outra medida preventiva, é a realização do exame dermatoneurológico e aplicação da vacina BCG nas pessoas que vivem com os portadores desta doença.

Febre amarela

A febre amarela é uma doença infecciosa causada por um vírus e transmitida por mosquitos. A infecção pode ser categorizada de duas formas: febre amarela urbana, quando é transmitida pelo *Aedes aegypti*; ou febre amarela silvestre, quando transmitida pelo *Haemagogus* e *Sabethes*.

A doença é considerada aguda e hemorrágica e recebe este nome, pois causa amarelidão do corpo (icterícia) e hemorragia em diversos graus. O vírus é tropical e mais comum na América do Sul e na África. Apesar de ser considerado um vírus perigoso, a maioria das pessoas não apresentam sintoma e evoluem para a cura.

A febre amarela pertence à classificação das arboviroses, tendo várias diferenças entre a dengue e ao Zika vírus, apesar de pertencerem à família dos Flavívirus. A baixa incidência das doenças infecciosas diminuiu a preocupação da sociedade e reduziu a prioridade da prevenção dessas doenças pelos serviços de saúde, o que gerou um número elevado de vítimas de suas complicações. Atualmente, mantém-se a vigilância, rastreamento de focos e divulgação da prevenção durante o ano todo.

1.7) Doenças e Agravos não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não -Transmissíveis – DCNT são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS mostram que as DCNT são responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008 (WHO, 2011a). No Brasil, as DCNT são igualmente importantes, sendo responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3%

dos óbitos), neoplasias (16,3%) e diabetes (5,2%) (SCHMIDT et al, 2011), correspondendo a 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos estados brasileiros indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006 (MALTA et al, 2006). Os indicadores de mortalidade pelas Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT) têm no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) a principal fonte de dados. O documento que alimenta o SIM é a Declaração de Óbito (DO) preenchida pelo médico ao constatar um óbito. Não há, atualmente um sistema unificado de informação sobre morbidade por DANT na SEMUS. Entretanto, é possível conjugar vários sistemas de informação para elaboração de indicadores de morbidade. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) constitui o principal sistema de informação de morbidade, através do qual é possível obter um conjunto de variáveis a cerca de 80% das internações hospitalares, como a causa da internação, os dias de permanência, a evolução da situação de saúde que levou a internação, custos diretos, etc. Todas as informações obtidas podem ser desagregadas até o nível municipal.

1.8) Mortalidade Infantil

A mortalidade Infantil é considerada como um dos índices mais importantes na avaliação de qualidade de vida e de saúde de um município, seguido de seu IDH. O coeficiente é calculado baseado no número de óbitos ocorridos em um determinado período, considerando a população de faixa etária de menores de 1 ano multiplicado por 1.000. Em Porto Franco, segundo dados do IBGE, o Índice de Mortalidade Infantil no ano de 2012 era de 10,3/1000. Dados atualizados de 2016 ainda não se encontram oficialmente à disposição para consulta pública.

2) DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (Tarlov, 1996). Ao atuarmos sobre as causas das desigualdades de saúde e doença, temos a oportunidade de melhorar a saúde nas regiões mais vulneráveis do município. Uma das causas mais importantes são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (determinantes sociais de saúde).

2.1 Aspectos Socioeconômicos

O objetivo dessa subseção é apresentar um prisma de indicadores socioeconômicos relacionados: ao Produto Interno Bruto (PIB), o IDH, a educação, trabalho e renda.

2.1.1) Produto Interno Bruto (PIB)

O PIB é um indicador para medir a atividade econômica do país. Quando há queda de dois trimestres consecutivos no PIB, a economia está em recessão técnica. Os economistas costumam dizer que o PIB é um bom indicador de crescimento, mas não de desenvolvimento, que deveria incluir outros dados como distribuição de renda, investimento em educação, entre outros aspectos.

O PIB pode ser calculado de duas maneiras. Uma delas é pela soma das riquezas produzidas dentro do país, incluindo nesse cálculo empresas nacionais e estrangeiras localizadas em território nacional. Nesse cálculo entram os resultados da indústria (que respondem por 30% do total), serviços (65%) e agropecuária (5%). Entra no cálculo apenas o produto final vendido, por exemplo, um carro e não o aço e ferro da produção. Evita-se, assim, a contagem dupla de certas produções.

Outra maneira de medir o PIB é pela ótica da demanda, ou seja, de quem compra essas riquezas. Nesse caso, são considerados o consumo das famílias (60%), o consumo do governo (20%), os investimentos do governo e de empresas privadas (18%) e a soma das exportações e das importações (2%). Esses dois cálculos devem sempre chegar ao mesmo resultado.

2.1.2) PIB *per capita*

Este indicador é calculado a partir da divisão do PIB pelo número de habitantes da região. Ele indica quanto cada habitante produzido em determinado período. No Brasil, o cálculo do PIB é feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), instituição federal subordinada ao Ministério do Planejamento, desde 1990. Antes disso, a Fundação Getúlio Vargas (FGV) era responsável pela medição. Segundo o IBGE (2008) o PIB de Porto Franco é de R\$ 494.151,00 e o PIB *per capita* é de R\$ 21.815,84.

