

PREFEITURA DE
PASTOS BONS | UMA
CIDADE
PARA
TODOS



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE PASTOS BONS - MA
CNPJ – 05.277.173/0001-75
MUNICÍPIO MEMBRO DO TERRITÓRIO DA CIDADANIA CERRADO SUL MARANHENSE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2022/2025

Pastos Bons – MA
03/2022

Equipe Técnica

PREFEITO MUNICIPAL
Enoque Ferreira Mota Neto

VICE-PREFEITO
Francisco Reinaldo Coelho de Sousa

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Vera Lúcia Ferreira Costa Mota

PLANEJAMENTO E ACOMPANHAMENTO
José da Guia Freitas da Cunha

ATENÇÃO BÁSICA
Karita Tuanny Coelho Castro

CONTROLE E AVALIAÇÃO
José da Guia Freitas da Cunha
Kelma Leane Barros Teixeira Leão
Weverton de Sousa Teixeira

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

1. APRESENTAÇÃO

O município de Pastos Bons através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem atribuição de coordenar e executar a Política Municipal de Saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS explicitadas na Lei Orgânica do Município.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Pastos Bons é o resultado de um amplo processo de diálogo, caracterizado pelo esforço de fortalecimento do planejamento integrado da saúde. Dessa forma, o conteúdo deste documento expressa a identificação das necessidades de saúde da população Pastobonense, apresenta as diretrizes, os objetivos e as metas para a gestão da saúde no período de 2022 a 2025 tendo como base as orientações da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 e do Decreto 7.508/2011 que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde, como também foram considerados a “bagagem” teórico-prática do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, os compromissos do Plano de Governo, o Pacto pela Saúde e outros instrumentos de pactuação do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. No seu art. 3º, a Portaria 2.135, de 25/09/2013, fala que o *“Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS no período de quatro anos”*.

Foram resgatados o debate e as diretrizes aprovadas pela Conferência Municipal de Saúde realizada em 2015 e da 6ª Conferência Municipal de Saúde realizada em agosto de 2017, contemplando o amplo debate político sobre as prioridades e os desafios no campo da saúde.

O presente Plano Municipal de Saúde leva em consideração de igual modo a Lei Complementar 141/2012, de 13 de janeiro de 2012, que assegura a participação tripartite dos entes federados no financiamento da saúde, assim como especifica quais são as ações e serviços públicos em saúde, determina a prestação de contas na forma de audiências públicas, além de definir também as punições de quem não cumprirem suas determinações.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a

partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde.

O PMS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) consolidando como fundamental instrumento de planejamento.

Esse PMS apresenta análise situacional do município proporcionando informações gerais das condições em que vive a população Pastobonense, em que estão apresentados os principais indicadores demográficos, de morbimortalidade, de estrutura e acesso.

A Secretaria Municipal de Saúde possui como objetivo assegurar os direitos e respeitar as diversidades da população com base na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90), que apresenta como princípios e diretrizes a universalidade do acesso os serviços de saúde, a integralidade da assistência e a igualdade da assistência à saúde.

Esse Plano Municipal foi elaborado pela equipe técnica do Planejamento em Saúde com participação dos técnicos das Diretorias, Departamentos, Coordenações e Assessorias da SMS.

Vera Lúcia Ferreira Costa Mota
Secretária Municipal de Saúde

2- ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

2.1.1 - HISTÓRICO (ORIGEM E FORMAÇÃO)

A tradição é a única quanto a penetração do território e que foram os pernambucanos e baianos os primeiros a se estabelecerem no município.

Os aludidos bandeirantes criadores, entre eles o famoso bandeirante Domingos Jorge Velho (homenageado com seu nome na principal avenida da cidade: Domingos Sertão), fixando-se no território, edificaram uma Igreja datada de 1764, também fizeram plantações e pastagens.

Não existem tribos indígenas no município ocorre, contudo a tradição de haver existido a tribo dos Amanajós, estabelecidos na serra que fica a Noroeste da vila. Trata-se de índios loiros, brancos e de olhos azuis na sua maioria, que se originavam, talvez, de alguns sobreviventes holandeses dos naufrágios da costa atlântica. Ignora-se época em que desapareceram referidos selvagens.

O elemento negro prestou grande contribuição no devassamento do território do município.

Várias foram as fazendas de escravos aqui instaladas, tendo esse elemento contribuído fortemente na tarefa de plantar e devastar a terra.

Pernambucanos e baianos, transpondo o Rio Parnaíba, fundaram uma vila qual deu o nome de Pastos-Bons - denominação que se estendeu a toda região ao Norte até São José dos Matões e a Oeste até o Tocantins e além - Para o Sul até às cabeceiras do Paratinga (Manoel Alves Grande) e as do Parnaíba. Diz Carlota Carvalho: “Pastos-Bons foi então uma denominação regional geral, dada pelos ocupantes à imensa extensão de campos abertos para o Ocidente, em uma sucessão pasmosa em que ao bom sucedia o melhor”. Após o povoamento do alto sertão, com sub-denominações locais, somente o ponto inicial das entradas ficou sendo chamado de Pastos-Bons.

Os primeiros povoadores vieram de Pernambuco e da Bahia - Foram os conquistadores do sertão: isso em 1764, data gravada no frontispício do templo católico. Criadores de gado foram os primeiros povoadores, situaram fazendas em toda a região. Com a fundação de Pastos Bons os habitantes de Caxias à margem do Itapecuru, subiram para o agreste à procura dos afamados campos para os seus rebanhos.

Pouco depois da proclamação da Independência, seus habitantes se manifestaram contrários à autoridade do Imperador Pedro I, tentando criar a República de Pastos Bons, que

chegou a ter inclusive carta constitucional e bandeira, mas não passou de um sonho. A partir do século XIX, perdeu parte de seu território para a constituição de Mirador (1870), Loreto (1873), Nova Iorque (1890), Alto Parnaíba (1881) e Benedito Leite (1919).

Pastos Bons recebeu status de vila pela primeira vez por alvará de 29 de janeiro de 1820, com território desmembrado de Caxias. Extinta em 1870, a vila foi reinstalada pelas leis provinciais nº 575, de 11 de julho de 1860 e nº 1206, de 9 de março de 1880, desmembrado de Mirador.

CURIOSIDADES

Foi a cidade da primeira candidata representante do Estado do Maranhão na primeira edição do quadro do programa Caldeirão do Huck Soletrando, realizado pela Rede Globo de Televisão.

Conserva o nome que lhe deram os primeiros bandeirantes - Pastos Bons.

Em 2012 e em 2016, a cidade foi condecorada como o Selo Unicef, reconhecimento pelos êxitos nas ações nas áreas da Saúde e da Assistência Social.

Recentemente, um grupo de pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), desencavaram fósseis de um dos mais antigos membros do grupo ao qual pertencem os jacarés e crocodilos de hoje. Com cerca de 160 milhões de anos, o bicho, batizado de *Batrachomimus pastosbonensis*, também é importante por ser o primeiro vertebrado do país (à exceção de peixes) com restos que datam do Período Jurássico, a mais famosa fase da Era dos Dinossauros.

CULTURA

No ano de 2005 foi instituída a ACADEMIA DE LETRAS, HISTÓRIA E ECOLOGIA DA REGIÃO INTEGRADA DE PASTOS BONS, sob a presidência do acadêmico Celso Barros Coelho, filho do município. A academia tem 30 acadêmicos fundadores com os 30 patronos respectivos. Além disso, foi criado o Jornal Pastos Bons vinculado à Academia, com 35 edições sucessivas desde 28 de julho de 2003.

Conhecida pelo tradicional festejo de São Bento, que sempre acontece na última semana do mês de julho. Período que a cidade fica mais alegre com a presença dos filhos que retornam e dos admiradores dessa pequena cidade. Possui um dos carnavais mais movimentados da Região.

2.1.2 ESTADO / REGIÃO / MUNICÍPIO

O Município está situado na mesorregião do Leste Maranhense e na microrregião das Chapadas do Alto do Itapecuru, distando cerca de 550 km da capital do Estado do Maranhão, São Luís, e a 42 km do município de São João dos Patos, sede da Gerência de Articulação de Desenvolvimento Regional do Sertão Maranhense, do qual faz parte.

Tem uma população de 19.140 habitantes, conforme estimativa do IBGE no ano 2016, distribuídos equitativamente entre a zona urbana e rural, em 100 localidades.

Não dispõe agência bancária com dispêndios financeiros, o que dificulta em muito as atividades econômicas do município, fazendo com que os deslocamentos da administração municipal, dos comerciantes e sua população para transações bancárias sejam para o município de São João dos Patos.

Figura 1 – Mapa de Localização do Município de Pastos Bons.

Fonte: Google Maps



Área: 1.635,321 km²

População (Censo 2010): 18.067 hab.

Densidade demográfica: 11,11 hab/km²

Microrregião: Chapadas do Alto Itapecuru

Mesorregião: Leste Maranhense

Distância da capital: 550km

Fundação: 1764 (252 anos)

Sua altitude é de 309 metros ao nível do mar, com fuso horário UTC-3, e índice de desenvolvimento humano – IDH – de 0,613 (PNUD/2000), razoavelmente bom, comparado a outros municípios vizinhos, uma vez que Pastos Bons tem um PIB de R\$ 24.227.065,00 e PIB *per capita* de R\$ 1.506,94 (*IBGE/2003*).

Bairros da cidade:

- São José
- São Bento
- Aparecida (Poeirão)
- São Sebastião (Lagoa do Boi)
- Santa Maria
- Outro Lado
- Fazendinha

Povoados de Pastos Bons:

- Vão da Cana
- Cana Brava
- Orozimbo
- Santa Fé
- Angical
- Mosquito
- Campo Agrícola
- Lagoa do Boi
- Empoeira
- Sangue
- Fazendinha
- Coqueiro
- Carrapato
- Fortes
- Inhuma
- Cabeceiras
- Morro Redondo
- Terra Dura
- Cumbe
- Buriti
- Quatis
- Jatobá
- Cágados
- Pedra de Fogo
- Alegria
- Anajás
- Mucunã Coité
- Roçado
- Várzea do Meio
- São Joaquim
- Várzea
- Camaçari
- Santa Luzia
- Sucupira do Zé Horácio
- Gongá
- Garapa
- Varzea Formosa
- Campo Agrícola
- Santa Fé
- 39
- Raposa
- Vaz de Cima
- Coité
- Vão do Lava
- Vão da Cabra
- Vão do Vintura
- Sítio Velho
- Cai Coro
- Salobo
- Fulor do Tempo
- Saco do Boi

2.1.3 Aspectos Geográficos e Demográficos

O município limita-se com os municípios: Passagem Franca, Nova Iorque, Sucupira do Norte, Paraibano, São João dos Patos.

O município tem uma extensão territorial de 1.635,321km², com clima equatorial e relevo constituído de áreas planas, serras e montes pequenos, bastantes irregulares, com uma vegetação distribuída entre matas, vastos pastos e babaçuais.

O Município de Pastos Bons, de acordo com fontes estimadas do IBGE, tem uma população de 19.271 habitantes em 2017 e uma área geográfica de 1.635,321 km², distribuída em mais de 1.000 prédios na zona urbana e 1.500 na zona rural, correspondendo uma densidade demográfica de 11,05 hab/km², assim distribuídos por sexo.



POPULAÇÃO >	
População estimada [2017]	19.271 pessoas
População no último censo [2010]	18.067 pessoas
Densidade demográfica [2010]	11,05 hab/km ²

Figura 2 – Dados populacionais

Entre 2000 e 2010, a população de Pastos Bons cresceu a uma taxa média anual de 1,57%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de

urbanização do município passou de 59,25% para 68,12%. Em 2010 viviam, no município, 18.067 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 1,44%. Na UF, esta taxa foi de 1,53%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 44,83% para 59,25%.

População Total, por Gênero, Rural/Urbana - Município - Pastos Bons - MA

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	13.591	100,00	15.460	100,00	18.067	100,00
População residente masculina	6.852	50,42	7.854	50,80	9.179	50,81
População residente feminina	6.740	49,59	7.606	49,20	8.888	49,19
População urbana	6.093	44,83	9.160	59,25	12.307	68,12
População rural	7.498	55,17	6.300	40,75	5.760	31,88

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

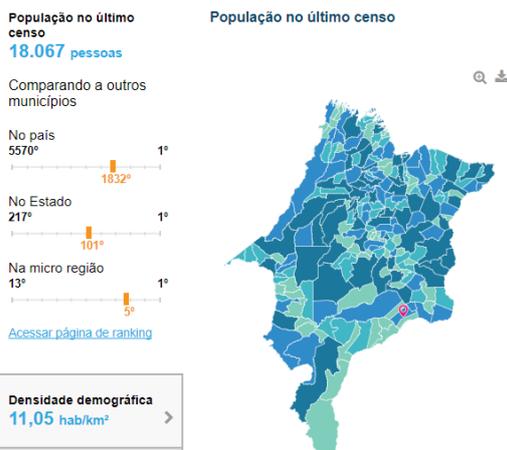


Figura – Ranking Populacional no País, Estado e Região de Saúde.

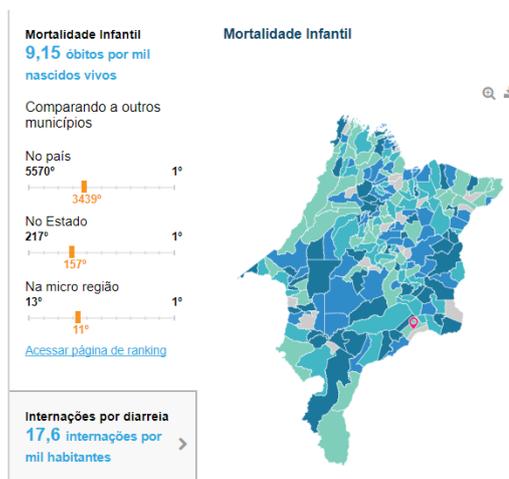


Figura - Ranking Mortalidade Infantil no País, Estado e Região de Saúde

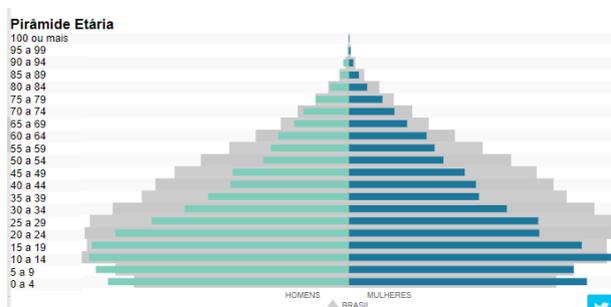


Figura – Pirâmide Populacional da Estimativa 2017

Quadro 1 – Distribuição da População por Faixa Etária e Sexo

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	186	186	365
1 a 4 anos	761	731	1.492
5 a 9 anos	985	944	1.929
10 a 14 anos	957	895	1.852
15 a 19 anos	1.024	902	1.926
20 a 29 anos	1.888	1.671	3.559
30 a 39 anos	1.124	1.076	2.200
40 a 49 anos	889	926	1.815
50 a 59 anos	620	669	1.289
60 a 69 anos	477	525	1.002
70 a 79 anos	275	324	599
80 anos e mais	122	154	276
Total	9.308	8.996	18.304

Fonte: Censo Oficial IBGE 2010

PIRÂMIDES POPULACIONAIS NOS 3 ÚLTIMOS CENSOS IBGE.

1991 Pirâmide etária - Pastos Bons - MA
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade

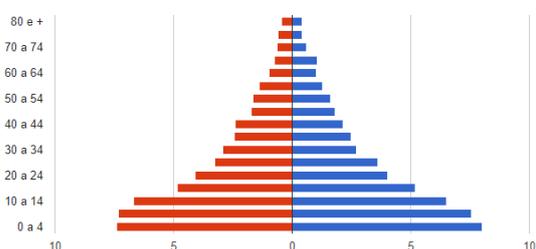


Figura - Pirâmide Etária de Pastos Bons – censo IBGE 1991.

2000 Pirâmide etária - Pastos Bons - MA
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade

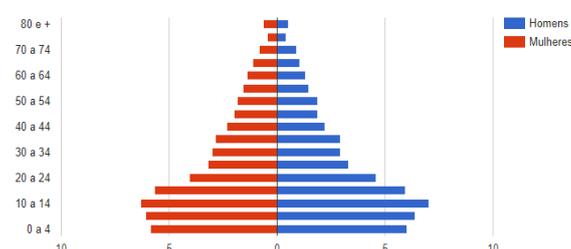


Figura - Pirâmide Etária de Pastos Bons – censo IBGE 2000.

