



PLANO DE SAÚDE EM CHÃ GRANDE 2010 – 2013

PREFEITO
DIOGO ALEXANDRE GOMES NETO

VICE-PREFEITO
GILVAN PEREIRA DE LIMA

SECRETÁRIO DE SAÚDE
JAIRO PAIVA

SECRETÁRIA ADMINISTRATIVA
Gilvânia Pereira de Lima

DIRETORIA DE FINANCEIRA
Edvânia Alves Silva Barbosa

AUDITORIA
José Ricardo da Cunha Sabino

EQUIPE DE REGULAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO
SÔNIA; PAULA; SIVALDO; RODRIGO.

DIRETORIA DE EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Maria Lins Julião da Rocha

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
Nathalia Julião

COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Deyse Maria Campos dos Santos

COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL
Patrícia Maria Barreto de Andrade Vaz

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL
Quitéria Lúcia Silva da Rocha

COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL
Rose Lins

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010 - 2013

APRESENTAÇÃO

Este documento é o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, que foi aprovado pelo Conselho de Saúde.

O Plano apresenta a caracterização do município, descrição dos principais problemas de saúde, da estrutura da gestão e da rede municipal de saúde. Apresentamos ainda uma avaliação da primeira gestão do Prefeito Diogo Gomes, para identificação das áreas prioritárias de investimento nos próximos anos.

Em seguida são descritas as propostas nas áreas de atuação de Atenção à Saúde; Vigilância à Saúde; e Gestão do Sistema.

Vale ressaltar a importância de animar a participação dos diversos segmentos (gestores, trabalhadores e usuários) de forma organizada no Conselho de Saúde e a população em geral.

ÍNDICE

I – APRESENTAÇÃO

II – INTRODUÇÃO

III – CARACTERIZAÇÃO DE CHÃ GRANDE

1. DIVISÃO TERRITORIAL
2. ESTRUTURA POPULACIONAL
3. ASPECTOS SOCIOECONOMICO
4. DESENVOLVIMENTOS POLÍTICO INSTITUCIONAL
5. PRINCIPAIS PROBLEMAS EPIDEMIOLÓGICOS
6. REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

IV – PROPOSIÇÕES E METAS

1. ATENÇÃO À SAÚDE
2. VIGILÂNCIA A SAÚDE
3. GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE
4. REGULAÇÃO ASSISTENCIAL
5. CONTROLE SOCIAL
6. GESTÃO DO TRABALHO

V – FINANÇAS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2010 - 2013

I. - INTRODUÇÃO

No compromisso de desenvolvimento a Secretaria Municipal de Saúde, após avaliação de 2006-2009, apresenta o plano de saúde de 2010-2013. É um plano sujeito a alterações conforme apreciação do Conselho de Saúde e apresenta a caracterização do município, as proposições e metas.

As ações e serviços de saúde estão atendendo a continuidade da primeira gestão do Prefeito Diogo, detectando os problemas para definição das áreas prioritárias de investimento nos próximos anos.

Todo o plano baseia-se no perfil epidemiológico municipal, caracterização do município, pela estrutura da rede e pelas necessidades da população.

Dará continuidade as articulações efetivas dos diferentes níveis de atenção, descentralização das ações de Vigilância à Saúde, utilizando informações estratégicas para tomada de decisões, programação das ações, o controle social e a avaliação das políticas implantadas e a regulação assistencial.