2.1.3) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado para oferecer um contraponto ao PIB, tendo em vista que este somente considera a dimensão econômica do desenvolvimento. É uma medida simplificada do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano, são eles: renda, educação e saúde. No IDH Global 2012, o Brasil ficou em 85º lugar com nota 0,730. Segundo o IBGE (2008) o IDH de Porto Franco é de 0,684. A nível Brasil encontra-se em 2332º e no Maranhão está em 6º lugar.

2.1.4) Educação

Segundo dados do Censo do IBGE (2014), considerando a população acima de 15 anos de idade, a taxa de analfabetismo de Porto Franco encontra-se 14,8%.

3) ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

O acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais e passou a ser um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania no Brasil. Por este motivo, um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o acesso da população a ações e serviços de saúde de qualidade.

O acesso qualificado se traduz na equidade, na humanização do cuidado, na integralidade da atenção e no atendimento em tempo adequado às necessidades individuais e coletivas. A adoção de modelo organizativo de ações e serviços, baseado em redes de atenção, que favoreçam a superação da fragmentação existente entre eles e o preenchimento de vazios assistenciais constituem o cerne do esforço a ser empreendido nos próximos anos. Tal organização deve permitir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado (Plano Nacional de Saúde – PNS, 2012-2015)

Neste contexto, a estruturação e articulação da rede de atenção à saúde em Porto Franco visa à organização do sistema, dentro de um modelo de atenção com conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde dos usuários.

3.1) Modelo de Atenção

O Modelo de Atenção é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias. Estes, por sua vez, devem estar definidos em função da análise situacional considerando os perfis demográficos, epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo, em determinada sociedade (Mendes, 1993). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Ao se reconhecer as características das condições de saúde e as condições sociais dos usuários, a singularidade do cuidado prestado precisa estar organizada para responder de forma qualificada aos problemas identificados. Para isto, é necessário o fortalecimento de estratégias de cuidado que integre todas as esferas de atenção e que sejam compartilhadas e reconhecidas entre os serviços e as partes interessadas - gestores, trabalhadores e usuários.

3.1.1) Linhas de Cuidado

Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (Franco e Franco, s/ data). Por este motivo a linha de cuidado envolve um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida. Entre as tecnologias utilizadas, estão incluídos os protocolos clínicos e sua correspondência nos serviços da rede de atenção, através de sistemas de referência e contra-referência, hoje, pensado como política de matriciamento.

3.1.2) Acolhimento

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), acolhimento é definido como um “Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída” (BRASIL, 2010). O acolhimento implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade dos cuidados e estabelecendo articulações com outros serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos.

3.2) Atenção Primária em Saúde

Considerada a principal porta de entrada do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) fundamenta-se pela atuação sobre a promoção e prevenção da saúde, com foco nas causas mais prevalentes de agravos que acometem a população, além do manejo sobre as doenças existentes. Para cumprir essa atuação, precisa estar dispersa em quantidade e qualidade suficiente no território local, considerando os seus atributos (Starfield, 2002, p. 61):

Atenção ao primeiro contato, que implica a acessibilidade do serviço pela população, que precisa perceber que o serviço está disponível para atendê-la;

Longitudinalidade, geradora de vínculo pelo reconhecimento do uso do serviço ao longo do tempo e pela cooperação mútua entre profissionais e usuários;

Integralidade, compreendida como arranjos desenvolvidos pelas equipes para que os usuários tenham garantidos todos os serviços os quais necessitam, o que inclui das redes de atenção e as referências assistenciais na saúde e também intersetoriais;

Coordenação (integração) da atenção com foco na sua continuidade, valorizando e qualificando os prontuários como forma de reconhecer os problemas de saúde e sociais preexistentes do usuário (história pregressa) e também organizando as agendas assistenciais de forma a fortalecer o vínculo e a acessibilidade aos serviços ofertados na unidade e na rede de serviços.

3.2.1) Unidades de Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, resgatando conceitos mais amplos de saúde e formas diferenciadas de intervenção junto ao usuário, sua família e a comunidade. Evidências científicas mundiais e nacionais mostram que, dentre as orientações de modelo assistencial para a APS, a ESF é a que mais contempla seus atributos essenciais e derivados.

Desta forma consegue aplicar maior número dos princípios do SUS, com destaque para a integralidade, a equidade, a coordenação do cuidado, a preservação da autonomia e a participação e o controle social (Lei 8080/90).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), foi criado de forma a qualificar e valorizar os trabalhadores, ao passo que qualifica a atenção prestada e o acesso da população aos serviços da ESF. Além desta, outras estratégias são constantemente analisadas, como o Programa Mais Médicos, que aponta para a perspectiva de diminuir o número de equipes sem profissionais desta categoria.

3.2.2) Consultórios na Rua

As Equipes de Consultório na Rua são equipes da atenção básica que possuem modalidade de atendimento extramuros, com *responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua* (PNAB/ BRASIL, 2012). Cada equipe é formada por: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 4 ACS.

O trabalho em saúde é direcionado a pessoas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social, que podem ser usuários de álcool e/ou outras drogas ou não e que estão desvinculados da rede de serviços de saúde. Estas equipes ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida e territorial, reforçando a responsabilidade do SUS na promoção do cuidado integral. No município de Porto Franco não existe esse serviço atuante, sendo necessário prioritariamente a implantação inicialmente do CAPS AD III, para em seguida, através de levantamento epidemiológico específico definir a necessidade de implantação desse serviço extraordinário.