2010 Pirâmide etária - Pastos Bons - MA
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade

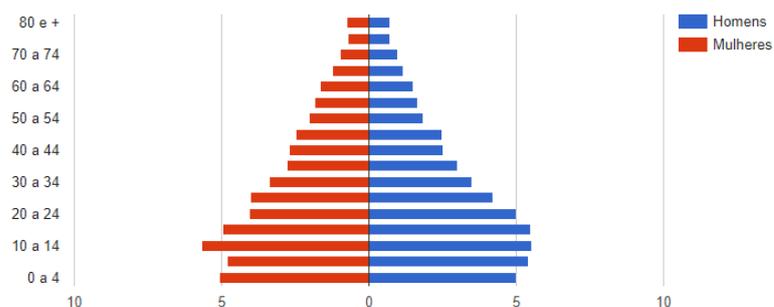


Figura - Pirâmide Etária de Pastos Bons – censo IBGE 2010.

ESTRUTURA ETÁRIA

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 77,35% para 63,68% e a taxa de envelhecimento, de 5,91% para 7,26%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 93,73% e 4,89%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	5.911	43,49	5.829	37,70	5.718	31,65
15 a 64 anos	7.016	51,62	8.717	56,38	11.038	61,09
População de 65 anos ou mais	664	4,89	914	5,91	1.311	7,26
Razão de dependência	93,73	-	77,35	-	63,68	-
Taxa de envelhecimento	4,89	-	5,91	-	7,26	-

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO - IDHM

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Pastos Bons é 0,610, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,753, seguida de Educação, com índice de 0,559, e de Renda, com índice de 0,540.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Pastos Bons - MA

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,143	0,275	0,559
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	9,51	16,57	35,72
% de 5 a 6 anos na escola	47,10	76,45	93,85
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	14,26	45,74	92,67
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	3,32	11,12	63,04
% de 18 a 20 anos com médio completo	5,83	7,73	30,28
IDHM Longevidade	0,601	0,637	0,753
Esperança de vida ao nascer	61,03	63,22	70,18
IDHM Renda	0,391	0,457	0,540
Renda per capita	91,30	137,62	230,94

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Entre 2000 e 2010

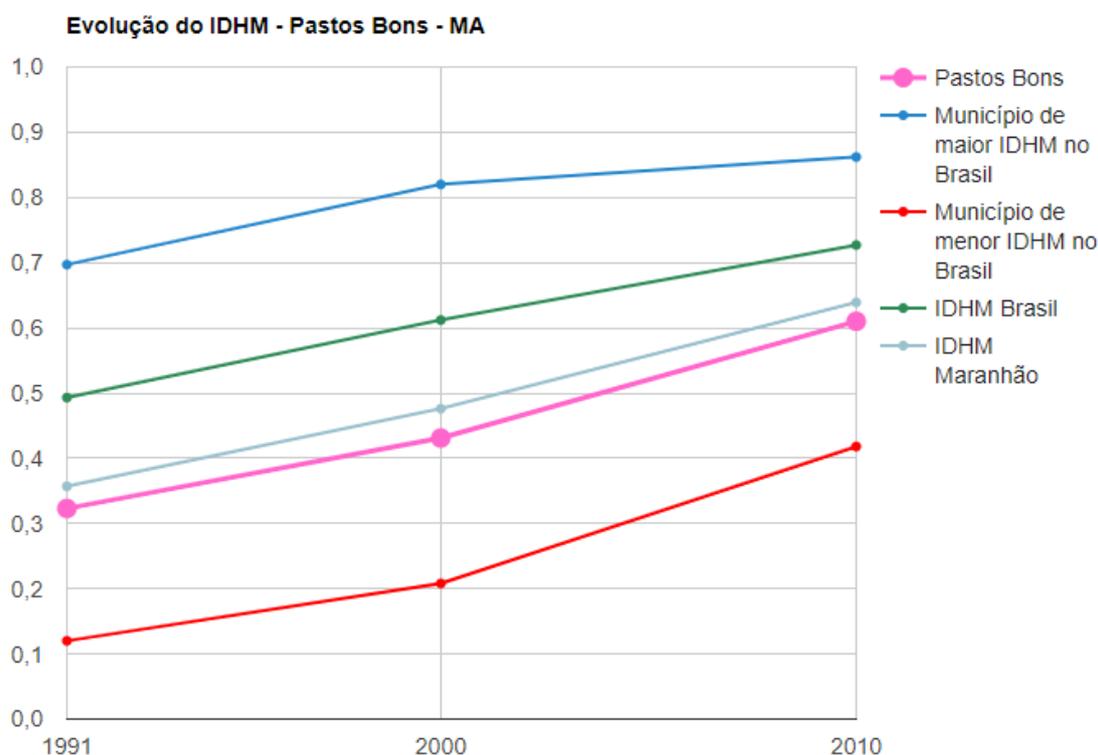
O IDHM passou de 0,431 em 2000 para 0,610 em 2010 - uma taxa de crescimento de 41,53%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 68,54% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,284), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,323 em 1991 para 0,431 em 2000 - uma taxa de crescimento de 33,44%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 84,05% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,132), seguida por Renda e por Longevidade.

Entre 1991 e 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,323, em 1991, para 0,610, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 88,85% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 57,61% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,416), seguida por Longevidade e por Renda. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.



RANKING

Pastos Bons ocupa a 3902ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

3.1.3. Caracterização Sócio-Econômico

Agropecuária

Em decorrência da concentração de sua população na zona rural o município tem sua economia fundamentada no setor primário, onde a agricultura praticada no município resume-se basicamente na subsistência de sua população, com produção de arroz, milho, feijão, abóbora, mandioca, cana de açúcar, citrus, etc., que são comercializadas para consumo na sede do município ou exportadas a outros centros.

A pecuária está constituída basicamente por rebanhos de bovinos, caprinos, ovinos e suínos, que apesar de criados no sistema extensivo e ultra-extensivo, exercem grande importância na economia do município.

Extrativismo

Dentre os produtos vegetais objeto de exploração extrativa, podemos destacar o babaçu (extração de sua amêndoa para produção do óleo comestível), madeiras nobre, como cedro, pau d'arco, sucupira, jatobá e outros na exploração de madeira; além da extração da polpa dos frutos do bacuri e o pequi, bastantes explorados durante suas safras.

Indústria.

A inexistência de indústria no município, faz com que a maioria dos produtos consumidos pela população seja importada de outros centros, podendo-se destacar alguns existentes: de beneficiamento de arroz; de madeira de lei (fábrica de móveis); de cana de açúcar (fabricação da cachaça e rapadura); e de mandioca (fabricação da farinha e tapioca), o carvão vegetal, etc., constituindo fonte de renda para o município.

3.2. Caracterização da infra-estrutura

3.2.1. Educação

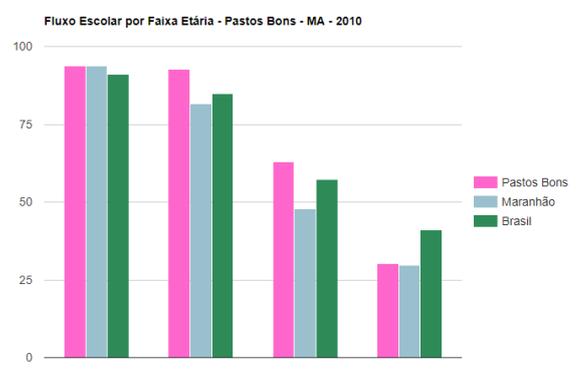
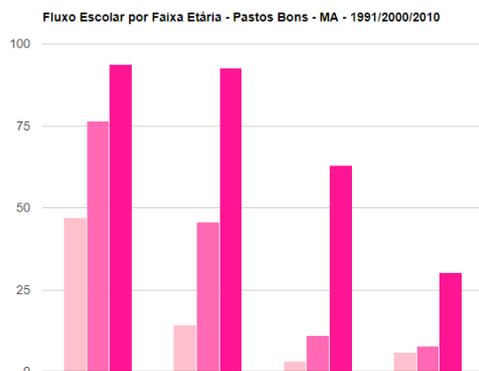
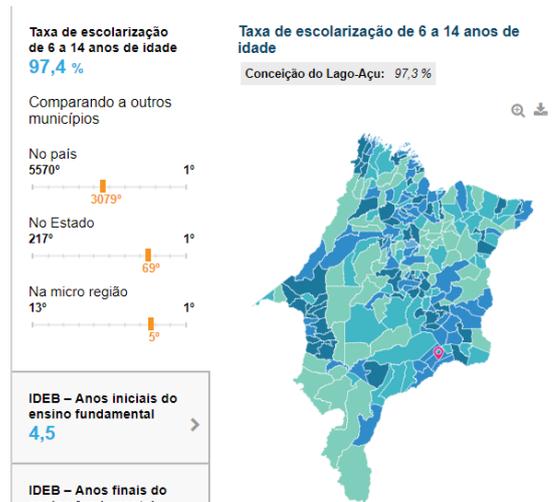
Crianças e Jovens

Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 93,85%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 92,67%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 63,04%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 30,28%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em

46,75 pontos percentuais, 78,41 pontos percentuais, 59,72 pontos percentuais e 24,45 pontos percentuais.

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.5 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.6. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 48 de 217. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 78 de 217. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97.4 em 2010. Isso posicionava o município na posição 69 de 217 dentre as cidades do estado e na posição 3079 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

EDUCAÇÃO	
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010]	97,4 %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental [2015]	4,5
IDEB – Anos finais do ensino fundamental [2015]	3,6
Matrículas no ensino fundamental [2015]	3.028 matrículas
Matrículas no ensino médio [2015]	671 matrículas



Fonte: PNUD

Fonte: PNUD

VULNERABILIDADE SOCIAL

Vulnerabilidade Social - Município - Pastos Bons - MA			
Crianças e Jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	64,92	48,69	28,80
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	79,84	53,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	27,34	12,02	2,59
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	25,58	22,05
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	-	5,98	4,74
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	6,94	15,24
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	38,93	19,32	33,86
% de vulneráveis e dependentes de idosos	6,37	9,17	5,94
% de crianças extremamente pobres	74,43	62,70	35,69
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	96,47	86,12	71,56
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	80,77	61,47
Condição de Moradia			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	9,06	16,92	47,89

TRABALHO

Entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 49,64% em 2000 para 58,87% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 3,60% em 2000 para 5,05% em 2010.

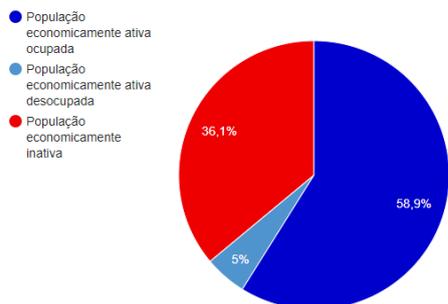
Ocupação da população de 18 anos ou mais - Município - Pastos Bons - MA

	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	49,64	58,87
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	3,60	5,05
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	15,43	13,65
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	21,67	41,02
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	15,95	24,65
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	85,67	71,24
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	93,07	93,47
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	98,38	98,38

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 45,36% trabalhavam no setor agropecuário, 0,42% na indústria extrativa, 4,00% na indústria de transformação, 8,05% no setor de construção, 0,49% nos setores de utilidade pública, 8,44% no comércio e 28,22% no setor de serviços.

Composição da população de 18 anos ou mais de idade – 2010



Indicadores de Habitação - Município - Pastos Bons - MA

	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	11,36	23,46	89,25
% da população em domicílios com energia elétrica	49,20	75,85	95,55
% da população em domicílios com coleta de lixo	4,17	55,90	69,88

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

3.2.2. Saneamento

A infra-estrutura de saneamento básico do município tem crescido bastante nos últimos anos, mais ainda é insuficiente para as necessidades da população, em abastecimento de água na zona rural e em especial no que diz respeito ao esgotamento sanitário na zona urbana e rural. O destino final do lixo só acontece na zona urbana, cujo local de despejo não é adequado para tanto.

Água:

O abastecimento de água na sede do município é realizado pelo SAAE, com mais de 2.800 domicílios ligados à rede de abastecimento de água, mais de 95 com poços próprios, e mais de 600 com outros de tipos de abastecimentos de água, distribuídos tanto na zona urbana como na rural.

Esgoto:

O município não possui rede de esgoto, cujo destino dos dejetos, tanto na zona urbana como rural é realizado das seguintes maneiras.

. Privadas de Fossa Seca:.....	2.459
. Privadas de Vaso Sanitário:.....	1.300
. Outros tipos de destino dos dejetos:.....	1.613

Lixo

O destino adequado do lixo no município somente é realizado na sede, com coleta em dias alternados, atendendo apenas a 80% dos domicílios, acondicionado em uma área fora da cidade, a céu aberto, sem nenhum estudo de impacto ambiental realizado para viabilizar sua instalação, podendo prejudicar em muito o meio ambiente.

Nos outros domicílios não há coleta de lixo, sendo acondicionado em área próxima às habitações, para serem enterrados ou queimados, especialmente, na zona rural.

3.2.3. Habitação

No município a maioria das habitações ainda tem características antigas, embora nos últimos anos as autoridades municipais venham trabalhando para melhoria das condições habitacionais da população.

TIPOS DE CONSTRUÇÃO	Nº	%
Tijolos/Adobe	3.358	84,76
Taipa Revestida	150	3,79
Taipa não revestida	352	8,88
Madeira	12	0,30
Material Aproveitado	38	0,96
Outros	52	1,31
TOTAL	3.962	100,0

3.3. Caracterização do Meio Ambiente.

3.3.1. Recursos Naturais do Município:

As principais riquezas naturais são: a madeira de lei (pau d'arco, jatobá e sucupira), a extração da amêndoa de babaçu e o carvão vegetal constituem fonte de renda para o município.

O solo em sua maior parte é argiloso, com faixas arenosas esparsas, sendo utilizada como grandes áreas de pastagens e lavoura.

A bacia hidrográfica do município é constituída por pequenos riachos e fontes de água, servindo tanto para o uso doméstico como para o lazer.

3.3.2. Poluição

O Município de Pastos Bons ainda não enfrenta problemas com a poluição, embora necessite de adoção de medidas para a prevenção das doenças geradas pela contaminação e degradação do meio ambiente..

Os casos mais freqüentes com a poluição do meio ambiente são:

- a) o lixo doméstico, que a população joga fora sem a preocupação com os problemas de saúde que poderão ocorrer, especialmente pelo consumo de insumos industrializados na zona rural e urbana;
- b) as queimadas nas áreas de cerrados para lavouras e pastagens;
- c) a poluição causada pelo beneficiamento de arroz, madeira, extração do carvão vegetal, e ainda, a construção de caieiras na zona semi-urbana, que embora incipiente, já merecem fiscalização com orientação à população ou até mesmo a proibição.

3.3.3. Principais agentes agressores do Meio Ambiente.

O homem, ainda é o principal agressor ao meio ambiente. Na zona rural, com o desmatamento e queima das matas para realização de lavouras (soja e arroz) pastagens, e a extração do carvão vegetal. Na zona urbana, embora com o processo migratório da zona rural e municípios vizinhos para cidade, ainda seja pequenos, o lixo doméstico e águas servidas expostas ao sol chuvas e vento, podem causar danos ao meio ambiente.

Embora o município não seja um grande produtor de bovinos, mas as vastas áreas de pastagens, a extração do carvão vegetal e o início da introdução de lavoura mecanizada, o uso de agrotóxicos pelos pecuaristas e agricultores ainda não constituem sérios problemas para o meio ambiente, mas já deve merecer da administração municipal a adoção de medidas reguladoras.

A caça pelo seu extermínio para consumo humano e comércio já representa grande perda para a fauna, com a extinção de várias espécies na região.

3.3.4. Uso e ocupação do solo.

O município de Pastos Bons, como os demais municípios maranhenses, acumula problemas com o uso e ocupação do solo, tanto na zona rural como na zona urbana. A cidade exerce atração sobre os moradores da zona rural e de alguns moradores de município vizinhos, interferindo nos movimentos migratórios. Os problemas de moradia ainda são pequenos, não havendo invasões de propriedades, embora haja deficiência de água para consumo humano, ações de saneamento básico, escolas, etc..

Na zona rural, com a baixa densidade demográfica, dá para constatar que a distribuição das terras não constitui um modelo ideal de fixação do homem ao campo. Onde muitos habitantes não possuem terras, enquanto muitas áreas de terra ficam improdutivas, pois seus proprietários não as cultivam, embora não tenhamos grandes problemas fundiários.

3.3.5. Vetores

Na região os mosquitos mais frequentes são os transmissores da dengue, das leishmanioses, da esquistossomose e da malária. Com relação a dengue, além da infestação vetorial, já contamos com casos notificados e confirmados.