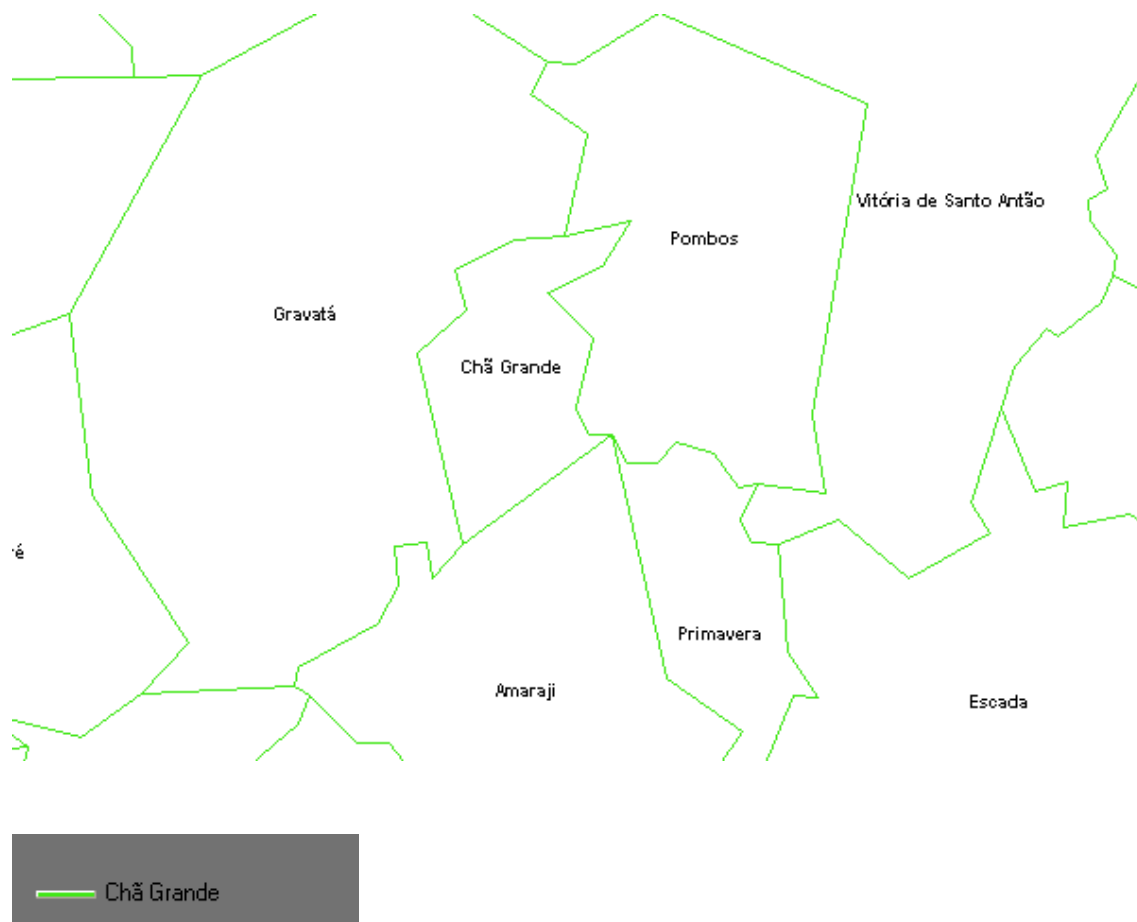
Apresenta o compromisso em monitorar e avaliar a Programação Anual de Saúde, os indicadores pactuados no Pacto pela Vida e a Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde.

Dessa forma o gestor compromete-se com a oferta de serviços de qualidade que garantam a inclusão de todos com equidade.

II. CARACTERIZAÇÃO DE CHÃ GRANDE

1. DIVISÃO TERRITORIAL

O município de Chã Grande está localizado na Mata Sul de Pernambuco, encontra-se a 83 km da capital do estado, sua extensão geográfica é de 83.7 Km², correspondendo a 0,08% do estado de Pernambuco. Tem sua bacia hidrográfica formada pelos rios Capibaribe e Ipojuca e o seu relevo está classificado como ondulado e forte ondulado. O município está a uma altitude e 470 metros, latitude 8° 14'e 15`` e longitude 35° 27'e 45``, apresentando um clima quente e úmido, uma vegetação caatinga hipoxerófila e floresta caducifoliada. Trabalhamos com uma população estimada de 17.923 hab. (IBGE, 2009) sendo 9.152 do sexo masculino e 8771 do sexo feminino. Limita-se ao norte com Gravatá; ao sul com Amaraji – Primavera; ao Leste com Pombos e ao Oeste com Gravatá. Vias de acesso BR 232 e PE 71



2. ESTRUTURA POPULACIONAL

População Residente por Faixa Etária e Sexo – Chã Grande, 2009.			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	169	162	331
1 a 4	695	654	1.349
5 a 9	925	850	1.775
10 a 14	841	815	1.656
15 a 19	836	782	1.618
20 a 29	1.741	1.655	3.396
30 a 39	1.400	1.346	2.746
40 a 49	884	877	1.761
50 a 59	710	707	1.417
60 a 69	487	503	990
70 a 79	312	290	602
80 e +	152	130	282
Ignorada	-	-	-
Total	9.152	8.771	17.923

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

População Residente por ano		
Ano	População	Método
2009	17.923	Estimativa
2008	17.984	Estimativa
2007	20.886	Estimativa
2006	20.556	Estimativa
2005	20.226	Estimativa
2004	19.585	Estimativa
2003	19.301	Estimativa
2002	19.019	Estimativa
2001	18.761	Estimativa
2000	18.407	Censo