Diferente do modo tradicional de acesso aos serviços de saúde, em que o usuário busca atendimento na rede, os profissionais dos consultórios na rua se deslocam até o usuário, no local onde o mesmo se encontra. Essa proposta visa justamente atender a população mais vulnerável e que não acessa os serviços via meios tradicionais de atenção. Nesse contato é feita uma abordagem, que busca estabelecer vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde, de modo a criar um processo de cuidado, de acordo com as demandas que se apresentam.

As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas as Unidades Básicas de Saúde, aos NASF, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. A organização dos processos de trabalho é intersetorial, na perspectiva de rede (MS, 2012).

A Redução de Danos é uma das diretrizes de trabalho do SUS. Não estabelece a diminuição do consumo, condição de acesso ou exige abstinência *a priori*, mas o protagonismo da pessoa que usa drogas. Implica um repertório de cuidado integral e intersetorial, na perspectiva de rede. Inclui um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas às pessoas que usam, abusam ou dependem de drogas e sua rede social e afetiva. Dirige-se à identificação e minimização dos fatores de risco sociais, econômicos e de saúde, bem como a potencialização dos fatores de proteção, cidadania e defesa da vida (MAYER, 2009).

3.2.3) Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)

Integrados a APS, o Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) objetiva a potencializar as ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, aumentando a resolutividade. Para isso, não se constituem como unidades físicas independentes ou especiais, mas trabalham no compartilhamento do cuidado dos casos com as equipes de ESF.

Na atualidade, 1 equipe de NASF pode vir a atender até 9 equipes de ESF, conforme Portaria Ministerial específica. Porto Franco possui 7 equipes de ESF, e uma de EACS, sendo necessário no decorrer da Gestão, a viabilização da implantação de mais 1 equipe se a realidade definir a necessidade. Dependendo do grau de complexidade do município e das equipes de NASF, pode fazer parte da equipe, profissionais psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais. Dependendo das necessidades epidemiológicas de cada município, algumas equipes ainda podem ter em sua constituição farmacêuticos, ginecologista, pediatra, educador físico e fonoaudiólogo.

Nas regiões onde não há Consultório na Rua, o desafio persiste no acesso da população em situação de rua nas unidades de saúde. Nestes casos, a qualificação do acolhimento realizado pelos profissionais das ESF e das UBS é fundamental para a aproximação dos usuários aos serviços.

3.3) Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é uma Política de Saúde garantida pela Lei 8080/90 em seu artigo 6º e pela Política Nacional de Medicamentos (PNM), de 1998, que constituiu um dos elementos fundamentais para efetiva implementação de ações, capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

Em 2003, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica teve como tema: “Efetivando o Acesso, Qualidade e Humanização da AF com Controle Social”. Uma das propostas desta conferência foi o acesso a medicamentos seguros, eficazes, produzidos com qualidade, de acordo com as necessidades, com regularidade e orientação para o uso correto. Desta conferência surgiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução 338 do Conselho Nacional de Saúde de 2004.

3.4) Vigilância em Saúde

O reconhecimento da Vigilância em Saúde como responsabilidade indelegável e como um componente indissociável do SUS e a base estratégica

do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Cabe a Vigilância em Saúde atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

As ações executadas pela Vigilância em Saúde são definidas em função do risco epidemiológico, sanitário e ambiental em saúde, existentes no Município e também definidas pelo Ministério da Saúde (Programação de Ações de Vigilância à Saúde – PAVS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

A Vigilância em Saúde do Município, dependendo de cada realidade e pactuações, para seu pleno funcionamento, recomenda-se ser dividida da seguinte maneira:

□ □ Epidemiológica – Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis, Núcleo de Vigilância de Doenças Crônicas, Núcleo de Vigilância de Doenças Agudas e Núcleo de Imunizações;

□ □ Sanitária – Equipe de Vigilância de Alimentos, Equipe de Vigilância de Serviços e Produtos de Interesse à Saúde, subdividida em Núcleo de Produtos, Núcleo de Serviços e Núcleo de Engenharia;

□ □ Ambiental - Equipe de Vigilância de Saúde Ambiental, Equipe de Vigilância Das Águas e Equipe de Vigilância de Zoonoses, subdividida em Núcleo de Vigilância de Roedores e Vetores e Núcleo de Vigilância de População Animal.

Licenciamento Sanitário - todo estabelecimento de pessoa jurídica ou física que produzir, fabricar, manipular, fracionar, comercializar, distribuir, armazenar, transportar, vender e entregar produtos e serviços de interesse à saúde deve requerer a Licença Sanitária junto ao VISA Municipal de Carolina, obedecendo a critérios como a apresentação de documentos que comprovem a existência legal, responsabilidade técnica, entre outros necessários, de acordo com a atividade requerida.

Ações Coletivas em Vigilância em Saúde – os processos de trabalho da Vigilância em Saúde são muito baseados em ações envolvendo outros entes, e por isso se desenvolvem de forma intersetorial e com caráter coletivo. Existem algumas ações de menor complexidade, porém de grande relevância, relacionadas direto à assistência básica que podem ser desenvolvidas localmente por esses serviços, com atividade direta dos agentes de endemias e equipes de ESF.