Hoje, com a certificação do município nas Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, este é o responsável direto pela execução das ações de controle das doenças endêmicas, em parceria com a Gerência de Articulação e Desenvolvimento do Sertão Maranhense, através do Núcleo de Epidemiologia e Controle de Doenças, cujo assessoramento à Secretaria Municipal de Saúde, no desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica e entomológica, tem contribuído

muito para a diminuição do número casos das principais doenças endêmicas existentes no município a cada ano.

4. SITUAÇÃO SANITÁRIA, ORGANIZACIONAL E GERENCIAL DA SAÚDE

4.1. Organização Social:

O Município de Pastos Bons relata que desde a sua fundação por trabalhadores rurais e alguns fazendeiros procedentes da região do Rio São Francisco, formaram-se aqui famílias tradicionais, com a predominância de caboclo na zona rural, de forma homogênea com seus costumes, credos e ritos religiosos próprios.

A medida em que o município foi crescendo, especialmente a sede, sua estrutura organo-social alterou-se, com a formação de Sindicados, Associações de Moradores e Clubes Sociais, isto associado à melhoria do nível educacional da população, criando o seu modelo social, onde na família o homem assume a liderança, embora o sustento e a produção de bens sejam compartilhados.

4.2. Organização do Sistema de Municipal de Saúde.

O Sistema de Saúde do Município de Pastos Bons na municipalização da saúde encontra-se habilitado na condição de Gestão Plena de Atenção Básica de acordo com Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96.

O modelo de Atenção à Saúde está baseado no sistema de financiamento fundo a fundo, com recursos do governo federal e municipal, além do repasse do Orçamento Municipal em cumprimento a Emenda Constitucional Nº 29. Este modelo é basicamente administrado pelo município, através Secretaria Municipal de Saúde, com a rede ambulatorial (centro e postos de saúde), ficando a cargo do estado o dispêndio dos recursos para atender a demanda das Internações Hospitalares.

Hoje, no município, a Secretaria Municipal de Saúde já está mais bem organizada e estruturada, executando as ações e serviços de saúde necessária à sua população, através do Centro de Saúde Joaquim Gonçalo de Sousa, especialmente no atendimento ambulatorial e diagnóstico das doenças, ficando as internações hospitalares referenciadas para o Hospital Dr. Theoplistes Teixeira Filho e outros centros de referência de acordo com a pactuação regional.

Com a implantação deste Plano de Saúde, estamos propondo uma reorganização no modelo de saúde anteriormente implantado com a municipalização da saúde no município, baseado nas novas normas, princípios e diretrizes do SUS, preconizadas pelo Ministério da Saúde, onde o município assume cada vez mais o controle de sua política de saúde, com maior responsabilidade, planejando, executando, acompanhando e avaliando as ações e serviços de saúde necessários à população.

Na reorganização do modelo de atenção à saúde, que estamos propondo, continua o comando único do município, redefinindo as diretrizes e as prioridades da saúde pública de seus municípios, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde, que foi constituído com a participação de representantes da comunidade e de forma paritária.

As ações de saúde continuam sendo financiadas através do Fundo Municipal de Saúde, que foi constituído, para concentrar todos os recursos destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, mais os recursos do orçamento municipal disponibilizados, de acordo com a EC 29, com controle do Conselho Municipal de Saúde.

Nesta perspectiva, as ações e serviços de saúde a serem executadas pelo município seguirão as propostas do plano de saúde, obedecendo aos princípios de universalidade, equidade, integralidade, visando a melhoria de qualidade de vida da população.

Diante desse pressuposto, O Sistema Municipal de Saúde para consolidação de seus objetivos, necessita alcançar todos os requisitos, tanto referente à parte gerencial/administrativa, como aos de recursos humanos e financeiros ao desenvolvimento de suas ações e serviços de saúde, a saber:

- Habilitar-se na condição de Gestão Plena de Atenção Básica Avançada, de acordo com o Pacto pela Saúde;
- Reorganizar e reestruturar administrativamente a Secretaria Municipal de Saúde;
- Modificar o Modelo de Assistência à Saúde já implantado, visando oferecer ações e serviços de saúde necessários para atender toda a população, compreendendo três grandes aspectos:
 - a) **da assistência** – cujas atividades são dirigidas às pessoas, individual e coletivamente, prestadas no âmbito ambulatorial e hospitalar, assim como no domicílio.
 - b) **das intervenções ambientais** – que se relacionam com as condições sanitárias do meio ambiente, controle de vetores e hospedeiros e saneamento ambiental.
 - c) **Das políticas externas ao setor saúde** – as quais interfere nos determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença da população, componentes das políticas macroeconômicas, como: desemprego, habitação, educação, alimentação e lazer.

- Priorizar o Planejamento em Saúde, como pressuposto de trabalho, observando as peculiaridades locais, baseado nos aspectos demográficos e no perfil epidemiológico do município.

- Dar continuidade à política de Recursos Humanos, em parceria com os outros municípios da região, saudável e de modo a atrair e fixar profissionais da área de saúde na região, permitindo a melhoria das ações e dos serviços de saúde prestados à população, tanto em quantidade como em qualidade.

- Implementar o Programa de Educação em Saúde em parceria com as instâncias estaduais e federais, visando trabalhar melhor a população para mudanças de hábitos que interfiram nas condições de saúde.

- Implementar o Sistema de Informação em Saúde de modo a consolidar um banco de dados consistente, especialmente, epidemiológico e sanitário, com vistas a subsidiar o planejamento das ações, priorizando o desenvolvimento das atividades de saúde sobre os principais agravos.

O Sistema de Saúde Local é composto por serviços públicos, basicamente na sede do município, com resolutividade dentro de sua capacidade instalada, não constituindo problemas para a gerência do setor saúde.

A gestão dos serviços públicos no que tange ao atendimento ambulatorial é essencialmente municipal, ficando apenas o serviço hospitalar a cargo da gestão estadual no município de Pastos Bons, e os serviços de média e alta complexidade para os municípios de referência regional e central.

O Sistema Municipal de Saúde é administrado pela Secretaria Municipal de Saúde, em gestão única, especialmente após a consolidação da municipalização da saúde, notadamente em parceria com as instituições governamentais e não governamentais.

O município hoje, já dispõe de um Sistema Municipal de Saúde, organizado e estruturado, com uma gestão administrativa e gerencial moderna, de modo a agilizar o processo de prestação de serviços.

Os mecanismos de participação social utilizado para o controle das ações e serviços de saúde propostos pelo Sistema Único de Saúde, são: O Conselho Municipal de Saúde, órgão representativo da sociedade, e a Conferência Municipal de Saúde, plenária popular que discute e define propostas para o Plano Municipal de Saúde e elege seus representantes junto ao Conselho de Saúde.

4.3. Diagnóstico Epidemiológico

O Município de Pastos Bons, pela melhor organização e estruturação do setor saúde, já dispõe de todos os indicadores epidemiológicos, necessários para orientar a construção de um Plano de Saúde, identificando as principais doenças existentes no município e suas possíveis causas.

A reorganização e reestruturação do Sistema Municipal de Saúde, com a manutenção do processo de planejamento, execução, acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde propostas no presente Plano de Saúde, requer a consolidação do Sistema Informação em Saúde, objetivando substanciar a gestão de saúde de informações sobre o nível de saúde da população e o quadro de doenças existente no município, suas principais causas, para propor soluções, através de ações preventivas e curativas.

Alguns indicadores clássicos, como taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade neonatal, taxa de mortalidade de mulheres por câncer de útero e de mama, taxa de internações por doenças cérebro-vasculares, taxa de mortalidade por tuberculose, taxa de prevalência de hanseníase, proporção da população coberta pelo Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa Municipal de Controle da Dengue, Controle da Tuberculose, Hanseníase, Hipertensos e Diabéticos e outros, já são partes importante do Pacto de Indicadores do município.

a) Algumas doenças imunopreveníveis e preveníveis, como: sarampo, poliomielite, coqueluche, tétano, difteria, além, das endêmicas; como: a tuberculose, hanseníase, dengue, leishmanioses, esquistossomose e outros, vêm apresentando coeficientes de morbidade e mortalidade menores ou até mesmo erradicadas, dado a uma cobertura vacinal expressiva e a execução de ações preventivas, implementada na presente gestão municipal, em parceria com a Secretaria de Estado, GADRSM e a FUNASA/MA.

b) A raiva humana, pelo seu grau de mortalidade, vem apresentando redução excelente em suas taxas, pela atenção dada as campanhas de vacinação canina, pelo município em parceria com a Secretaria de Estado, GADRSM e a FUNASA/MA.

c) A hanseníase ainda com poucos casos, principalmente na zona rural, necessitando de um maior investigação para a identificação, tratamento e controle, merece uma atenção redobrada da Equipe de Saúde responsável pelo programa, com vistas a diminuir a probabilidade de epidemia no município.

d) As infecções respiratórias, tais com: broncopneumonia e bronquite asmática, apresenta-se com freqüência no município, principalmente na época chuvosa.

e) A malária, nos últimos dois anos apresentou poucos, principalmente importado. Contudo a vigilância entomológica e epidemiológica continua sendo realizada pela Equipe de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças da Secretaria Municipal de Saúde.

f) A dengue, vem preocupando a gestão de saúde pelo índice de infestação vetorial, ainda não inferior a 3%, assim como, o nº de casos notificados nos últimos três anos. Notadamente, o município com a certificação no processo de descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, contratou mais profissionais para o controle vetorial, e vem desenvolvendo ações para o combate ao mosquito transmissor e controle doença, em parceria com a Secretaria de Estado, GADRSM e a FUNASA/MA.

g) As doenças de veiculação hídrica e das condições sanitárias, como verminoses, esquistossomose e diarreias, já são menos freqüentes, pelo aumento da cobertura populacional com água de boa qualidade, embora com relação às crianças de 0 a 4 anos deve haver uma atenção especial do setor saúde, pelo número de casos ainda notificados, muito embora em muitos casos sejam pelas condições de moradia.

h) As doenças relativas ao idoso, como hipertensão, diabetes, reumatologias, ainda necessita de maiores cuidados do setor saúde.

Com relação à saúde bucal, o município ressenete-se de um Programa de Saúde Bucal mais consistente, com ênfase na prevenção, onde pretende-se acrescentar ações de aplicações tópicas de flúor em escolas objetivando assim reduzir em muito a carie dental . Por outro lado, com relação às outras idades, tanto em ações preventivas como curativas o município ainda necessita de uma atuação maior. Relativo à Saúde Bucal o município comporta pela sua estrutura sete programa Saúde Bucal estão estando todas aprovados dependendo apenas a disponibilidade de profissionais específicos da área.

4.4. Diagnostico da Rede Física

4.4.1 Caracterização da Rede Física

A rede física de saúde do município de Pastos Bons, esta assim constituída:

DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE

TIPOS DE UNIDADE	PROPRIEDADE	LOCALI-ZAÇÃO	CONSERVAÇÃO
Hospital Dr. Theoplistes Teixeira Filho	Estadual/ Municipal 1	Sede	Regular
Centro de Saúde Joaquim Gonçalo Sousa	Municipal	Sede	Boa
Posto de Saúde Orozimbo	Municipal	Rural	Boa
Posto de Saúde Angical	Municipal	Rural	Regular
Posto de Saúde Roçado	Municipal	Rural	Regular
Posto de Saúde Santa Fé	Municipal	Rural	Regular

4.4.2. Capacidade Instalada de Recursos.

. Recursos Humanos

QUADRO DE PESSOAL DA SAÚDE

FUNÇÃO	QUANTIDADE
Médico	9
Odontólogo	9
Enfermeira	6
Bioquímico	2
Assistente Social	1
Técnico de Enfermagem	2
Aux. de Enfermagem	18
Técnico de Laboratório	1
Laboratorista	2
Aux. de Administração	2
Aux. Op. de Serv. Diversos	8
Agente de Saúde	7
Agente de Vig. Sanitária	3
Agentes Comunitários	47
Técnico de Radiologia	1

Quanto à política de recursos humanos, o município tem como meta prioritária realizar concurso publico inclusive para o quadro da Secretaria Municipal de Saude.

Em relação a treinamentos, reciclagens e aperfeiçoamento profissional, o Sistema de Saúde local pretende capacitar os profissionais contratados nas áreas de atuação, conforme discriminação abaixo:

* Programas:

- de Imunização
- de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- de Assistência Integral à Saúde da Criança
- de Assistência à Saúde do Idoso
- de Assistência à Saúde do Adolescente
- de Controle das DST / AIDS
- de Controle da Hanseníase
- de Controle da Tuberculose
- de Controle da Leishmaniose
- de Controle de Hipertensos e Diabéticos
- de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)
- de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Além de:

- Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças
- Vigilância Sanitária
- Informação em Saúde.
- Informação, Comunicação e Educação em Saúde
- Atendimento Ambulatorial
- Programa de Saúde Bucal

- Programa de Saude da Família
- Modernização Administrativa
 - Capacitação Gerencial
 -

4.5. Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei N.º 23/91, de 10 de maio de 1991, que define os objetivos, composição e funcionamento.

Fica assim constituído:

I – DO GOVERNO MUNICIPAL:

- a) 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde;
- b) 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Educação e Cultura;
- c) 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Administração;
- d) 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Governo.

II – DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS:

- a) 01 (um) representante do Hospital Municipal Dr. Theoplistes Teixeira Filho;
- b) 01 (um) representante das Unidades Básicas de Saúde;
- c) 01 (um) representante da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;
- d) 01 (um) representante dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS;

III – DOS USUÁRIOS DO SUS:

- a) 01 (um) representante da Associação das Mulheres Unidas de Pastos Bons;
- b) 01 (um) representante da Paróquia Local da Igreja Católica Apostólica Romana;
- c) 01 (um) representante da Igreja Evangélica Assembléia de Deus;
- d) 01 (um) representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Pastos Bons;
- e) 01 (um) representante da Associação Beneficente Uirapuru;
- f) 01 (um) representante da Associação dos Moradores do Povoado Várzea do Meio;
- g) 01 (um) representante da Igreja Evangélica 1ª Igreja Batista;
- h) 01 (um) representante da Pastoral da Criança;

O Conselho de Saúde conforme seu Regimento Interno realiza uma sessão ordinária pôr mês, e extraordinariamente quando convocado pelo seu Presidente ou membros, para propor, discutir, definir e aprovar propostas para solucionar os problemas de saúde de município.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a **Rede de Atenção à Saúde**. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Uma Atenção Básica Fortalecida e Ordenadora das Redes de Atenção:

- Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- Rede de Controle do Câncer do Colo de Útero e Mama;
- Rede Materno Infantil;
- Rede de Atenção Psicossocial;
- Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência;

A nova PNAB publicada em Setembro de 2017 atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção. Avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de equipes de Saúde da Família (ESF), houve a inclusão de equipes de Atenção Básica (EAB) para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas.

A nova política articula a Atenção Básica com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações Intersectoriais e de promoção da saúde, com a universalização Programa Saúde na Escola (PSE) e expansão dele às creches – acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável, implantação de polos da Academia da Saúde. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar. O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a

nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da Atenção Básica e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada.

Existem ainda outras ferramentas que contribuem para o fortalecimento da Atenção Básica como Financiamento para Construções, Reformas e Ampliações de UBS constantes no Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS). Expansão do número de profissionais existentes na Estratégia de Saúde da Família através do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB e Mais Médicos para o Brasil. Fortalecimento da Estratégia de Saúde Bucal com o Brasil Sorridente. Implantação/Implementação de estratégias constantes na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Práticas Integrativas e Complementares a prevenção e aos tratamentos convencionais. Com aproximação dos usuários realizando melhor Educação em Saúde/Educação Popular principalmente nas populações vulneráveis.

O Previne Brasil é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Primária, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos.

Os principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são: 1) os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; 2) os serviços de saúde “ou pontos da rede devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos; 3) a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e 4) o sistema de governança”.

1.1.1. ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

De acordo com o censo IBGE de 2010, a população de Pastos Bons é de 18.067 habitantes, sendo que deste total 3.688 são crianças na faixa etária de 0 a 10 anos incompletos, o

que corresponde a 20,41% e 3.918 de adolescentes na faixa etária de 10 a 20 anos incompletos, equivalendo a 21,68% da população total do Município.

Aliado a esses dados populacionais somam-se os indicadores econômicos e sociais que urgem por políticas e estratégias de intervenção, tendo em vista a prevenção de agravos, a redução dos riscos e a promoção da saúde.

A Política Estadual de Atenção a Criança e Adolescente fundamenta-se nos seguintes marcos legais: Estatuto da Criança e Adolescente, Políticas Nacionais de Atenção Integral a Criança e Aleitamento Materno; Políticas Nacionais de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens, Política Nacional de Humanização, compromisso brasileiro com os Objetivos do Milênio, Pacto pela Vida (Portaria GM nº 325/2008); Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil 2004), compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal; Políticas firmadas entre Governos Municipais, Estaduais e Governo Federal.