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Taxa de crescimento anual estimada (%) (2006-2009)	(4,5)
Mulheres em idade fértil (10-49 anos), 2009	5.475
Proporção da pop. feminina em idade fértil, 2009 (%)	62,4

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Taxas Municipais: densidade demográfica (2000) - 4 hab./km²; Razão de sexo - nº de homens por 100 mulheres (2005) – 101; Esperança de vida ao nascer (2000) - 64,12 anos. Crescimento populacional (2000) - 1,58; Fecundidade (2000) – 2,64; Grau de urbanização (2005) – 63,8; Proporção de idosos (2005) – 9,5. Fonte: IBGE

3. DESENVOLVIMENTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL

O conselho de saúde foi instituído pela Lei nº 251, de maio de 1991, garantindo paridade de 25% de prestadores de serviços pública e privada; 25% de trabalhadores de saúde e 50% de usuários. A nomeação dos membros do conselho de saúde foi atualizada através da Portaria nº, o Conselho deverá reunir-se mensalmente e extraordinariamente, se necessário.

O setor de contas médicas apresenta médico designado formalmente através da Portaria GP Nº 066/99, que atende os requisitos exigidos para autorizar previamente os procedimentos e serviços realizados no município. O Sistema Nacional de Auditoria foi criado através do decreto GP Nº 368/2000 de 20.01.2000 e com designação da equipe de auditores formalizadas através de portaria GP Nº 223/01.

A Portaria nº 027/2000 nomeia os integrantes da comissão municipal da vigilância sanitária. A Lei nº 3777/00 de 14 de novembro de 2000 comprova a existência de rubrica específica que permite o pagamento dos prestadores de serviços.

Em 9 de maio de 2001, o município teve sua gestão adequada de acordo com as Normas de Operações Básicas – NOB96 através da portaria GM, nº 706.

O Fundo Municipal de Saúde foi criado em 15 de abril de 1991 pela Lei nº 249/91 com base na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e legislação posterior vigente, está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde.

A saúde do município é gestão plena do sistema, com módulo assistencial de primeiro nível (M1) de referência para atenção básica e conjunto de procedimentos ambulatoriais, laboratoriais e hospitalares de média complexidade.

4. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

4.1 Renda

Distribuição da força de trabalho local em primeiro lugar vem a Agricultura, segundo a Indústria e em terceiro Serviços.

Principais tipos de agricultura:

- Permanente – Banana; Laranja; Limão; Mamão; Maracujá; Tangerina.
- Temporária – Chuchu; Cana de açúcar; Mandioca.

4.2 Escolaridade

A população com menor índice de alfabetização é a com faixa acima de 50 anos, apresentando um percentual de 32,7% (IBGE, 2000). O município possui 35 escolas públicas municipais e 1 escola particular de ensino fundamental; 1 escola municipal com ensino municipal de ensino médio; 02 escolas municipais e 1 escola particular com ensino pré-escolar (IBGE, 2000).

4.3 Condições de Habitação

A falta de água encanada e de banheiros no domicílio é um dos indicadores e expressa a precariedade na qualidade da habitação. A forma de acondicionamento da água nos meses de estiagem é uma das causas de estado de alerta, pois há na maioria das residências recipientes, tanques, caixas sem cobertura adequada.

As conseqüências para saúde pública é a multiplicação de larvas do *Aedes aegypti* e o aumento do adoecimento dos munícipes suspeitos da Dengue. A água contaminada é uma das causas do aumento das doenças diarreicas e das esquistossomoses no município.

Tabela 2 – Distribuição da água por domicílios segundo forma de armazenamento, Chã Grande/PE.

Forma de armazenamento	Número de Domicílios
Rede geral	2.355
Poço ou nascente	2.550
Outra forma	68
Total	4973

Fonte: SIAB/DATASUS.

No sistema de informação de atenção básica foram coletados dados atualizados sobre a quantidade residências com esgotos, com fossas e a céu aberto. O IBGE apresenta dados do Censo 2000. O sistema de tratamento de esgoto existente no município é do tipo lagoa de estabilização.

Tabela 3 – Distribuição de Domicílios segundo tipo de instalações sanitárias, Chã Grande/PE.