Acesso a Fiscalização e Denúncias – as equipes da Vigilância em Saúde devem receber demandas, denúncias, e outras solicitações através de telefone, e-mail, ou por outros meios de comunicação direta ou indireta, devendo ser protocolada de preferência, discriminando sua origem e relevância, a fim de que as equipes de saúde possam atuar efetivamente.

Informação em Saúde – no intuito de sensibilizar e co-responsabilizar a população e ampliar a disseminação do conhecimento, deverão ser realizadas orientações técnicas aos requerentes do Licenciamento Sanitário, reuniões com o setor regulado, oficinas de trabalho e orientações coletivas fortalecendo, desta forma, as atividades educativas e de informações em saúde.

A Vigilância em Saúde deve buscar a excelência de seus trabalhos, rompendo com perfis tradicionalmente fiscalizadores, punitivos e cartorial, para investir em atividades de orientações educativas e intersetoriais, a partir do modelo de atenção da vigilância e da promoção da saúde. Assim, procura reforçar o papel dos setores regulados, população, trabalhadores da saúde e gestores do SUS, e nesse sentido, necessita o trabalho integrado e participativo de toda a sociedade.

3.5) Atenção à Saúde das Pessoas Idosas

As ações do município voltadas para a saúde do idoso objetivam o desenvolvimento de medidas educativas focando o autocuidado e atitudes preventivas que visam a forma ativa de promoção de saúde e manutenção da autonomia, independência (funcionalidade) e qualidade de vida ao envelhecer. No entanto, é importante salientar que muitos idosos em nosso município já envelheceram sem acesso a medidas preventivas adequadas. Entre esses poderão estar os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes/ violências e de doenças cardiovasculares, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

Ao encontro das demandas, promoção e prevenção da saúde da população idosa e as implementações de ações específicas de recuperação e reabilitação no município de Porto Franco deverão ser norteadas pelas diretrizes contempladas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006:

- ☐ ☐ Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
- ☐ ☐ Estímulo a ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.
- ☐ ☐ Implantação de serviços de atenção domiciliar a partir de equipes de SAD Programa “Melhor em Casa”- MS
- ☐ ☐ O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério e risco.
- ☐ ☐ Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
- ☐ ☐ Promoção do Envelhecimento ativo e saudável.
- ☐ ☐ Fortalecimento da participação social.
- ☐ ☐ Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

- □ Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.
- □ Promoção de Cooperação Nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
- □ Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A PNSPI define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Na Atenção Básica, espera-se oferecer à pessoa idosa e a seus familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito à cultura da região e às diversidades do envelhecer.

Nesse sentido, a valorização social da velhice inicia no fortalecimento da estrutura social primária, a família, na qual ocorre a mudança de percepção do envelhecer e do papel do idoso na sociedade. A efetivação do autocuidado biopsicossocial no processo de viver e protagonismo de cidadania da pessoa idosa será fruto de uma construção cultural que ofereça ao velho o status social de sujeito ativo e de saber, a qual se inicia na família.

É preciso dar ênfase que no atual momento a questão do envelhecimento populacional extrapola a responsabilidade e o senso individual, devendo ser tratada por seu caráter eminentemente coletivo e por pessoas investidas do poder público. Bobbio previne: "Mais velhos e mais anos de velhice: multipliquemos os dois números e obteremos a cifra que revela a excepcional gravidade do problema" (1997: p. 25). Especialmente para aquele que já envelheceu num contexto de dificuldades sociais, econômicas, culturais e de saúde, se fazem necessárias em Carolina estruturas de recuperação e de proteção ao idoso em condição de dependência funcional que sobrevive em famílias negligentes ou impossibilitadas de prover o cuidado. Unidades de saúde e leitos de longa permanência e a formação de cuidadores comunitários são suportes político-sociais importantes para atender integralmente à pessoa idosa.

3.6) Atenção à saúde das Pessoas com Deficiência

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em seu preâmbulo reafirma a universalidade, a interdependência, a indivisibilidade e a interrelação dos direitos humanos, assim como a necessidade de que as pessoas com deficiência tenham a garantia de poder usufruí-los sem discriminação. Harmonicamente é ressaltada a importância do reconhecimento da acessibilidade aos meios físico, social, econômico e cultural, à educação, à saúde, à informação e comunicação, visando o pleno desfrute de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência.

Define-se deficiência como a perda ou anormalidade de uma estrutura fisiológica, anatômica e psicológica que gere incapacidade temporária ou permanente para o desempenho de uma atividade dentro do padrão considerado como normal.

A OMS estima que cerca de 15% da população mundial vivam com alguma deficiência. A Pesquisa Mundial de Saúde indica uma prevalência de 2,2% dos indivíduos com 15 anos ou mais enfrentam dificuldades funcionais significativas.

A Rede de Atenção em Saúde das Pessoas com Deficiência, conforme Portaria Ministerial 793, é composta pelos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomias e em Múltiplas Deficiências, e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

A Secretaria Municipal de Saúde tem buscado parcerias e pactuações, além da organização de serviços, atuando no processo de transferência gradual da regulação da habilitação do município para resolutividade de casos dessa natureza. Este processo possibilitará qualificação na regulação e consequentemente aprimoramento na gestão da saúde municipal.

4 GESTÃO EM SAÚDE

Por gestão em saúde entende-se a criação e a utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política (Paim e Teixeira, 2006). Para fins de compreensão, os mesmos autores pontuaram política de saúde como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao *poder* em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas* de saúde (*Policy*). Assim, a palavra *política* na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes (Paim e Teixeira, 2006, p. 74).