Na construção do atual conceito de Saúde aliado as novas formas estratégicas de ação entende-se que a intersetorialidade e a atuação em Rede, possibilita os direitos básicos da criança e adolescentes, tais como direito a saúde, a nutrição e alimentação, ao desenvolvimento e a proteção especial quando necessário, com o objetivo de reduzir a Mortalidade Infantil e do adolescente.

Nas Políticas de atenção à saúde integral da criança e do adolescente no Município temos com linhas de cuidados prioritárias:

- CRIANÇA – Nascimento Saudável e Saúde do Recém Nascido, Amamentação e Alimentação Complementar Saudável e Crescimento e Desenvolvimento Saudável e no acompanhamento e atenção aos Indicadores Estaduais de Mortalidade Infantil;
- ADOLESCENTE – Crescimento e Desenvolvimento, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, Saúde Mental, Prevenção da Violência, Redução da Mortalidade por Causa Externas, Família, Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Criança, Adolescente e suas Famílias em Situação de Violências (Eixos: Acolhimento, Atendimento, Notificação dos atendimentos e Seguimento em Rede).

Mortalidade Infantil

Reduzir os índices de Mortalidade Infantil no Município tem sido um desafio permanente da Saúde Pública, que aliado a outros segmentos das Políticas Públicas, Controle Social e Organizações não Governamentais, tem empenhado esforços, através de pactuações e agendas de compromisso, para o alcance e a satisfação desses objetivos.

Sabemos que, na formação da Mortalidade Infantil, múltiplas variáveis se associam o que impõem o emprego de estratégias variáveis para enfrentá-la, tendo como eixo fundamental as Redes de Atenção através da Estratégia de Saúde da Família.

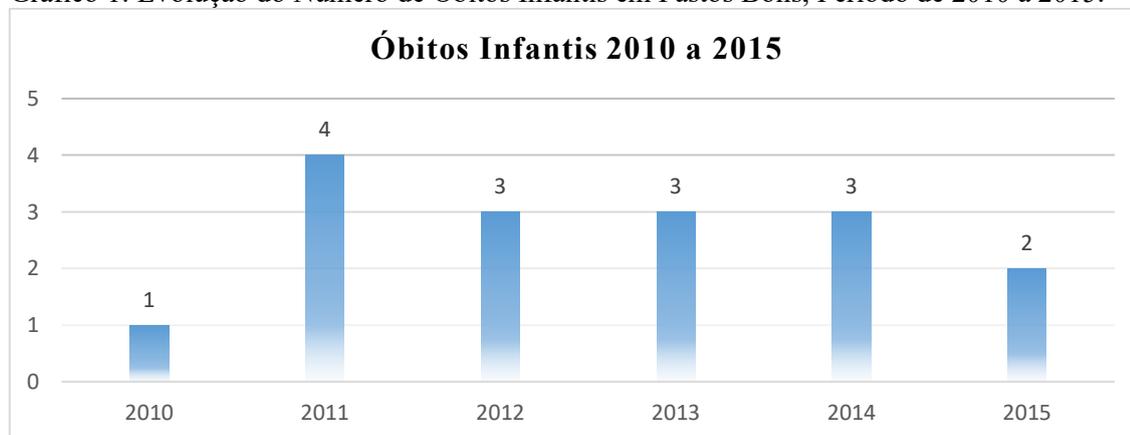
Quando nos debruçamos sobre os resultados do trabalho até então desenvolvido, identificamos que a grande resposta ocorreu na diminuição da mortalidade na faixa etária de 0 a 5 anos, que tinha como causas preponderantes as doenças diarréicas e as infecções respiratórias agudas. Por outro lado, tem se constituído motivo de preocupação a elevação dos indicadores de Mortalidade Infantil em menores de 01 ano, onde pontifica a Mortalidade Neonatal Precoce.

Portanto o controle da Mortalidade Infantil é produto de ações complexas que envolvem estrutura e organização dos serviços de saúde, práticas profissionais seguras e eficazes, atitudes de co-responsabilização, trabalho em equipe e articulado a ações interdisciplinares e intersetoriais que alcancem o ambiente e a qualidade de vida em contextos comunitários que ofereçam tratamento de água, saneamento básico, manejo no destino do lixo, manipulação e aproveitamento de nutrientes e alimentos regionais.

O Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente em Pastos Bons pretende desenvolver ações, nos quatro anos de gestão, com foco na redução da MI e na Promoção da Saúde do Adolescente, seguindo uma programação anual pré-estabelecida que favoreça o alcance das metas, por meio de oficinas, cursos de AIDPI Neonatal, Curso de Reanimação Neonatal, Linhas de Cuidado para atenção à saúde da criança e adolescente.

A formulação de políticas públicas para a área da criança perpassa pelo conhecimento do perfil da mortalidade infantil uma vez que é fundamental o seu controle e a garantia da assistência adequada à mulher durante a gravidez, o parto até os primeiros anos de vida da criança.

Gráfico 1: Evolução do Número de Óbitos Infantis em Pastos Bons, Período de 2010 a 2015.

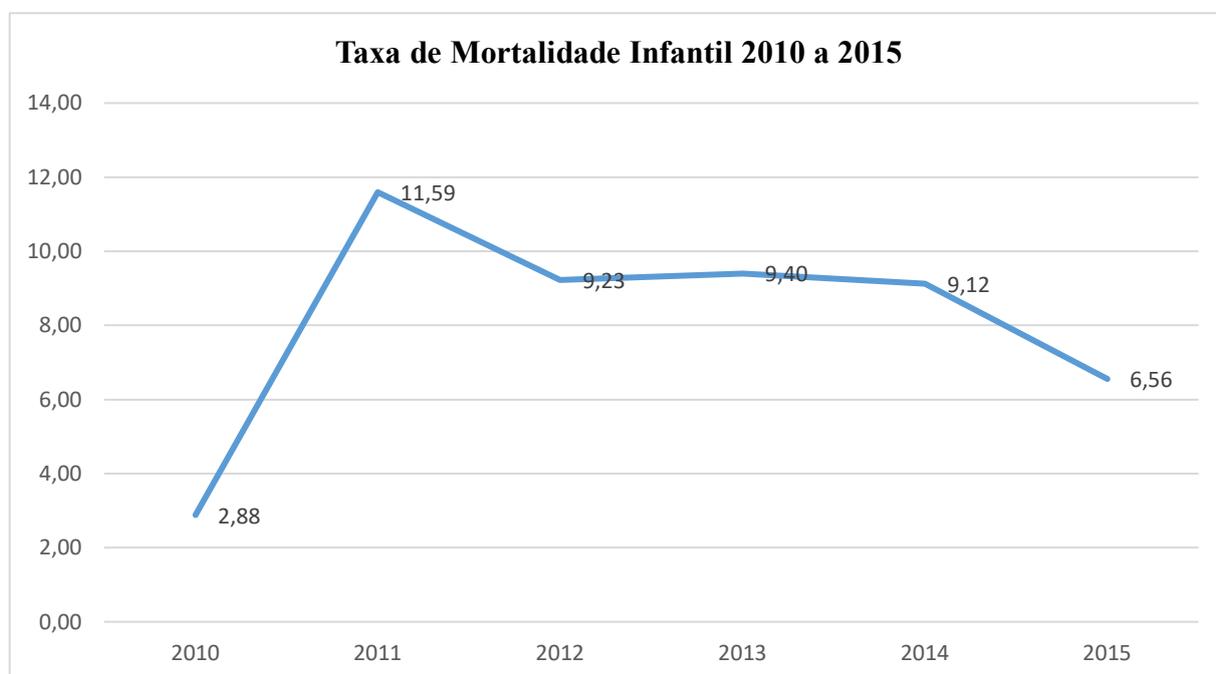


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Observando o número de registros de óbitos infantis ocorridos no período de 2010 a 2015 apresenta uma redução do número de casos ocorridos, com destaque para o ano de 2010 que apresentou o menor índice de MI nos últimos 06 (seis) anos, o que demonstra um significativo resultado das estratégias adotadas pelo município.

Na última década foi observado no Brasil um declínio do coeficiente de mortalidade infantil. Esta redução é atribuída a vários fatores, como as intervenções ambientais; ampliação do acesso a serviços de saúde; avanço das tecnologias de saúde, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral; melhoria do grau de instrução das mulheres; diminuição da taxa de fecundidade, entre outros. (BRASIL, 2004).

Gráfico 2 - Evolução do coeficiente de mortalidade infantil de Pastos Bons, de 2010 a 2015



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Na análise do comportamento do coeficiente de mortalidade infantil no período de 2010 a 2015 (gráfico 2), observa-se uma redução na taxa, passando de 11,59 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2011, considerado o pior ano nessa comparação, para 6,56 em 2015.

1.1.2. Saúde do Adolescente

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência é o período da vida humana compreendido entre a infância (10 anos) e fase adulta (19 anos). Em 2012, segundo o UNICEF, o mundo abrigava 1,2 bilhão de indivíduos nesta faixa etária.

Para Eisenstein (2005), a adolescência constitui um complexo período da vida humana.

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência se inicia com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o indivíduo consolida seu crescimento e sua personalidade, obtendo progressivamente sua independência econômica, além da integração em seu grupo social.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (**LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990.**), estabelece em seu art. 2º “(...) *adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade*”. Para efeitos metodológicos seguiremos o marco estabelecido pela OMS.

Como visto anteriormente, Pastos Bons, de acordo com o IBGE (2010), possui 3.918 pessoas entre 10 e 19 anos assim divididos:

POPULAÇÃO	TOTAL	%		
10 a 14 anos	2.030	11,23		
15 a 19 anos	1.888	14,45		
POPULAÇÃO: URBANA x RURAL				
POPULAÇÃO	URBANA	%	RURAL	%
10 a 14 anos	1.400	7,75	630	3,49
15 a 19 anos	1.317	7,29	571	3,16
POPULAÇÃO: MASCULINA x FEMININA				
POPULAÇÃO	MASCULINA	%	FEMININA	%
10 a 14 anos	1.001	5,54	1.029	5,69
15 a 19 anos	990	5,48	898	4,97

A partir da compreensão de que “*a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*”, (OMS, 1946) e buscando a consolidação das linhas prioritárias de atuação da Política de Saúde do Adolescente o Município estabelece como 5 (cinco) Linhas de Atuação, que são: Implementação da Caderneta de Saúde do Adolescente, Implantação e Implementação da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, Combate

ao Óbito por Causas Externas, prevenção à Gravidez na Adolescência e o enfrentamento das questões relacionadas às drogas.

1.1.6 Gravidez na Adolescência

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em nível mundial, complicações na gravidez e parto aparecem como segunda causa de morte entre mulheres de 15 a 19 anos. Quanto menor a idade da mãe, maior o risco para o bebê. Os recém-nascidos de mães adolescentes estão mais propensos a terem baixo peso ao nascer.

Em recente pesquisa sobre casamento na infância e adolescência no Brasil realizado pelo Promundo, nas regiões metropolitanas de São Luís e Belém, constatou-se que a gravidez é a primeira causa motivadora de matrimônios nesta faixa etária.

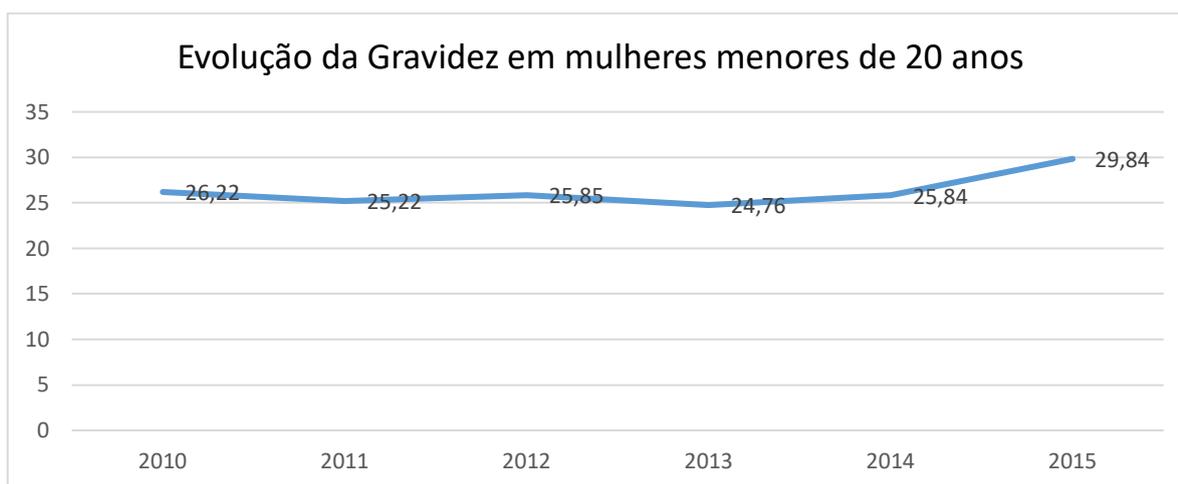
Ademais, a gravidez na adolescência pode ter efeitos sociais e econômicos negativos sobre as meninas, uma vez que muitas são obrigadas a deixar a escola, têm suas vidas modificadas, em um momento é uma simples adolescente, em outro uma mãe adolescente, incorporando as obrigações de adulto ao cuidar de uma criança.

Tabela – Nascimentos por faixa etária em Pastos Bons de 2010 a 2015.

Idade da mãe	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
10 a 14 anos	7	4	9	2	5	3	30
15 a 19 anos	84	83	75	77	80	88	487
20 a 24 anos	109	105	89	92	109	95	599
25 a 29 anos	89	85	79	83	68	51	455
30 a 34 anos	41	42	43	36	37	40	239
35 a 39 anos	15	20	24	24	26	14	123
40 a 44 anos	2	5	6	4	4	12	33
45 a 49 anos	0	1	0	1	0	2	4
Total	347	345	325	319	329	305	1970

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Gráfico – Taxa de evolução dos nascimentos de crianças em mães menores de 20 anos.



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Observa-se que nos últimos anos, houve ligeira queda no número de gestantes com idades inferiores a 20 anos, todavia, no ano de 2015 houve um aumento no número de partos em mães menores de 20 anos, ficando assim em 29,84% sobre o total de nascimentos daquele ano.

1.2 SAÚDE DA MULHER

As informações ora analisadas representam uma ferramenta imprescindível para a ampliação da consciência e decisão técnica e política sobre a atenção à saúde da diversidade das mulheres maranhense. Apresentam-se, neste diagnóstico, não apenas informações sobre o nível de saúde das mulheres, mas também sobre as condições que aumentam a vulnerabilidade e geram iniquidades em saúde.

A Política de Atenção à Saúde da Mulher, desde sua implantação, trouxe grandes inovações, sendo a principal abordagem da mulher, em sua integralidade, ultrapassando a concepção de um programa materno-infantil. Em outros termos, houve a institucionalização da Atenção Integral à Saúde da Mulher, como política de Estado.

Destacam-se as prioridades municipais, direta ou indiretamente, agregadas às prioridades nacionais, conforme acordado no Pacto pela Vida:

- Controle de câncer de mama e do colo de útero, fazendo o diagnóstico precoce para poder tratar antes de complicar, reduzindo as mortes evitáveis;
- Redução da mortalidade materna e infantil;
- Investimento em programas de saúde para as pessoas idosas, especialmente as mulheres;
- Promoção da saúde, com ênfase nos hábitos saudáveis, como

alimentação nutritiva e atividade física;

- Fortalecimento da atenção básica, garantindo que a Estratégia Saúde da Família esteja ao alcance de todos.

Enfim, metas destinadas a produzir impacto sobre as profundas iniquidades em saúde relacionadas à condição feminina e agravadas por condições de etnia, de classe social, de local de moradia e modos de inserção no trabalho, dentre outras.

No rol de prioridades, mundial e nacional, encontram-se também a adoção de medidas governamentais, para a atenção à saúde da mulher, nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), em busca do fortalecimento de direitos, a amplitude da dignidade humana, com foco na melhoria da saúde materna, incluindo o combate ao HIV/AIDS.

Neste contexto, gestores, das três esferas, as lideranças e ativistas dos movimentos sociais, conselheiros, usuários (as) do SUS, profissionais de saúde, todos(as) envolvidos(as) e comprometidos (as) buscam ampliar suas percepções e aperfeiçoar seus mecanismos de atuação técnica e política, numa gestão participativa, em prol da saúde das mulheres maranhenses e brasileiras.

Em uma sociedade desigual, a saúde e a doença também se distribuem desigualmente, entre homens e mulheres, seja pelas diferentes situações sociais e vulnerabilidades, seja pela desigualdade no acesso às ações e serviços de saúde e à qualidade de vida. O Município de Pastos considera a saúde da mulher como uma prioridade, tendo como compromisso a implantação ou implementação de ações e serviços de saúde, que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis

O contingente da população feminina, no estado é de 3.383.540 habitantes, destas 1.265.670 são negras.