Instalações sanitárias	Domicílio
Rede geral de esgoto ou pluvial	1175
Fossa séptica	21
Fossa rudimentar	2043
Vala	119
Rio, lago ou mar	48
Outro escoadouro	130
Não tem instalação sanitária	1099
Total	4635

Fonte: IBGE /2000; SIAB/DATASUS

A coleta de lixo infectante produzido no hospital e nas unidades de saúde atende as exigências ambientais e é realizada diariamente por uma empresa especializada. A coleta de lixo domiciliar é realizada diariamente tendo como destino final um lixão. Conforme é demonstrado na tabela 3 o lixo é coletado, queimado ou enterrado e tem o lixo a céu aberto. O lixo trás como conseqüência o aumento de ratos, baratas, insetos e moscas. A leptospirose e a dengue são doenças resultantes desse lixo a céu aberto em terrenos baldios. O atendimento as reclamações são atendidas pela Vigilância Sanitária e o cadastro de terreno baldio é realizado pelos agentes de endemias e sanitários. Há uma preocupação na orientação porta a porta do tipo de lixo, acondicionamento, que provoca condições de risco para a proliferação de ratos e do mosquito *A. aegypti*.

Tabela 4 – Distribuição por domicílios segundo destino do lixo domiciliar, Chã Grande/PE - 2008.

Destino Final	Domicílios
Coletado	2496
Queimado (na propriedade)/enterrado	989
Lixo-céu_aberto	1488
Total	4973

Fonte: SIAB/DATASUS.

Taxas sócias econômicas: Índice de desenvolvimento humano - IDH (2000) – 0,61; Índice de exclusão social (2000) – 0,33; Analfabetismo (2003) – 47,28%. (Fonte: IBGE)

5 – PRINCIPAIS PROBLEMAS EPIDEMIOLÓGICOS

A situação de saúde é resultado das condições de pobreza e desigualdade da população. A situação epidemiológica do município é fundamental para detectar as necessidades e definição de prioridades.

O Objetivo do perfil epidemiológico é de fornecer informações de natalidade, mortalidade, morbidade, doenças agravos de notificação compulsória e outros eventos priorizando populações vulneráveis: Crianças, Idosos, minorias, áreas carentes. Dessa forma, auxiliar o planejamento na tomada de decisão garantindo ao poder público melhorar a qualidade de saúde da população de Chã Grande.

Os problemas prioritários selecionados para o planejamento das ações e serviços de saúde nos próximos anos são os seguintes agravos epidemiológicos:

- Endemias de maior relevância;
- Outros agravos relevantes;
- Mortalidade infantil;
- Mortalidade materna;
- Mortalidade por neoplasias;
- Mortalidade por causas externas;

A forma de apresentação será para evidenciar os problemas e ajudar no desenvolvimento das propostas das metas e proposições para solucionar as fragilidades de atenção a saúde da rede.

5.1 – Endemias de Maior Relevância

5.1.1 – Tuberculose

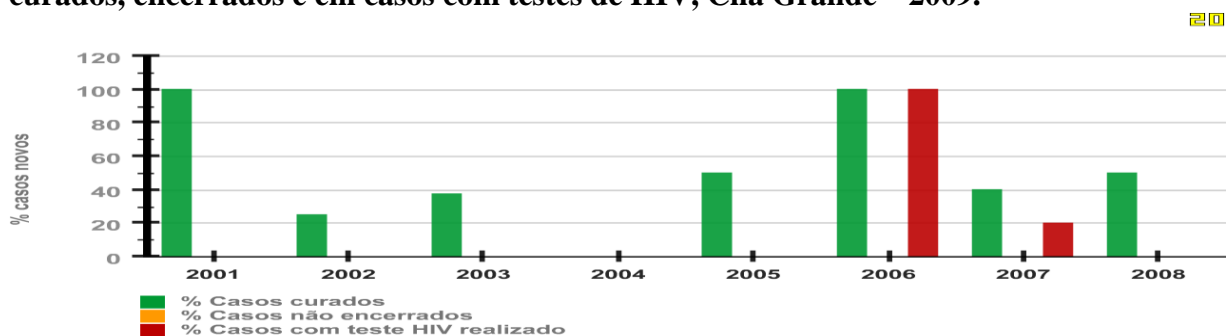
A OMS considera que o impacto epidemiológico será alcançado quando for atingindo o percentual de cura de no mínimo 85%. Quanto à taxa de abandono, a meta nacional é de que esse número não seja superior a 5%. A taxa de mortalidade por tuberculose em Pernambuco é de 5,2 e a média no Brasil 2,4. Em Chã Grande desde 2004 a taxa de mortalidade por tuberculose é zero, a taxa de incidência geral no período de 2005 – 2008 teve a maior taxa de incidência registrada em 2007 com 5 casos detectados e 24,0 de taxa de incidência. O percentual de cura foi de 50% em 2005, 40% em 2006, 40% em 2004 e 50% em 2008.