A gestão em saúde no Brasil, desta forma, acompanhou as orientações legais e dos gestores ao longo da história, sendo que a incorporação do Sistema Único de Saúde no país remeteu a uma reorientação das políticas de saúde até então vigentes. Em Porto Franco, a qualificação da gestão do SUS apresenta desafios anteriores a sua constituição, onde destaca-se a não formalização de elementos básicos norteadores da ação gestora, até a dificuldade de formação e remuneração específicos para atuação neste campo.

Exemplo disto é o estado encontrado dos ambientes e serviços públicos que deveriam estar à disposição dos cidadãos, onde estão sendo necessários esforços constantes para restabelecer a ordem e regularizar os atendimentos, além da reorganização de sistemas, arquivos, documentações, estruturas, equipes de saúde, materiais, equipamentos, logística de transporte, caracterizando situação semelhante ao abandono, que vem se Não corrigido de forma urgente e efetiva, prejudicará o bom desempenho, apesar das expectativas e compromissos estabelecidos com o atual Gestor.

A fragilidade do planejamento do SUS em Porto Franco até o momento vem sendo avaliado através das experiências e avaliações por parte da equipe formada por coordenados e assessores no ano de 2017. O Plano Plurianual do período de 2018 a 2021 foi elaborado de maneira abrangente, somente podendo ser melhor avaliado à partir da criação de estatísticas próprias a serem monitoradas periodicamente e finalizadas em cada Relatório de Gestão anual. O Plano Plurianual do Quadriênio 2018-2021 apresenta propostas coerentes, dentro da realidade nacional e local, compartilhando com todas as coordenações, tendo dessa forma ampla condição de ser cumprida, levando-se em consideração em contrapartida, as possibilidades de investimento e parcerias com os governos Estadual e Federal e, a participação e colaboração por parte do Conselho Municipal de Saúde.

4.1) Planejamento

O Planejamento é um processo que leva ao estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de determinados objetivos (Paim e Teixeira, 2006, p. 76). Nesse sentido, para a SEMUS consiste principalmente na elaboração de planos e programas governamentais para dar conta das necessidades populacionais em saúde diagnosticadas pela gestão do SUS. Em uma perspectiva nacional estratégica, “define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (Caderno 2 PlanejaSUS, 2006). Da mesma forma, o planejamento do SUS em Porto Franco também está sendo organizado para atuar de forma sistêmica, sendo que, para isso, tem ocorrido mudanças significativas na estrutura de planejamento da SEMUS do município.

4.2) Participação e Controle Social

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, que cumprem a função de representação da sociedade no controle da política pública de Saúde. É instância deliberativa no âmbito do planejamento em saúde, bem como tem papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, deve ter assegurada a estrutura e capacidade operacional adequadas ao cumprimento dessas funções, bem como ter seu papel reconhecido e respeitado pela gestão do SUS nas três esferas de governo.

5) DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES E AS AÇÕES DO PLANO DE SAÚDE

DIRETRIZ 1 – Garantia do acesso da população aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção básica.

OBJETIVO 1 - Ampliar e qualificar o acesso da população às ações e serviços de saúde básicos no município.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR (LINHA BASE) ÚLTIMO RESULTADO DO INDICADOR		UNIDADE DE MEDIDA	META PLANO (2018-2021)
		VALOR (resultado)	ANO		
Aumentar o percentual de cobertura populacional das equipes de atenção básica.	Indicador Pacto Interfederativo - Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	100	2017	Percentual	100
Aumentar o percentual de cobertura populacional das equipes básicas de saúde bucal.	Indicador Pacto Interfederativo - Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal na atenção básica.	100	2017	Percentual	100
Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Indicador Pacto Interfederativo - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	79	2017	Percentual	85

PRINCIPAIS AÇÕES PARA 4 ANOS	ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL
Realizar procedimentos odontológicos básicos individuais a toda a população	AB/ SEMUS
Realizar primeira consulta odontológica programática	AB/ SEMUS
Prover e investir em equipamentos, instrumentas e matérias de consumo odontológicos para os serviços	AB/ SEMUS
Garantir agente comunitário de saúde em 100% das micro áreas existente	AB/ SEMUS

Aumentar a oferta de especialidades gradualmente, para atender a demanda	AB/ SEMUS
Realizar atendimentos em especialidade não medicas: terapia ocupacional; nutrição; enfermagem, fisioterapia e outros	AB/ SEMUS
Fortalecer o controle e acompanhamento dos beneficiários do PBF	AB/ SEMUS
Fortalecer o cadastro de toda população através dos ACS	AB/ SEMUS

DIRETRIZ 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com ênfase no Serviço de Pronto Atendimento da unidade hospitalar e implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), articulada às outras redes de atenção.

OBJETIVO 2.1 – Qualificar e estruturar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR (LINHA BASE) ÚLTIMO RESULTADO DO INDICADOR		UNIDADE DE MEDIDA	META PLANO (2018-2021)
		VALOR (resultado)	ANO		
Qualificar e estruturar o serviço de pronto atendimento na unidade hospitalar.	Pronto atendimento estruturado.	1	2017	Número	1
Reformular Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco da Unidade de Urgência do HMAM;	Pronto atendimento estruturado.	1	2017	Número	1

PRINCIPAIS AÇÕES PARA 4 ANOS	ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL
Implantar Plano de Ação de rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no município;	SAMU/SEMUS
Inserir Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco da Unidade de Urgência do HMAM;	SAMU/SEMUS /HMAM
Realizar manutenção preventiva e corretiva das ambulâncias do SAMU;	SEMUS

DIRETRIZ 3 – Promoção da Atenção Integral à Saúde da Criança e da Mulher e Fortalecimento da Rede Materno Infantil, com ênfase na qualidade da assistência do pré-natal, parto e nascimento.