Gráfico 03: População feminina por raça e cor, Maranhão.

Mulheres - IBGE 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

Assistência Materno Infantil em Pastos Bons – Rede Materno Infantil

O acesso às ações e serviços qualificados de prevenção e atenção à diversidade das mulheres no município, requer o estabelecido em cada região de saúde do atendimento integral em diferentes níveis de complexidade, de modo a viabilizar a ampliação da oferta de exames na rede de saúde.

Nesta organização destaca-se a Rede Cegonha uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, em que mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito à ampliação do acesso, acolhimento e à melhoria da qualidade do pré-natal; à vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; a realização de parto e nascimento seguros, mediante boas práticas de atenção; a acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; a atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso ao planejamento reprodutivo. A Rede organiza-se em 04 componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (transporte sanitário e regulação).

Pastos Bons fez adesão ao componente pré-natal dentro da rede regionalizada da saúde e aguarda publicação da portaria que se encontra no Ministério da Saúde para análise.

Mortalidade Materna

O Governo Brasileiro assumiu o compromisso com a Organização das Nações Unidas (ONU) de reduzir em 75% a mortalidade materna entre 1990 (140 para 100 mil nascidos vivos) e 2015. O Ministério da Saúde estima que a razão de mortalidade materna no Brasil, em 1990, era de 140 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Durante a década de 1990, ocorreu um importante avanço na redução da mortalidade materna e, em 2002, a razão de mortalidade materna atingiu o patamar de 75 mortes por 100 mil nascidos vivos. O problema é que desde 2002 parece ter ocorrido uma estagnação na situação da mortalidade materna, voltando a declinar em 2008, apresentando em 2011 uma razão de 64 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.

A Mortalidade Materna no Maranhão, historicamente, não mostra uma tendência de queda, gráfico abaixo. O enfrentamento dessas mortes evitáveis e a melhoria da informação têm sido um desafio constante para o Estado do Maranhão.

Gráfico: Série histórica do número de óbitos maternos por local de residência no Estado do Maranhão, 2008-2014.



Fonte: Banco de Dados 10/03/2015. Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Em média 85% dos casos são considerados evitáveis e 71% desses óbitos são atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas. As doenças hipertensivas específicas da gestação (DHEG) e as hemorragias pós-parto são as causas mais frequentes de óbito materno.

As taxas elevadas estão associadas à dificuldade no acesso e na qualificação da assistência, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência o parto e puerpério. Remete à necessidade de educação permanente dos profissionais na utilização adequada dos protocolos clínicos, no atendimento às emergências obstétricas, no fortalecimento de um sistema de vigilância do óbito ativo e implementação dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, aberto à participação da sociedade.

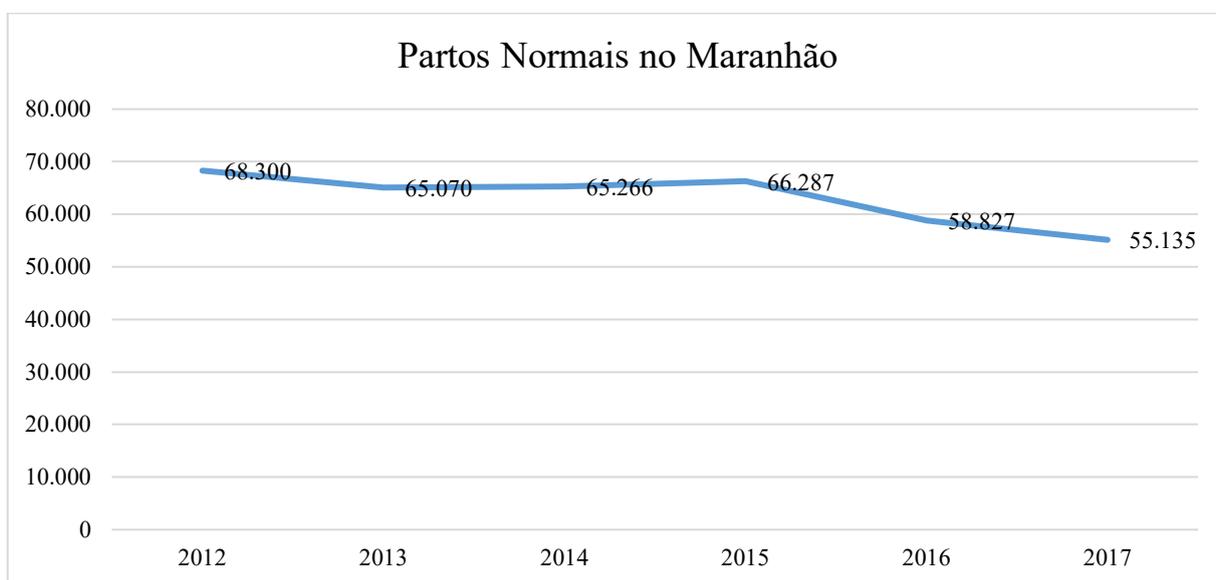
Assistência Ao Parto

No Brasil atualmente, o percentual de partos normais na rede pública é cerca de 40%, no entanto na rede privada esse percentual chega a 84%, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS. O aumento do número de partos cesáreos é um problema que vem se agravando ano a ano, sendo considerada uma epidemia, que o governo pretende combater, recomendando segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) que este percentual não passe dos 15%.

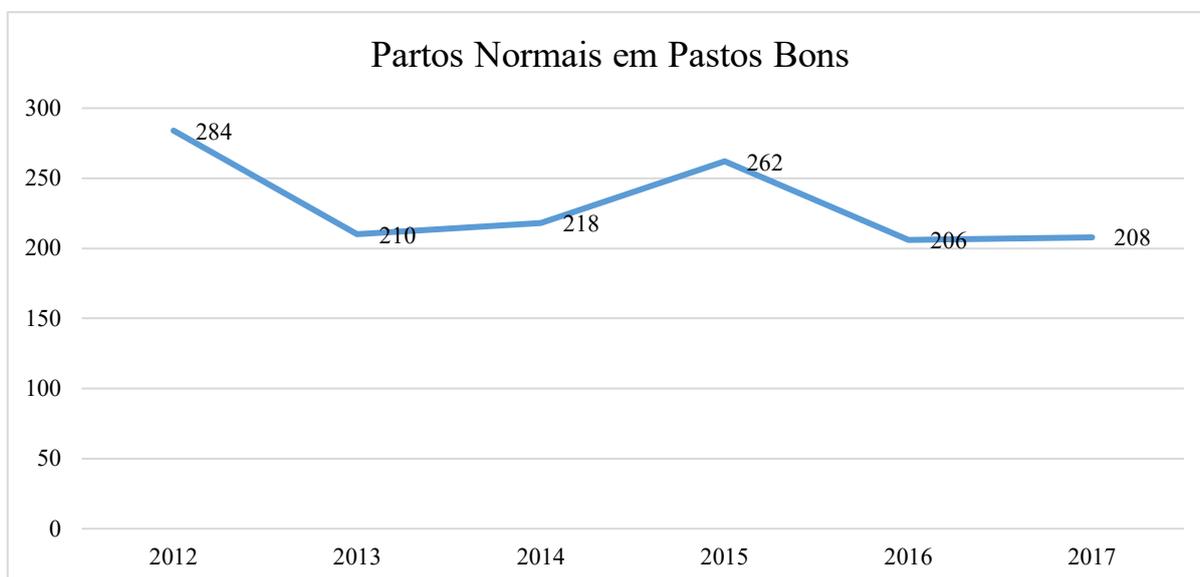
No ano de 2017 no Estado do Maranhão foram realizados 77.265 partos, sendo 55.135 partos normais, o que equivale a 71,36%. Ocorreram 22.083 partos cesarianos no mesmo ano, equivalendo 28.58%.

O gráfico abaixo apresenta a série histórica da proporção de partos normais no estado segundo os dados do SIH - Sistema de Informações Hospitalares. Observa-se um decréscimo, com diminuição dos percentuais. Este indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada ao parto, indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal e o acompanhamento pré-natal inadequado. O número crescente de parto cesáreo sinaliza a necessidade de mudança de modelo assistencial.

Gráfico: Proporção de parto normal, ano 2012-2017

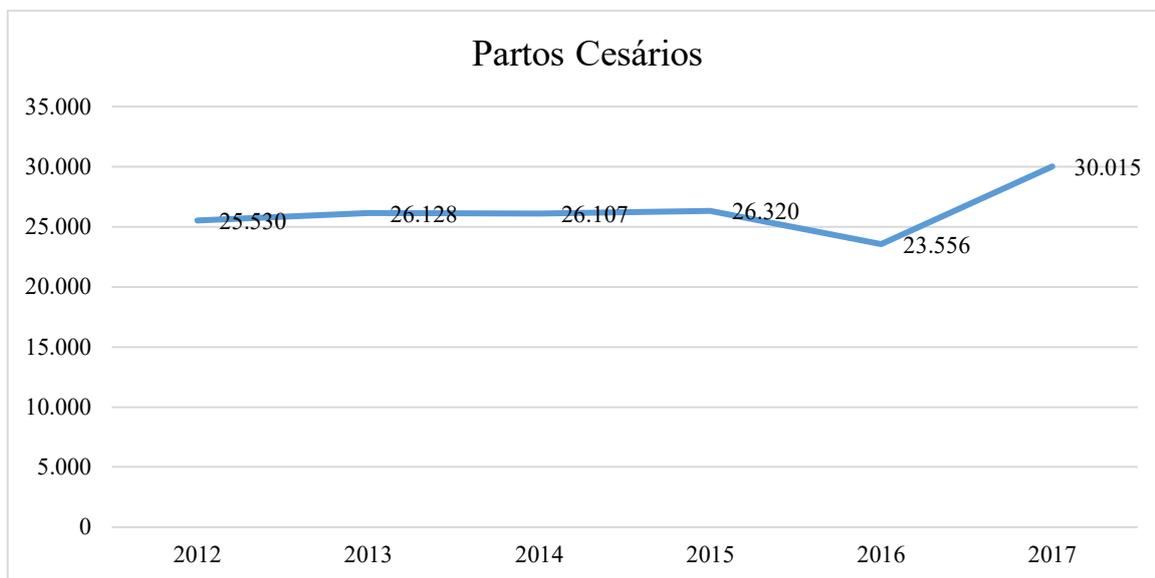


Fonte: SIHD/SUS 2017.

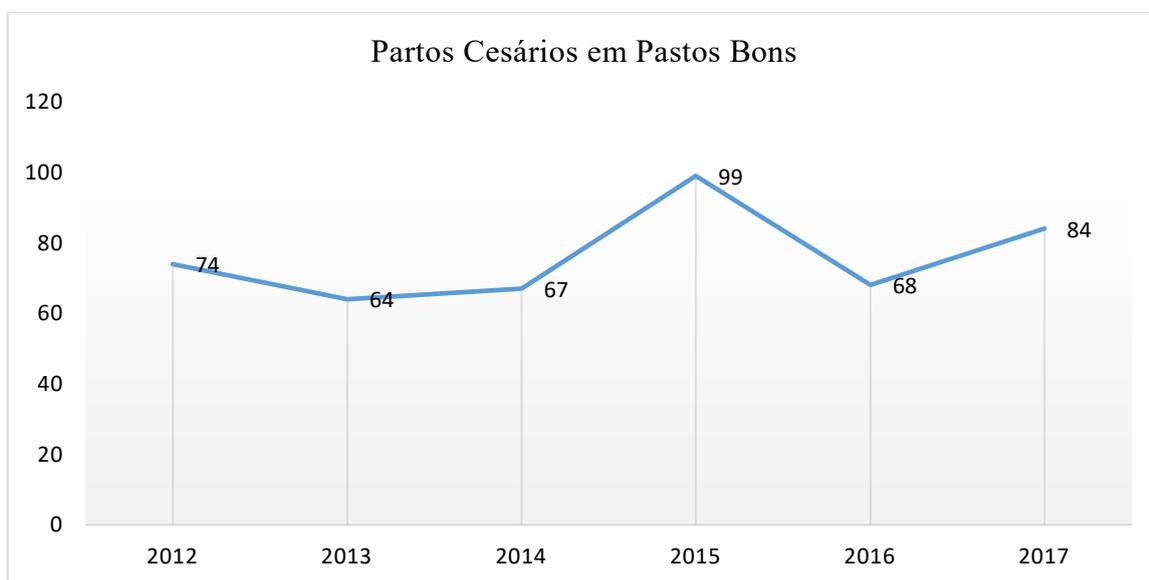


A cesariana, quando não tem indicação médica, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê. Aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe.

Gráfico: Proporção de Parto Cesário, ano 2012-2017



Fonte: SIHD/SUS 2017.



Fonte: SIHD/SUS 2017.

HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) representam uma ameaça para a saúde e o desenvolvimento de todas as nações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em cerca de 36 milhões as mortes anuais por esse grupo de doenças, cujas taxas de mortalidade são muito mais elevadas nos países de baixa e média renda.

O aumento crescente das DCNTs afeta principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais.

Essas doenças podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro no âmbito do Sistema Único de Saúde. As DCNTs também produzem custos significativos para a sociedade e o governo, em função da redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer o impacto causado nos efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas.

No Brasil no ano 2007 as DCNTs corresponderam a 72% da mortalidade total no país e, no Maranhão 23,1/10.000 teve aumento da carga de DCNT, verificado com maior intensidade nas últimas décadas. Refletindo alguns efeitos negativos no processo de globalização como da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico, além do consumo do tabaco e do álcool. A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo. É um importante fator de risco, sendo a causa mais frequente das demais doenças do aparelho circulatório.

Fatores comportamentais impactam nos principais fatores de risco metabólicos, excesso de peso/obesidade, pressão arterial elevada, aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol, possíveis de resultar em diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC) e câncer, entre outras enfermidades.

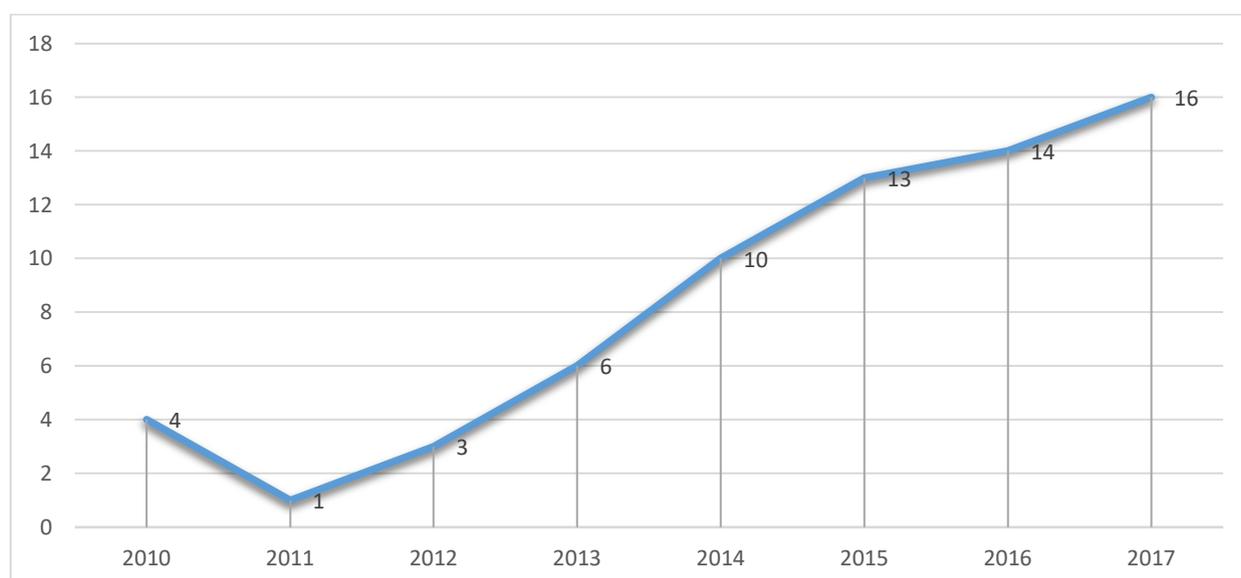
Várias evidências correlacionam alguns determinantes sociais como: Educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência das DCNT's e seus fatores de riscos. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados como a população negra, quilombola, indígena, povo de terreiro entre outros tem participação desproporcional no aumento das cargas das doenças crônicas.

Em Pastos Bons a população é de 18.461 habitantes (IBGE, 2012) e o parâmetro da assistência à saúde, adotado pelo Estado para a *Hipertensão Arterial* e o *Diabetes Mellitus* é a população alvo na faixa etária de 30 a 59 anos, correspondendo a 5.572 habitantes.

A prevalência de Hipertensão Arterial é de 22% da População alvo, totalizando 1.226 hipertensos estimados, a meta a atingir é a cobertura de 70% desses pacientes, o que corresponde a 858 portadores de hipertensão e, 80% de atendimento em Unidade Básica de Saúde totalizando 686 usuários hipertensos.

Na área de internação hospitalar o Diabetes Mellitus, apresentou crescimento linear no período de 2010 a 2014 em Pastos Bons, conforme tabela abaixo.

Gráfico: Internações por Diabetes Mellitus de 2010 a 2017.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

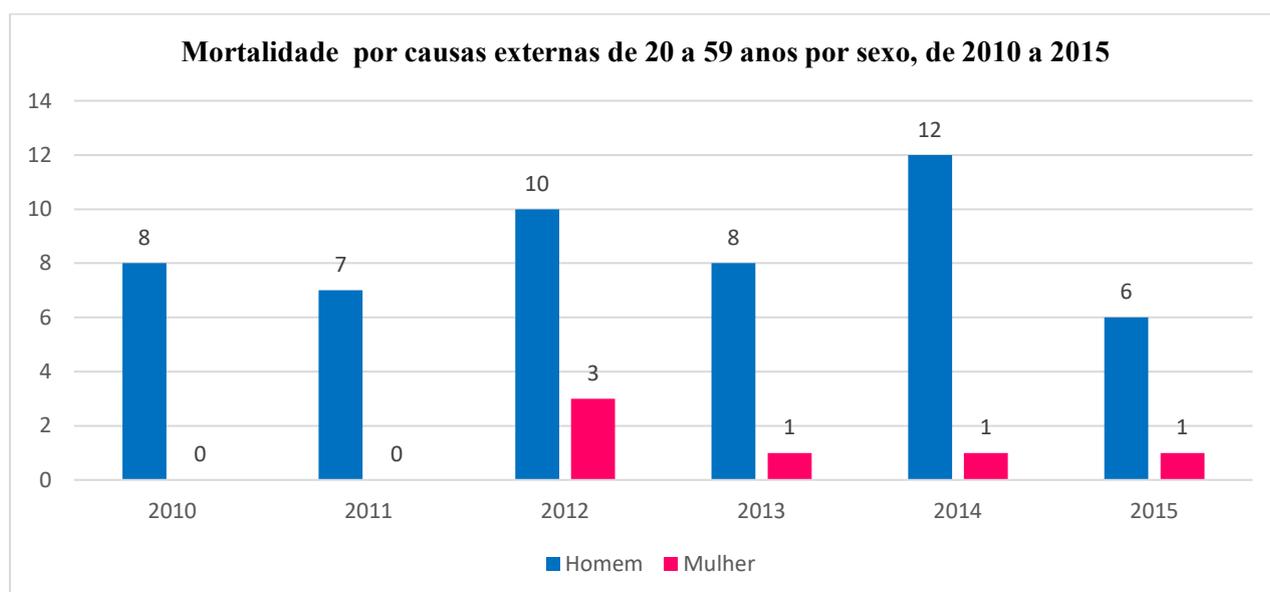
O Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus passa necessariamente pela garantia da medicação, da oferta de exames do protocolo e por uma rede de atenção estruturada e eficiente, com sistema de referência e contra-referência funcionando. As bases para a Rede de Doenças Crônicas baseada numa linha de cuidado representam o primordial para melhoria da qualidade de vida dos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e redução de danos.

SAÚDE DO HOMEM

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada à Política Nacional de Atenção com foco na Estratégia de Saúde da Família, tendo o objetivo a promoção das ações de saúde inseridas na linha de cuidado preservando a integralidade da atenção. Dentro deste contexto estão contempladas as populações em situação de vulnerabilidade. Grande parte da população carcerária é masculina, em consequência da maior vulnerabilidade dos homens a violência, ressaltando ainda a inexistência de informações sistematizada sobre a morbimortalidade nos ambientes prisionais.

Devido aos aspectos culturais e sociais além da deficiência no sistema de saúde, os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde, resistentes à prevenção e ao autocuidado, chegando aos serviços de saúde tardiamente, e utilizando como porta de entrada a atenção especializada, resultando em elevação dos custos com a saúde, aumento do sofrimento físico e emocional para si e para as suas famílias.

É essencial o desenvolvimento de cuidados específicos para o homem, nessa faixa etária, no que diz respeito aos agravos específicos do sexo masculino onde encontram-se as maiores taxas de incidência de morbi mortalidade, a começar pelas causas externas, nas quais o predomínio de óbitos é devastador e, dentre estes os causados pela violência, que atinge sempre a maioria nos homens em relação as mulheres.



Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2010-2015

Comparando a mortalidade de homens e mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos em 2014 foi mais violento, onde observa-se que as causas externas tiveram 12 óbitos em homens e apenas 1 caso em mulheres no mesmo período. Em relação as doenças do aparelho circulatório o homem morre mais que as mulheres, quanto as neoplasias houve mais óbitos entre mulheres, porém, as doenças do aparelho respiratório são crescente na população masculina o que fica claro que em cada cinco óbitos quatro são de homem e este tem menos 7,6 anos de vida menos que as mulheres.

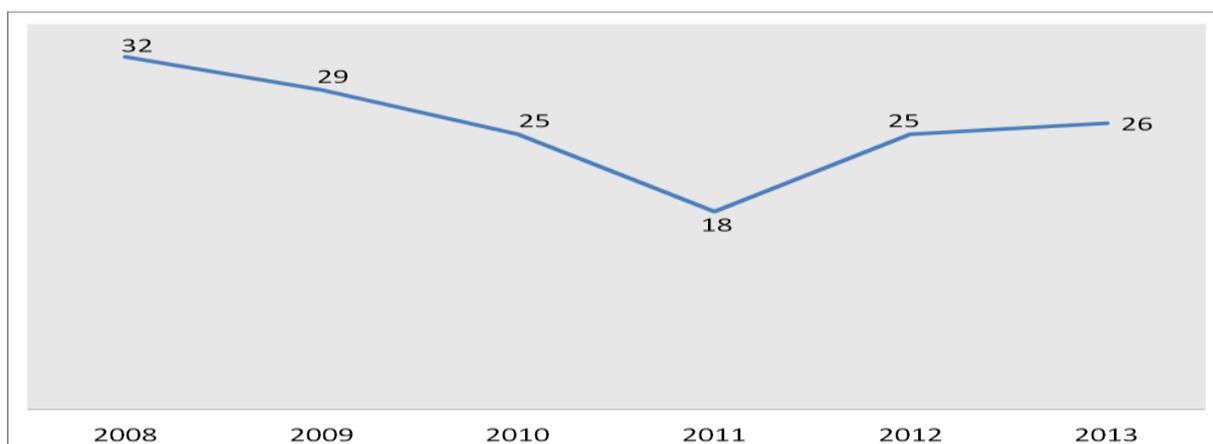
Gráfico: Comparativo de mortalidade entre homens e mulheres de 2010 a 2015 em Pastos Bons.



Fonte: SIM/2017

O câncer de pênis é uma neoplasia relacionada as condições socioeconômica e de higiene inadequada. O Maranhão é um dos Estados de maior número de casos de amputação de pênis, podendo ser evitado quando é diagnosticado e tratado precocemente. O gráfico abaixo mostra o número de casos informados no período 2008 a 2013.

Gráfico - Nº Absoluto de Amputação de Pênis, MA – 2008/2013



Fonte: DATASUS/SIH

POLÍTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA PESSOA IDOSA

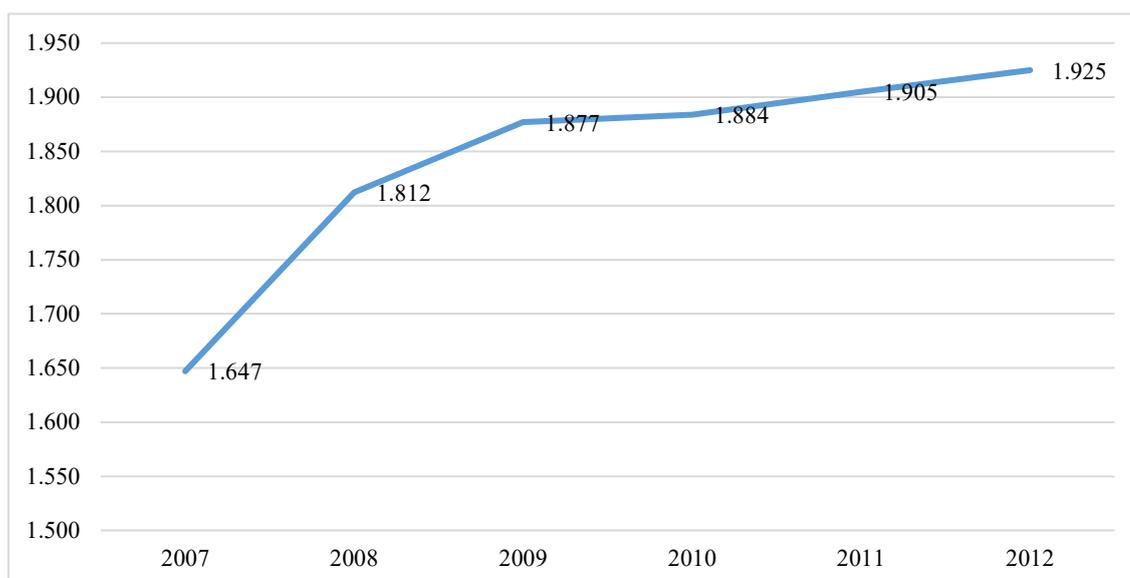
O envelhecimento populacional é um fenômeno que pode ser percebido em todo o mundo. Todos os países apresentam uma mudança na forma da sua pirâmide etária, com a diminuição da taxa de natalidade e um aumento significativo do número de anos vividos.

No Brasil isso ocorreu de forma mais rápida, alterando seu perfil demográfico que mostra o grande aumento do número de pessoas com 60 anos e mais, graças à medicina, influenciada pelos avanços tecnológicos, pelo acompanhamento e o cuidado com a alimentação. Estes são os principais fatores responsáveis pelo aumento da expectativa de vida da população conforme a Organização Mundial de Saúde (ONU). O Brasil apresenta expectativa de vida para homens de 71,3 anos e para mulheres 78,6 anos (IBGE).

Pastos Bons, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE/2012, possui 18.461 habitantes e a população idosa representa 10,43%, o que corresponde a 1.925 pessoas com 60 anos ou mais no município.

Considerando a população maior de 60 anos na série histórica de 2007 a 2012, observa-se a tendência de crescimento em todos os anos mostrando que a expectativa de vida está crescendo a cada ano.

Gráfico: Crescimento Populacional na 3ª Idade em Pastos Bons.



Fonte: IBGE, estimativas.

A queda é um acontecimento comum para a Saúde da Pessoa Idosa, já considerada um problema de Saúde Pública. Gera incapacidade e morte na velhice, podendo ser considerado evento sentinela na saúde da pessoa idosa.

Uma das principais consequências de queda em pessoas idosas é a fratura do fêmur, principalmente, em mulheres (MS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)). Este evento envolve ações preventivas de quedas e de osteoporose.

DST/AIDS, HEPATITES VIRAIS e SÍFILIS.

A Atenção Primária tendo como principal foco a promoção a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, tornando-se a principal porta de entrada da população para o acesso aos serviços, principalmente na oferta dos testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C e ações de prevenção junto à comunidade e populações mais vulneráveis.

Diferentemente do manejo clínico do HIV/AIDS, o tratamento das hepatites virais se concentra na rede especializada em saúde.

AIDS

Desde o início da epidemia da AIDS em 80 até dezembro de 2015, foram notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, 3 casos de AIDS, sendo 66,7% sexo masculino (2 casos) e 33,3% do feminino (1 caso).

Gráfico - Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico, até 2015.

Casos de AIDS	1980-2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Total	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
Homens	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Mulheres	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Menores de 5 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entre 15 e 24 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

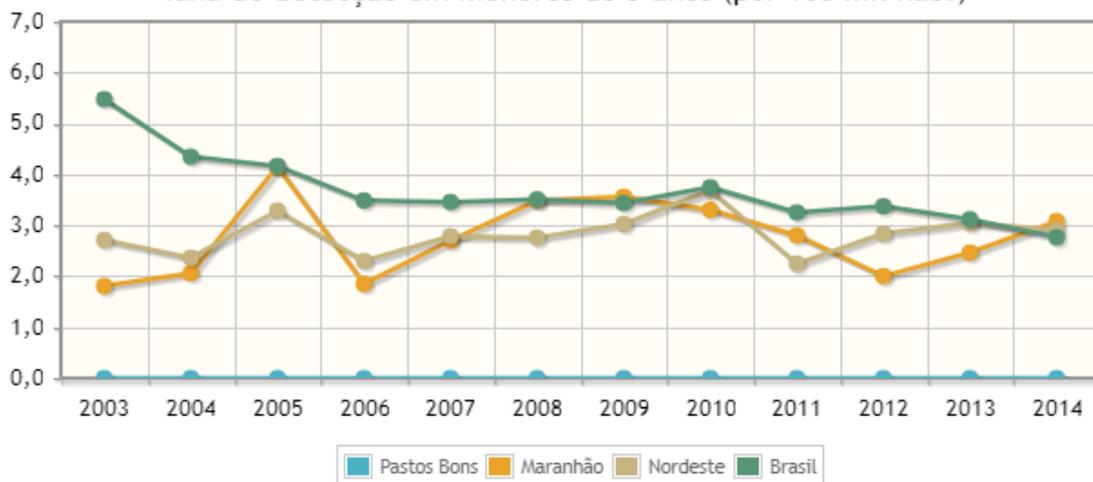
Notas: (1) SICLOM utilizado para validação dos dados do SISCEL; (2) SINAN de 1980 até junho/2015, SISCEL de 2000 a junho/2015 e SIM de 2000 a 2014; (3) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

Gráfico - Óbitos por causa básica AIDS e coeficiente de mortalidade bruta por AIDS (por 100.000 hab.), por ano do óbito

	1996-2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Óbitos por AIDS	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4
Taxa bruta de mortalidade	-	0,0	0,0	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	5,5	0,0	5,4	5,4	0,0	-

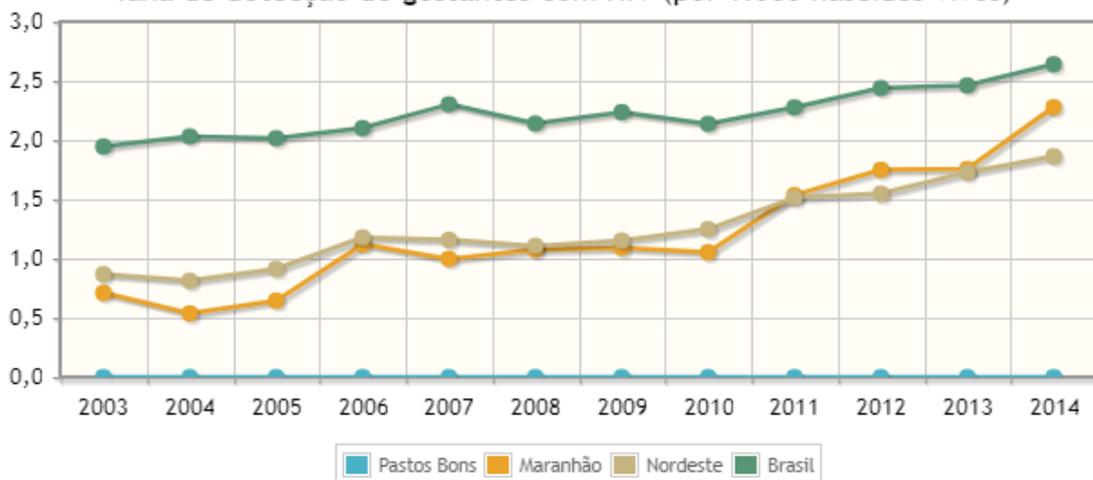
Fonte: MS/SVS/DASIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Taxa de detecção em menores de 5 anos (por 100 mil hab.)