OBJETIVO 3.1 – Ampliar e qualificar o acesso da população às ações e serviços na rede de atenção à saúde materna e infantil.

OBJETIVO 3.2 – Implantar e/ou implementar ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama.

OBJETIVO 3.3 – Implantar e/ou implementar ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer do colo do útero.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR (LINHA BASE) ÚLTIMO RESULTADO DO INDICADOR		UNIDADE DE MEDIDA	META PLANO (2018-2021)
		VALOR (resultado)	ANO		
Reduzir a incidência de sífilis congênita.	Indicador Pacto Interfederativo - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.	1	2017	Número	0
Aumentar o percentual de parto normal.	Indicador Pacto Interfederativo - Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar.	70	2017	Percentual	80
Diminuir a proporção de gravidez na adolescência.	Indicador Pacto Interfederativo - Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.	22,93	2017	Percentual	22,93
Reduzir a taxa de mortalidade infantil.	Indicador Pacto Interfederativo - Taxa de mortalidade infantil.	9	2017	Número ou Taxa	0
Reduzir o número de óbitos maternos.	Indicador Pacto Interfederativo - Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	0	2017	Número	0

Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.	Indicador Pacto Interfederativo - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	4	2017	Razão	4
Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Indicador Pacto Interfederativo - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	2	2017	Razão	2

PRINCIPAIS AÇÕES PARA 4 ANOS	ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL
Realizar ações educativas de promoção e prevenção á saúde da criança;	UBS/NASF/ESF4
Realizar triagem neonatal de todas as crianças, preferencialmente até o 7º dia de vida;	HMAM
Manter o programa saúde na escola (PSE) nas instituições públicas de ensino;	PSE/UBS
Reduzir o coeficiente de mortalidade por causas externas;	UBS/NASF
Aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses de vida;	HMAM
Fortalecimento do planejamento familiar;	UBS/ESF
Redução do câncer de colo de útero e mama, promoção de ações voltadas para a mulher no climatério, na terceira idade;	UBS/ESF
Prestar atendimentos de promoção, prevenção e assistência à saúde da mulher; garantindo atendimento ginecológico e obstétrico as mulheres e gestantes de risco;	UBS/ESF/NASF
Prestar atendimentos as gestantes e puérperas;	HME/ESF/UBS
Garantir exames de rotina a todas as gestantes e mulheres em geral;	AB

Prestar atendimento as mulheres, com coleta de citopatológico do colo do útero e exame clínico das mamas; E realizar campanhas sobre o assunto no mês de outubro;	UBS/ESF
Prestar atendimento as mulheres que sofreram com violência doméstica, verbal ou sexual.	AB/ESF

DIRETRIZ 4 – Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais e nas ações de enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas.

OBJETIVO 4.1 – Ampliar e qualificar o acesso da população às ações e serviços na Rede de Atenção Psicossocial, em articulação com outros pontos intersetoriais.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR (LINHA BASE) ÚLTIMO RESULTADO DO INDICADOR		UNIDADE DE MEDIDA	META PLANO (2018-2021)
		VALOR (resultado)	ANO		
Aumentar as Ações de Matriciamento realizadas por Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com equipes de Atenção Básica.	Indicador Pacto Interfederativo - Ações de Matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	0,96	2017	Percentual	0,96
Implantação do CAPS AD III para atendimentos de média complexidade de usuários de álcool e outras drogas, com expectativa de acolhimento diuturno e de 3º turno.	Indicador Pacto Interfederativo - Ações de Matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	0,96	2017	Percentual	0,96

PRINCIPAIS AÇÕES PARA 4 ANOS	ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL
Garantir acompanhamento de psicólogo para a população de risco;	UBS/CAPS
Disponibilizar medicamentos de uso essencial na Rede de Atenção Psicossocial;	AB/SEMUS
Planejar e executar ações de promoção e prevenção da saúde ao combate às drogas na faixa etária vulnerável;	AB/ESF/NASF
Incentivar a participação de trabalhadores, usuários e familiares do CAPS nas variadas formas de participação e controle social	AB/CAPS
Intensificar o controle do tratamento realizado pelos pacientes psiquiátricos através da realização de visitas domiciliares com maior periodicidade realizada por todos os membros da equipe de	ESF/AB

saúde;	
Implantação do CAPS AD III para atendimentos de média complexidade de usuários de álcool e outras drogas, com expectativa de acolhimento diuturno e de 3º turno.	AB/NASF/UBS
Implantar Protocolo de Urgência Psiquiátrica no HMAM, com observação de quadros de surtos psicóticos entre 6 e 72 horas, diminuindo o sofrimento mental, e evitando internações em instituições de longa permanência;	HMAM
Construção de sede própria do CAPS I;	SEMUS
Instalação do CAPS AD III em sede própria;	SEMUS

DIRETRIZ 5 – Promoção da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa com estímulo ao envelhecimento ativo e Aprimoramento da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, fortalecendo as ações voltadas aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

OBJETIVO 5.1 – Ampliar e qualificar o acesso aos serviços na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, câncer e diabetes).