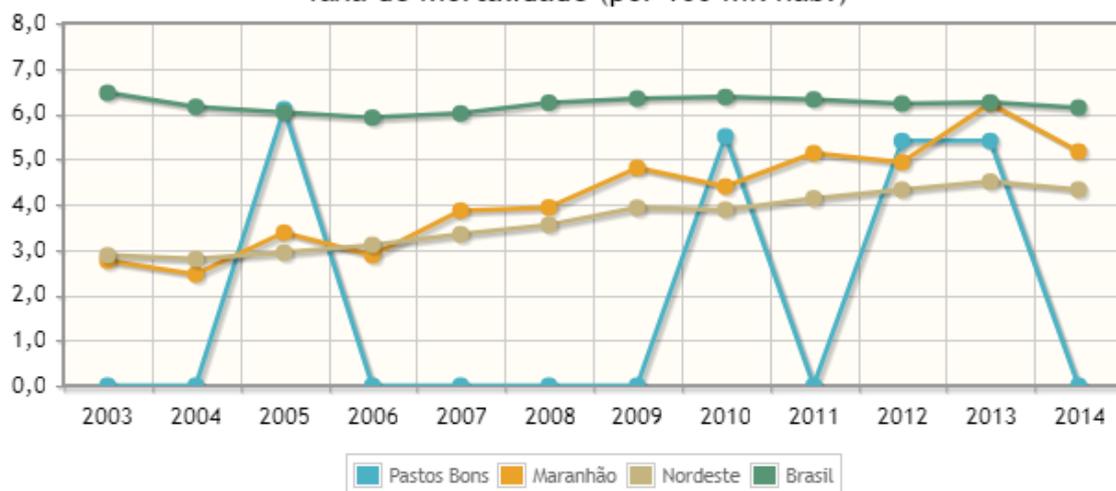
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

Taxa de detecção de gestantes com HIV (por 1.000 nascidos vivos)



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

Taxa de mortalidade (por 100 mil hab.)



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

Sífilis Congênita

Em Pastos Bons, avaliando-se os anos de 2010 e 2014, não foram notificados no SINAN nenhum caso de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade. Serve-nos para quem fiquemos ainda mais alertas para permanecermos nesse patamar.

Hepatites Virais

Nos últimos cinco anos em Pastos Bons foram notificados 4 casos de hepatites virais, sendo que destes a etiologia da doença no município pode-se verificar a prevalência de 50% dos casos causados pelo vírus da hepatite A e 30% dos casos causados pelo vírus da hepatite B e C.

Quadro: casos de hepatites virais em Pastos Bons. Período 2010 a 2015.

Class. Etiológica	2010	2012	2015	Total
Ign/Branco	1	0	0	1
Vírus A	0	1	1	2
Vírus B + C	0	1	0	1
Total	1	2	1	4

Fonte: SINANW

SAÚDE BUCAL

Entendida historicamente como uma profissão de cunho elitista, a Odontologia só foi incorporada à estratégia saúde da família no ano 2.000, através da Portaria 1.444 do Ministério da Saúde e efetivamente implantada a partir de 2001, ou seja, sete (07) anos após o início das ações do Saúde da Família.

Esse lapso de tempo é ainda hoje percebido como prejudicial para as ações da saúde bucal, pois além de ter instituído uma diferença grande entre as coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal, fez com que a saúde bucal tivesse dificuldade de inserção na idéia da multidisciplinaridade, tão defendida pela estratégia.

A incorporação da saúde bucal à estratégia saúde da família teve como principal objetivo modificar o modelo de atenção e assistência à saúde, modelo esse caracterizado até então como: curativista, biologicista, tecnicista, de alto custo e não resolutivo.

As consequências negativas desse modelo puderam ser percebidas, por exemplo, no SB Brasil 2003 (Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002- 2003), onde 70% das

crianças brasileiras aos 12 anos e 90% dos adolescentes de 15-19 anos apresentavam ao menos um dente cariado e esse percentual chegava a 99,48% na faixa etária de 65-74 anos.

A característica excludente da profissão pôde ser percebida em 1998, quando a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) mostrou que aproximadamente 20% da população brasileira, nunca tinha consultado um dentista.

Foi no intuito de modificar essas características, que a partir de 2001 a saúde bucal passou a ser incorporada à estratégia saúde da família. Esse movimento foi fortalecido pelo lançamento do Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal) em 2004, quando as ações de atenção básica foram pensadas juntamente com as ações de média e alta complexidade, com o lançamento do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), dos LRPD (Laboratórios Regionais de Prótese Dentária) e das ações preventivas, individuais e coletivas.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento de Atenção à Saúde Bucal (DASB) vem desenvolvendo ações de fortalecimento da Atenção Básica e incentivando a incorporação das atividades previstas na Política Nacional de Saúde Bucal, através do empoderamento e capacitação, monitoramento e avaliação, além de reuniões com os profissionais da área de saúde bucal do município.

O Município de Pastos Bons apresenta cobertura de Saúde Bucal de **100 %**, considerada somente a Estratégia Saúde da Família tem-se uma cobertura de **100,0 %**. Atualmente observamos uma diferença de 1 equipe de saúde da família a mais, em comparação às equipes de saúde bucal.

CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade definida na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011: diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.

Pastos Bons está em fase de implantação com um CEO Tipo I, que posteriormente fará a incorporação na qualidade do atendimento às Pessoas com Deficiência.

Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD

O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas. O gestor municipal credenciou o LRPD e a produção de prótese dentária é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo município/estado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

SAUDE MENTAL

O cuidado em saúde mental tem aumentado sua demanda nos últimos anos. Esse aumento decorre da ampliação da clientela (usuários de drogas, suicídio, violência doméstica etc.) e do número de pessoas em sofrimento psíquico que demandam de cuidado. Tudo isto impõe novos desafios para a Reforma Psiquiátrica e para a Política de Saúde Mental que precisa se questionar e se reinventar continuamente. Nessa reinvenção é necessário ampliar o campo do saber, de práticas e de setores responsáveis. Sai-se do saber estritamente psiquiátrico para um saber da saúde mental ampliada, para além da saúde. Cuidar na área de saúde mental exige *interlocução* com as demais áreas da saúde e com a intersetorialidade, não só devido a complexidade dos problemas, mas por compreender que o sujeito que sofre devido a sua condição psíquica, social, econômica e relacional mais fragilizada necessita que haja intervenções que possibilitem seu cuidado integral considerando os diversos contextos de sua vida.

Pastos Bons tem implantado o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I e vem desenvolvendo ações com o cuidado em saúde mental de forma ampla e integral.

O município é parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, desde a atenção primária até a alta complexidade.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída com a Portaria Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Tem como os seguintes objetivos: garantir a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack; álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no

território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Também tem como objetivos específicos: a promoção dos cuidados em saúde particularmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); a prevenção do consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; a redução de danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; mas ainda inclui a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias inter-setoriais entre outros.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A atenção primária tem a Estratégia de Saúde da Família como prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único, é o modelo de atenção adotada pelo país para reorientação do modelo assistencial à saúde e, para que esta seja entendida como porta de entrada, deve garantir o acesso. Este depende não somente do acesso geográfico, mas também da qualidade e resolubilidade das equipes, da capacidade de reunir os recursos necessários para resolver os problemas e promover uma prática baseada no indivíduo, na família e na comunidade.

Na Estratégia de Saúde da Família o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado ao usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

Para reafirmar o caminho indispensável na construção da integralidade e de mais e melhores resultados na saúde dos indivíduos e da comunidade, temos a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, como fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, tornando para nós, não somente um objetivo prioritário, mas uma obstinação movida pela convicção da necessidade de se compartilhar responsabilidades e compatibilizar territórios de atuação.

QUADRO: Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
eSF	9	9	9	82.865,00

ACS	61	61	61	148.840,00
-----	----	----	----	------------

Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

5

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção básica para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde. Os NASF têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações, apresentados na tabela abaixo o número de equipes implantadas no estado, as equipes são regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e complementados pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

Tabela – Número de Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF.

	Tipo	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
NASF	I	1	1	20.000,00
	II	-	-	-
	III	-	-	-

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

De acordo com a Portaria nº 2.681 de 7 de novembro de 2013, o Programa Academia da Saúde constitui-se em um equipamento da Atenção Básica e como espaço de promoção da saúde e produção do cuidado. O Ministério da Saúde repassa aos municípios recursos para a implantação (construção) dos pólos como infraestrutura adequada para o desenvolvimento das atividades nos valores de R\$ 80.000,00, 100.000,00 e 180.000,00 respectivamente para as modalidades básicas, intermediárias e ampliadas, conforme a Portaria nº 2.684 de 08 de novembro de 2013.

Há repasse de recursos para o custeio das atividades no valor R\$ 3.000,00 mensais por pólo de Academia da Saúde vinculando à equipe do NASF ou de R\$ 3.000,00 mensais, independentemente do número de pólos, referente as ações financiadas pelo Piso Variável de Vigilância e Promoção em Saúde (PVVPS), quando o município não tiver NASF e vincular o pólo do Programa Academia da Saúde a uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para análise quanto à adequação para recebimento de custeio, é avaliada as seguintes condições: vinculação do NASF ao pólo (caso o município tenha NASF apto a receber custeio), carga horária mínima dos profissionais cadastradas (1 de 40 h ou 2 de 20 h) de acordo com os CBOs constantes no anexo da Portaria nº 2.684 de 14 de novembro de 2013 e o endereço cadastrado no CNES deve ser o mesmo endereço cadastrado na proposta de construção do pólo no sistema do Ministério da Saúde (Proposta habilitadas em 2011 e 2012 pelo FNS, a partir de 2013, pelo SISMOB).

O Município de Pastos Bons possui 1 Academia da Saúde construída e apta a receber custeio de Pólo da Academia da Saúde.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007, através do Decreto 6.286, e tem como propósito unir políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira buscando promover saúde e educação integral (MS,2015).

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade.

As ações do programa são transversais em todas as dimensões às políticas de saúde inseridas no âmbito da atenção primária, contribuindo direta e indiretamente para a melhoria dos indicadores de saúde. Tendo como exemplo o componente I do programa, na linha de ação saúde bucal, que prever como uma das ações de saúde bucal a escovação dental supervisionada é perceptível o quanto a esta linha de ação incide diretamente no indicador “média de ação coletiva de escovação dental supervisionada”, considerando o universo de crianças, jovens e adultos inseridos no programa. Sendo assim a intersetorialidade é necessária e indispensável para a execução de todas as linhas de ação previstas nos componentes do programa.

No tocante a abrangência do Programa Saúde na Escola (PSE) no município na vigência atual foi pactuada através de termo de adesão do Ministério da Saúde e assinados pelos secretários municipais de saúde e educação constam as ações a serem implementadas, quantidade de escolas e equipes de Atenção Básica que participarão do Programa. Um conjunto de 12 ações pode ser priorizado conforme demanda da escola, indicadores de saúde e demais indicadores sociais

(violência, gravidez na adolescência, evasão escolar, etc.) e no ato da adesão o município também pode incluir ações que serão monitoradas exclusivamente por meio do e-SUS AB.

Quadro: Situação do Programa Saúde na Escola

CRECHE	EDUCANDOS PRÉ-ESCOLA	EDUCANDOS ENS. FUND	EDUCANDOS ENSINO MÉDIO.	EDUCANDOS EJA	TOTAL EQUIPES	20% DA ADESAO	80% RESTANTES
13	581	2.892	0	1.147	9	3.600,00	0,00

Complexidade dos Serviços

O Processo de Municipalização da Saúde implica na organização dos Sistemas de Saúde nos níveis municipais, estaduais e federais, de forma que o conjunto de prestações de serviços se inter-relacionam de modo a aumentar sua capacidade de cobertura e resolutividade nos mais complexos problemas de saúde da população.

No Município de Pastos Bons os serviços prestados a nível local somente alcançaram os estágios de atenção básica, com prioridade para a prevenção, sendo que em alguns casos da atenção secundária a população é encaminhada aos municípios referenciados a nível regional, em decorrência de sua resolutividade, e nos casos média e alta complexidade são referenciadas a outros centros maiores.

Capacidade de Recursos Humanos

Os recursos humanos existentes no município, ainda são insuficientes para atender as demandas do setor de saúde, especialmente o conjunto das ações e serviços de saúde propostos no presente Plano de Saúde, cuja execução requer a contratação, disponibilidade e capacitação de pessoal de nível superior e elementar.

Hoje, um dos grandes problemas do setor saúde, a nível municipal, é a deficiência de recursos humanos especializados para operacionalização das ações e serviços de saúde necessários para atender a população, priorizando a saúde pública.

Recursos Físicos, Materiais e Humanos

A reorganização e reestruturação do Sistema Municipal de Saúde requer que seja colocado à disposição da população um conjunto de ações e serviços de saúde, essenciais à prevenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade, de forma universal, integral e com equidade.

Os recursos físicos, materiais e humanos devem ser adequados de forma a proporcionar a operacionalização das atividades de saúde propostas no presente Plano de Saúde, com integralidade e resolutividade, de modo a resolver os problemas de saúde da população.

Sistema de Informação

A implementação do Sistema de Informação em Saúde no município tem como objetivo oferecer dados para utilização do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações e serviços de saúde propostos no Plano de Saúde, assim como, integrar-se à rede de informação dos Sistemas de Saúde Estadual e Federal, assim como, oferecer indicativos que permitam o redirecionamento das ações e atualização dos instrumentos de planejamento.

O Sistema de Informações preconiza a formação de um Banco de Dados que deve estar ligado ao Sistema Único de Saúde, e compatível com os Programas de Saúde implantados no município, preconizados pelo Ministério da Saúde, além Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA-SIH/SUS).

Notadamente, os investimentos em construção de novas unidades básicas de saúde, aquisição de equipamentos e insumos, ampliação e construção de novos sistemas de abastecimento de água e melhorias sanitárias alternativas na zona urbana e rural , a curto, médio e longo prazo, são passos importantes para melhorar as condições de saúde da população.

5.3. Hierarquização das Prioridades

A necessidade da definição das prioridades para consecução das ações e serviços de saúde proposto no presente plano, tem como objetivo estabelecer uma linha de ação a curto, médio e longo prazo, elegendo as de maior impacto e viabilidade de execução para resolução dos problemas do sistema de saúde, e conseqüentemente da saúde da população.

Estratégia de Ação

O Modelo de Assistência à Saúde proposto pelo Município para atender as necessidades da população, deve observar os seguintes princípios: **Universalidade, Equidade, Integralidade, Regionalizado, Hierarquizado e Descentralizado.**

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

O Processo de Avaliação do Sistema Municipal de Saúde se dá em três etapas distintas. A primeira avalia as ações de saúde propostas no plano; a segunda o funcionamento do Sistema Municipal de Saúde; e a terceira a execução do Plano Municipal de Saúde.

Este processo deve ter como propósito maior a determinação do retorno para a sociedade dos investimentos realizados no setor saúde, devendo, para tanto, se constituir numa atividade permanente que dê conta de informar a respeito da eficiência e eficácia das ações de saúde que foram implementadas, subsidiando desta forma a racionalidade do processo de planejamento e programação em saúde.

Terá ainda, como propósito subsidiar o gestor municipal e sua assessoria, de informações sobre os fatores que facilitam ou restringem a execução das ações e serviços de saúde propostos no Plano de Saúde, e que conseqüentemente podem contribuir ou inibir o cumprimento das metas propostas. Sendo, que a partir daí, será possível intervir no processo, promovendo os ajustes e reformulações necessárias para garantir o sucesso do plano.

Envolvimento do Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde vem acompanhando atentamente as ações de saúde desenvolvidas no município, através de visitas as unidades de saúde e nas reuniões ordinárias e extraordinárias, através de relatos da representação da Secretaria de Saúde no conselho.

Os membros do conselho sempre visitam as Unidades de Saúde, onde avaliam o grau de satisfação da população com relação às ações de saúde desenvolvidas, e nas reuniões do conselho apresentam suas propostas, reivindicações e/ou reclamações.

A avaliação das ações de saúde por parte do conselho de saúde se dar de maneira tímida, apenas analisando o grau de satisfação da população.

Capacidade instalada e produtividade

A avaliação da produtividade do setor saúde dar-se-á através da utilização de indicadores de produção e qualidade no sistema, por área programática, utilizando os parâmetros da OMS, tais como:

- . Média de Consultas/Médicos
- . Média de Consultas/Odontólogos
- . Média de Consultas/Enfermeiras
- . Média de Visitas/Agentes Comunitários
- . Média de Visitas/Aux. de Saneamento
- . Média de Visitas/Agentes de Saúde
- . Média de Atendimento de Enfermagem/ Aux. de Enfermagem
- . Média de Internações/Leitos Hospitalares
- . Média de Exames Laboratoriais/Técnico de Laboratório
- . N.º de Exames Laboratoriais positivos
- . N.º de Altas/Leitos Hospitalares.

. N.º de Supervisões/Atividades

. N.º de Palestras/Atividades

CONCLUSÃO

O presente Plano de Trabalho está dentro das perspectivas da Administração Municipal, cujas propostas apresentadas para solução dos principais problemas do sistema de saúde e da saúde da população, podem minimizar as principais causas que contribuem para as doenças que ocorrem na comunidade, cujas atividades terão a parceria das instituições públicas, privadas e filantrópicas que fazem saúde pública, nos níveis municipais, estaduais e federais, com a participação da comunidade.