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR (LINHA BASE) ÚLTIMO RESULTADO DO INDICADOR		UNIDADE DE MEDIDA	META PLANO (2018-2021)
		VALOR (resultado)	ANO		
Reduzir a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, câncer e diabetes).	Indicador Pacto Interfederativo - Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, câncer e diabetes).	22	2017	Número	22

PRINCIPAIS AÇÕES PARA 4 ANOS	ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL
Promover ações de educação em saúde para famílias, com foco nos principais agravos à saúde da pessoa idosa;	AB/NASF/ESF/UBS
Elaborar e implementar projetos que favorecem a promoção e prevenção da saúde; tais como: exercícios físicos, caminhadas e zumbas;	AB/UBS
Garantir acompanhamento e a continuidade da atenção aos pacientes com neoplasias encaminhando os mesmos para a nossa referência;	AB/UBS/ESF
Ampliar a atenção domiciliar no município, priorizando a população idosa, com orientação alimentar e ergonômica, com a prática do sistema de AGA;	AB/UBS

DIRETRIZ 6 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

OBJETIVO 6.1 – Fortalecer as ações e serviços de promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR (LINHA BASE) ÚLTIMO RESULTADO DO INDICADOR		UNIDADE DE MEDIDA	META PLANO (2018-2021)
		VALOR (resultado)	ANO		
Aumentar a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF).	Indicador Pacto Interfederativo - Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	90	2017	Percentual	90
Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Indicador Pacto Interfederativo - Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	95	2017	Percentual	100
Alcançar, nacionalmente, em pelo menos 75% dos municípios, as coberturas vacinais adequadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.	Indicador Pacto Interfederativo - Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose – com cobertura vacinal preconizada.	75	2017	Percentual	75
Aumentar os registros de Doença de Notificação Compulsória Imediata -DNCI, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação.	Indicador Pacto Interfederativo - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	80	2017	Percentual	80
Aumentar a proporção de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes.	Indicador Pacto Interfederativo - Proporção de cura dos casos	88	2017	Percentual	90

	novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.				
Reduzir a transmissão da malária.	Indicador Pacto Interfederativo - Número de Casos Autóctones de Malária.	Não se aplica	2017	Número	Não se aplica
Reduzir a incidência de AIDS em menores de cinco anos.	Indicador Pacto Interfederativo - Número de casos novos de AIDS em menores de cinco anos.	0	2017	Número	0
Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Indicador Pacto Interfederativo - Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	30	2017	Percentual	40
Ampliar o % de municípios que realizam no mínimo 6 grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias.	Indicador Pacto Interfederativo - Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	100	2017	Percentual	100
Ampliar o percentual de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Indicador Pacto Interfederativo - Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	4	2017	Número	4
Identificar as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.	Indicador Pacto Interfederativo - Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	95	2017	Percentual	96
Aumentar o percentual de cura nos casos novos de Tuberculose.	Proporção de cura de casos novos de Tuberculose.	Não se aplica	2017	Percentual	Não se aplica

PRINCIPAIS AÇÕES PARA 4 ANOS	ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL
Realizar ações na comunidade de promoção da saúde, enfatizando sobre as formas de contágio, propagação e prevenção da hanseníase, tuberculose, Meningites, Dengue, Malária e Hepatites;	AB/UBS/ESF/NASF
Promover prioridades a cobertura vacinal através de campanhas municipais segundo o calendário básico de vacinas;	AB
Trabalhar com a comunidade ações de manejo ambiental por meio de limpeza de quintal e terrenos, a fim de alterar as condições do meio que propiciemos o estabelecimento de criadouros para fins imaturos de vetor;	AGE/AB
Capacitar periodicamente os ACS para investigarem a existência de casos suspeitos na comunidade;	AB/SEMUS
Acompanhar todos os casos confirmados;	UBS/ESF
Ampliar o acesso ao diagnóstico precoce das IST e intensificar a realização de testes rápidos em todas as unidades de saúde;	UBS/ESF
Realizar matriciamento em atenção e vigilância à saúde do trabalhador adulto e infante juvenil em 100% dos serviços da Atenção Primária em Saúde;	UBS/ESF
Realizar implementação de ação de vigilância da raiva e vacinação de animais domésticos, inclusive na zona rural, com levantamento epidemiológico prévio;	UBS/ESF
Realizar vigilância e controle vetorial em 100% dos casos confirmados de dengue, de acordo com Plano de Contingência da Dengue;	UBS/ESF
Implantação do Programa de Consultório de Rua, identificando e realizando atendimento à população em vulnerabilidade social, dependentes químicos e moradoras de rua, presentes ou em transição pelo município;	UBS/ESF

DIRETRIZ 7 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

OBJETIVO 7.1 - Ampliar o acesso dos usuários do SUS a medicamentos e produtos para saúde para o atendimento de doenças ou de agravos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR (LINHA BASE) ÚLTIMO RESULTADO DO INDICADOR		UNIDADE DE MEDIDA	META PLANO (2018-2021)
		VALOR (resultado)	ANO		
Aplicar R\$ 2,36 por hab. ano para financiar aquisição de medicamentos e insumos do componente básico da Assistência Farmacêutica.	Proporção de recursos aplicados por hab/ano com medicamentos e insumos do componente básico da AF.	2,36	2017	R\$	2,36 hab/ano
Implantar e/ou implementar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) nas unidades de saúde.	Número de unidades de saúde com HÓRUS implantado e em funcionamento.	8	2017	Número	8