Pastos Bons – MA, 02 de fevereiro de 2018.

VERA LUCIA FERREIRA COSTA MOTA
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ENOQUE FERREIRA MOTA NETO
PREFEITO MUNICIPAL

DIRETRIZES

EIXO I: DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE

1.1 DIRETRIZ: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado com ênfase na humanização, equidade e no atendimento às necessidades de saúde, aprimorando a Política de Atenção Básica, especializada, ambulatorial e hospitalar e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

1.1.1 OBJETIVO: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS e **viabilizar instrumentos para aprimorar o gerenciamento das informações em saúde.**

M E T A S	<ul style="list-style-type: none">• Dar apoio institucional a 100% das Unidades Básicas de Saúde no município para alcance dos indicadores do Previne Brasil;• Fortalecer o Programa Brasil Sorridente, no município, através do Programa Mais Saúde Bucal, com a implantação e implementação de: 1 Unidade Odontológica Móvel (UOM);• Implantar a Política de Atenção à Saúde do Homem no município nas ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças prevalentes, do câncer de próstata e de pênis;• Implantar a Política de Controle do Tabagismo nas Unidades Básicas de Saúde no município, nas ações de ambientes livres do Tabaco;• Implementar o Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, construindo a Linha de Cuidado para os portadores desses agravos nas UBS;• Implementar nas UBS a Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, promovendo o envelhecimento ativo e saudável com qualidade de vida;• Fomentar a implantação/implementação das Políticas de Promoção da Equidade para melhorar o acesso, acolhimento, condições de saúde e redução da morbimortalidade da População LGBT;• Apoiar as Unidades Básica de Saúde na elevação os Serviços de Assistência Especializada em IST/HIV/Aids;• Implantar 01 Unidade de Referência Municipal para o Serviços de os pacientes com Hepatites Virais.• Adquirir equipamentos, com objetivo de garantir a alimentação dos sistemas informatizados do Ministério da Saúde;• Implementar a Academia de Saúde;
M E T A S	<ul style="list-style-type: none">• Estruturar e adquirir materias para Academia de Saúde;• Implantar a classificação de risco e humanização no atendimento;• Implementar as ações de serviços da saúde com a implantação do raio x;• Garantir acesso de qualidade ao serviço de saúde, através da aquisição de equipamentos de informática e acesso à internet (prontuário eletrônico);• Garantir transporte adequado para os profissionais da saúde com aquisição de mais um veículo para Atenção Primária;• Ampliar o monitoramento através da estratégia saúde da família dos agendamentos de consultas especializadas;• Realizar busca ativa das gestantes através de visitas domiciliares com os profissionais de saúde;• Avaliar a cobertura de pré-natal utilizando os indicadores por Unidade de Saúde;

	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver ações do Programa Saúde na Escola em 100% das escolas pactuadas; • Garantir o funcionamento das unidades básicas de saúde com profissionais da estratégia saúde da família; • Implantar a Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil nas UBS/ESF com maiores vulnerabilidades; • Realizar capacitação aos profissionais de saúde para Assistência e Educação na Promoção da Alimentação Saudável e Prevenção da Obesidade.
<p>1.1.2 OBJETIVO: Aumentar a média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde, avaliar a cobertura de pré-natal utilizando os indicadores por Unidade de Saúde e Ampliar o acesso aos serviços de prevenção e promoção da Saúde.</p>	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir estrutura necessária ao ACS para cumprimento das ações; • Capacitar os profissionais para atendimento da população em seus diversos setores.
<p>1.1.3 OBJETIVO: Garantir a Integralidade da Assistência dos serviços de Média e Alta Complexidade aos usuários do SUS</p>	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a cobertura do SAMU 192 no município, com USA e Motolâncias; • Garantir o atendimento de 100% dos pacientes que necessitam de tratamento fora domicílio (interestadual); • Ampliar em 80% o atendimento a pacientes que necessitam de órtese, prótese e materiais especiais (LRPD); • Garantir a apuração de 100% das denúncias provenientes da ouvidoria e de outras instituições; • Implantar 1 (um) Complexo de Regulação para operacionalização, tanto para TFD quanto para procedimentos eletivos; • Garantir o agendamento de pacientes encaminhados a referência para alcançar uma cobertura mínima de 60% das mulheres entre 45 a 69 anos em mamografias; • Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde especializados, ambulatoriais, pediatria, ortopedia, cardiologia, dermatologia, ginecologia. • Reduzir a morbimortalidade em doença renal no município de Pastos Bons – MA • Prevenir a doença renal crônica e seus fatores de risco; • Qualificar os profissionais da saúde no tocante à doença renal e seus fatores de risco; • Ampliar a cobertura de atendimentos aos portadores de diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, entre outras, que possam levar as doenças renais;
<p>1.1.4 OBJETIVO: Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.</p>	
M E T A	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir assistência farmacêutica básica e ambulatorial adequada; • Ampliar os atendimentos/ano de usuários ao acesso aos medicamentos dos Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica – CEAF, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica – CESAF e dos Componentes da Atenção Básica - CBAF, conforme RENAME vigente;

S	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar o sistema de controle Hórus; • Garantir a contrapartida municipal para aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de acordo com a Portaria GM/MS 1.555/2013 e Portaria 2.001/2017.
<p>1.1.5 OBJETIVO: Concluir as Construções, bem como as Adequações Físicas (Ampliações e Reformas) dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS existentes, com os seus respectivos aparelhamentos.</p>	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Reformar e Equipar unidades de saúde de acordo com disponibilidade orçamentária; • Ampliar a Atenção Hospitalar; • Construir Unidades Básicas de Saúde - UBS; • Readequar a estrutura física das UBS para atender todas as demandas (pessoas com deficiência); • Adquirir Equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde e Unidade Hospitalar.
<p>1.2 DIRETRIZ: Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.</p>	
<p>1.2.1 OBJETIVO: Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde</p>	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a taxa mortalidade infantil no município de Pastos Bons de 28,8/1000 nascidos vivos para 17/1000 nascidos vivos; • Garantir a atenção integral à saúde de 100% (cem) das crianças com microcefalia; • Implantar ações e serviços de referência em saúde a 100% (cem) das pessoas privadas de liberdade (adolescentes autores de atos infracionais e população carcerária).
<p>1.2.2 OBJETIVO: Acompanhar a implantação das Redes de Atenção à Saúde na região de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.</p>	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer a Atenção domiciliar em consonância com ESF nas Unidades Básicas de Saúde; • Reduzir a Taxa de Mortalidade Materna no município; • Apoiar a ampliação das ações de promoção e prevenção dos cânceres de colo de útero e mama para as mulheres nas Unidades Básicas de Saúde; • Ampliar as ações de diagnóstico e tratamento das mulheres com suspeitas de cânceres de colo de útero e mama nas Unidades Básicas de Saúde; • Estruturar o serviço de Atenção Psicossocial com a implementação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); • Fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde com foco na prevenção do uso de álcool e outras drogas, contemplando o matriciamento em saúde mental; • Construir Centro de Parto Normal no município; • Construir uma Casa de Apoio às Gestantes; • Estimular a implantação e o desenvolvimento de projetos de Reabilitação Psicossocial voltados para geração de Renda para pacientes.

1.2.3 OBJETIVO: Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (Criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situação de vulnerabilidade, as especificidades, e a diversidade na atenção básica, nas redes.	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar os serviços de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual e intradomiciliar; • Implantar um centro de fisioterapia com profissionais e equipamentos necessários para o atendimento de acordo com a rede; • Garantir transporte aos serviços de saúde para as pessoas mais necessitadas; • Apoiar a implantação do serviço coleta de vestígios para atenção integral às mulheres em situações de violência.
1.2.4 OBJETIVO: Melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população maranhense, mediante a promoção de práticas alimentares saudáveis, a Vigilância Alimentar e Nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar e apoiar as Unidades Básicas de Saúde a elevarem anualmente o universo de crianças de 06 a 48 meses de idade com sachês de vitaminas e minerais ao acesso da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS, nas creches participantes do Programa Saúde na Escola; • Fortalecer e organizar a atenção nutricional para população acometida por carências de micronutrientes, tais como: hipovitaminose A e anemia ferropriva nas Unidades Básicas de Saúde.

EIXO II: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

2.1 DIRETRIZ: Fortalecer as instâncias do Controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com usuários, com garantia de transparência e participação cidadã.	
2.1.1 OBJETIVO: Aperfeiçoar o Sistema Municipal de Saúde para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade e de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para redução de iniquidades e para a promoção da qualidade de vida das pessoas de Pastos Bons.	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a participação do Conselho Municipal de Saúde; • Manter atualizado o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS; • Fortalecer as instâncias de acompanhamento, pactuação e avaliação do controle social em saúde: CMS, CIR E AUDIÊNCIAS DE SAÚDE; • Garantir as condições para a realização das Conferências Municipais de Saúde e de conferências temáticas de saúde (mulher e da vigilância); • Apoiar a instituição de Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

EIXO III: VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.1 DIRETRIZ: Fortalecer o papel do município na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações de trabalho. Tudo isso considerando as metas de superação das demandas do mundo do trabalho nas áreas da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.
--

3.1.1 OBJETIVO: Promover, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.

M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer as ações de Educação em Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do município; • Apoiar a implantação e implementação da Política da Educação Permanente e da Política de Educação Popular em Saúde no do município; • Qualificar 100% dos Conselheiros Municipais de Saúde e Movimentos Sociais em Educação Popular em Saúde; • Garantir a realização de 100% das ações previstas no Plano Municipal de Educação Permanente do Pro EPS-SUS; • Garantir a aprovação de planos de cargo e carreira para os trabalhadores da saúde; • Implementar ações de acompanhamento dos serviços contratados e capacitar os profissionais envolvidos; • Capacitar os profissionais para atendimento da população em seus diversos setores; • Melhorar as condições de trabalho, readequando espaço físico, recursos materiais e ações mais efetivas em saúde ocupacional; • Contratar profissionais de saúde para o atendimento das implementações dos programas; • Garantir estrutura necessária ao ACS para cumprimento de suas ações;
-----------------------	---

EIXO IV: GESTÃO DO SUS E MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

4.1 DIRETRIZ: Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidade dos municípios, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.

4.1.1 OBJETIVO: Fortalecer o Planejamento Municipal de forma ascendente, integrada e participativa.

M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Potencializar as ações e serviços de saúde, garantindo a gestão da Secretaria de Municipal da Saúde nas Unidades Básicas de Saúde; • Coordenar o processo de pactuação de indicadores, a parametrização e o rateio do SUS com os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde a partir das responsabilidades sanitárias; • Apoiar as UBS estruturarem e implementem os Instrumentos de Gestão do SUS, como seus planejamentos de equipe; • Aquisição de equipamentos necessários para o funcionamento das unidades de saúde; • Avaliar/renovar equipamentos e mobiliários com revisão anual para manutenção preventiva; • Estimular as equipes da Atenção Básica para aumentarem o percentual de cobertura em pelo menos 90% da condicionalidade da saúde dos beneficiários do Auxílio Brasil; • Garantir capacitação de todos os profissionais da SEMUS.
-----------------------	---

4.2 DIRETRIZ: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violência no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável e estimular práticas saudáveis de exercícios físicos.

4.2.1 OBJETIVO: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violência no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir veículos tipo A para transporte sanitário de pessoas que não ofereçam risco de vida; • Apoiar as unidades de saúde para ampliar em 40% o acesso ao diagnóstico laboratorial de Hepatite C; • Apoiar a oferta da testagem rápida em HIV, Sífilis e Hepatites B e C nas Unidades Básicas de Saúde para o alcance do diagnóstico precoce; • Reduzir a taxa de incidência de Sífilis nos nascidos vivos; • Fortalecer as ações de Promoção da Saúde e Prevenção em 100% das Unidades Básicas de Saúde, com foco nas doenças crônicas não transmissíveis e na melhoria da qualidade de vida da população idosa; • Aprimorar o acesso ao diagnóstico laboratorial de média e alta complexidade no Laboratório Municipal; • Implantar o controle de qualidade dos procedimentos laboratoriais em 60% dos exames, até 2021;
-----------------------	--

4.2.2. OBJETIVO: Reduzir a morbimortalidade por doenças transmissíveis, principalmente as imunopreveníveis e as não transmissíveis por meio de políticas de controle de doenças, promoção e recuperação da saúde.

M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o registro de no mínimo 95% de óbitos com causa básica definida; • Apoiar as Unidades Básicas de Saúde para que obtenham homogeneidade nas coberturas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde; • Apoiar as Unidades Básicas de Saúde no município para redução da taxa de incidência de casos novos tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial; • Apoiar as UBS para elevarem a taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar por confirmação laboratorial de 80%; • Apoiar as UBS para elevarem a taxa de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes em 90% no município; • Apoiar as UBS para redução da taxa de incidência da hanseníase dos habitantes no município; • Reforçar a ampliação da cobertura vacinal dos cães existentes na campanha nacional de vacinação anti-rábica canina em 95% até 2021; • Potencializar as estratégias para redução da mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) no município; • Realizar levantamento do Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> com os ACEs; • Examinar 80% dos contatos intra-domiciliares dos casos novos de hanseníase diagnosticados; • Curar 90% dos casos novos de hanseníase e tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados; • Realizar 100% de cultura nos casos de retratamento de tuberculose; • Apoiar todas áreas de atuação da saúde para obtenção de 80% dos indicadores pactuados.
-----------------------	--

4.2.3. OBJETIVO: Reduzir a morbimortalidade pelas doenças de transmissão vetorial em forma de endemias e epidemias através de ações de campo, mobilização da sociedade e educação em saúde e vigilância epidemiológica de casos, por meio de políticas de controle de doenças, promoção e recuperação da saúde.

M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar as UBS para redução do número de óbitos por Leishmaniose Visceral para 20% em relação ao ano anterior; • Apoiar as UBS para o alcance de cura dos casos tratados de Leishmaniose Tegumentar que apresentam a forma cutânea e mucosa em 90%; • Fortalecer as unidades de saúde para o alcance da meta prevista de redução do Índice Parasitário Anual (IPA) de malária em 5% em relação ao ano anterior; • Reforçar a manutenção da meta prevista de redução do número absoluto de óbitos por dengue; • Garantir a aplicação de inseticida por UBV nas localidades que apresentarem infestação predial por <i>Aedes aegypti</i> acima de 3.9% e aumento de casos confirmados de Dengue, Chikungunya e Zika vírus por 2 semanas consecutivas; • Apoiar a qualificação das ações de campo para controle de vetores das doenças de importância epidemiológica no município.
4.2.4. OBJETIVO: Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Atender 100% das notificações recebidas de queixas de produtos sujeitos à VISA e das notificações recebidas pela Ouvidoria do SUS; • Aplicar processo administrativo nos estabelecimentos que descumprirem o sistema de inspeção sanitária tendo como base três advertências; • Capacitar as equipes da atenção primária para assegurar a atenção integral à saúde do trabalhador; • Atender a realização dos procedimentos em Visa da Tabela SIGTAP;
4.3 DIRETRIZ: Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.	
4.3.1 OBJETIVO: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar a Vigilância Ambiental; • Implantar o comitê intersetorial de orientação sobre as normas de vigilância sanitária para os estabelecimentos; • Ampliar o Número de Amostras no controle da qualidade da água relativo aos parâmetros “Coliformes Total, Cloro Residual Livre e Turbidez”; • Apoiar a descentralização das ações de Vigilância em Saúde Ambiental no município; • Realizar trabalhos de orientação sobre a atuação da vigilância sanitária em todos os setores da comunidade, inclusive unidades de ensino; • Implementar as investigações dos acidentes de trabalho na vigilância epidemiológica.
4.4 DIRETRIZ: Ampliar a oferta domiciliar de água e de serviços de esgotamento sanitário em domicílios ou em pequenas comunidades, em distritos sanitários especiais e de comunidades remanescentes de quilombos ou ribeirinhas.	
4.4.1 OBJETIVO: Reduzir o déficit do índice de cobertura do saneamento básico em domicílios localizados na zona rural.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar as obras de saneamento como Sistemas Simplificados de Abastecimento de Água em povoados localizados na zona rural até 2021; • Implantar Módulos Sanitários Domiciliares (MSD) em povoados da zona rural até 2021.

EIXO V: INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO SUS

5.1 DIRETRIZ: Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do SUS.

5.1.1 OBJETIVO: Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS.

M E T A S	<ul style="list-style-type: none">• Implantar e implementar o Sistema de Gestão das Informações em Saúde Mental;• Criar a ouvidoria municipal para discutir as ações do serviço de saúde;• Desenvolver, implantar e implementar o Sistema Municipal de Informação em VISA.
-----------------------	--