PRINCIPAIS AÇÕES PARA 4 ANOS	ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL
Implementar a Assistência Farmacêutica em 100% dos serviços de saúde da rede;	SEMUS
Garantir a oferta regular de medicamentos e insumos farmacêuticos para os usuários da UBS;	SEMUS
Garantir a oferta regular de medicamentos de controle especial	SEMUS
Ampliar o número de unidades de saúde que ofertam consultas de farmacêuticos.	SEMUS
Garantir o acesso de preservativos masculinos e femininos aos usuários do SUS em conformidade com as diretrizes da política nacional para a prevenção de DST/AIDS.	AB/UBS/FB
Implantar o sistema HORUS da Farmácia Básica em todas as UBS	SEMUS

DIRETRIZ 9– Aperfeiçoamento da gestão municipal de saúde.

OBJETIVO 9.1 - Fortalecer a atuação da gestão municipal de saúde, com ênfase nas ações de apoio administrativo, planejamento, auditoria, ouvidoria, regulação, gestão do trabalho, educação em saúde, participação e controle social.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR (LINHA BASE) ÚLTIMO RESULTADO DO INDICADOR		UNIDADE DE MEDIDA	META PLANO (2018-2021)
		VALOR (resultado)	ANO		
Elaboração e aprovação do Plano de Saúde.	Plano de Saúde aprovado no Conselho.	1	2017	Número	1

PRINCIPAIS AÇÕES PARA 4 ANOS	ÁREA TÉCNICA RESPONSÁVEL
Aquisição de 3 camionetes cabine dupla 4X4 para realização de atividades de visitas domiciliares, imunização e ações itinerantes de saúde;	SEMUS
Aquisição de veículo tipo VAN para transporte de usuários do CAPS, visitas domiciliares e assistência às pessoas em vulnerabilidade social e familiar;	SEMUS
Implantação do Programa de Consultório de Rua, identificando e realizando atendimento à população em vulnerabilidade social, dependentes químicos e moradoras de rua, presentes ou em transição pelo município;	SEMUS
Implantação de equipe itinerante de imunização para realização de coberturas vacinais em períodos intermediários;	SEMUS
Realizar parcerias para ações educativas, qualificação profissional e de procedimentos técnicos de diagnóstico de DCNTs;	SEMUS

Qualificar os membros do Conselho Municipal de Saúde;	SEMUS
Promover estudos e pesquisas de saúde, em parceria com instituições de ensino técnico e de nível superior, elaborando estatísticas próprias para avaliação da evolução da saúde local para elaboração de projetos e planos de ação;	SEMUS
Reorganizar a gestão de trabalho no SUS;	SEMUS
Implantar e Implementar Ouvidoria SUS no HMAM e SEMUS.	SEMUS
Manter atualizado diariamente demais sistemas de informação, mantendo equipe qualificada no CPD da SEMUS;	SEMUS
Informatizar 100% das unidades de saúde e setores interligados de interesse no município;	SEMUS
Reforma da sede da SEMUS, adequando espaços, iluminação, rede elétrica e hidráulica, garantindo segurança, conforto e melhor fluxo para servidores e usuários;	SEMUS
Ampliação da sede da SEMUS, construindo e equipando auditório para realização próprio para realização de palestras e reuniões do Conselho Municipal de Saúde;	SEMUS
Reforma e operacionalização dos setores do HMAM, realizando manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, e reposição de instalações de central de gases;	SEMUS
Reorganizar e operacionalizar leitos desativados do setor de Internação do HMAM;	SEMUS
Construção de sede própria do CAPS I;	SEMUS
Definição de espaço amplo para o CPD, com iluminação natural, aquisição de mobiliário e equipamentos eletrônicos atualizados com internet cabeada e independente.	SEMUS

REFERÊNCIAS

- Plano Plurianual de Porto Franco 2014-2017
- Relatório de Gestão SARGSUS – Porto Franco do ano de 2016
- Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre – Quadriênio 2014-2017
- Sites oficiais: IBGE, INCA, DATASUS, Ministério da Saúde,
- BRASIL -Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL -Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF -Publicada no D.O.U. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42.
- BRASIL. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de set. de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno 1 PlanejaSUS, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde,
- Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. INCA: VIGESCOLA. Vigilância de tabagismo em escolares. 2004

RESOLUÇÃO CMS N°01/2020

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Franco- MA, no exercício das suas atribuições de acordo com a reunião extraordinária realizada no dia 05 de Março de 2020.

RESOLVE:

Art. 1 Aprovar prestação de contas com receitas e despesas gerais da saúde relativos aos meses de (setembro à dezembro de 2019).

Art. 2 Aprovação da programação anual de saúde – PAS 2019

Art.3 aprovação do plano municipal de saúde 2019

Art.4 Esta resolução entra em vigor na data da sua publicação .

Registra-se e Cumpra-se

Porto Franco- MA, 05 de Março de 2020.



Dayane Machado da Costa

Presidente do CMS Porto Franco Maranhão



Claudia Freitas da Silva

Vice- Presidente do CMS de Porto Franco