Tabela 5 – Distribuição de casos e percentuais por ano segundo indicadores de casos de tuberculose, Chã Grande/PE.

ANO	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
Incidencia	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%
% de casos curados	1	100	1	25	3	37,5	0	0	1	50	1	40	2	40	1	50
% de casos não encerrados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% de casos com testes de HIV realizados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	20	0	0

Fonte: Sala de situação/DATASUS/MS.

Gráfico 1 – Distribuição de casos de tuberculose por ano segundo percentuais de casos curados, encerrados e em casos com testes de HIV, Chã Grande – 2009.



Fonte: Sinan - junho/2009

Tabela 6 - Número de Casos e Taxas por ano segundo indicadores gerais de Tuberculose, Chã Grande/PE - 2008.

Ano	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
Indicadores	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
Taxa de incidência geral	1	5,33	4	21	8	41,5	5	25,5	2	9,89	1	4,86	5	24	2	11,1
Taxa de mortalidade	0	0	0	0	1	5,18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de Tuberculose Bacilífera	0	0	2	10,5	5	25,9	0	0	0	0	0	0	4	19,2	4	22,2

Fonte: Sala de situação/DATASUS/MS.

5.1.2 – Hanseníase

O período analisado apresenta tendência crescente de ocorrência desta doença. Nos último ano tem havido uma melhor descoberta e notificação dos casos existentes. As taxas de detecção em destaque ocorreram em < de 15 anos ocorreram em 2004 e 2008, 15,9 e 18,1 respectivamente, sendo o município considerado hiperendêmico para doença, segundo os parâmetros do Ministério da Saúde (> ou = 4,0/10.000 hab.). No período de 2001 a 2008, foram notificados 22 casos de hanseníase residentes em Chã Grande. Em 2008 o município tem sete casos, o maior número de casos registrado e 22,2 taxa de detecção geral, maior taxa e a maior taxa de detecção em < de 15 anos, 18,1.

Tabela 7 – Frequência de casos de hanseníase por número de casos, contatos e número de doses segundo ano de notificação, Chã Grande-PE

Ano da Notificação	Número de Casos	Contato Registrado	Contato Examinado	Nº Doses
2001	2	6	6	0
2002	3	7	0	0
2003	4	7	0	0
2004	2	2	0	0
2005	4	16	11	0
2006	2	9	8	0
2007	2	4	4	12
2008	7	37	37	50

Fonte: SINAN NET/SMS.

Tabela 8 – Casos e taxas por ano segundo indicadores epidemiológicos de Hanseníase, Chã Grande/PE – 2009.

Ano	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
Taxa de detecção em menores de 15 anos	0	0	0	0	0	0	1	15,9	0	0	0	0	0	0	1	18,1
Taxa de mortalidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de detecção geral	3	16	3	16	3	15,5	3	15,3	3	14,8	3	15	0	0	4	22,2

Fonte: SINAN NET/Sala de Situação/MS.

*Dados sujeitos à alterações.

5.1.3 – Dengue

No ano de 2008 apresenta o maior percentual de notificação no município. A maior taxa de incidência de casos novos em menores de 15 anos ocorreu em 2002 e 2007 e maiores taxas de incidência geral respectivamente. Nenhum óbito por Dengue foi notificado no município.

Tabela 9 – Número e percentual de casos notificados por ano segundo indicadores epidemiológicos de Dengue/PE .

Ano	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%
CLASSIFICAÇÃO FINAL																
IGNORADA	0	0	3	1,96	0	0	0	0	0	0	13	0,83	1	0,83	1	4,55
CASOS NOTIFICADOS	9	100	155	101	0	0	3	100	5	100	45	100	119	98,4	24	109
CASOS GRAVES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN – JUNHO/2009.

Gráfico 2 – Distribuição do percentual de casos de Dengue ao ano segundo classificação final ignorada, casos notificados no mesmo município, casos grave encerrado por óbito, Chã Grande – PE.



Fonte: Sinan - junho/2009

Tabela 10 – Casos e taxas por ano segundo indicadores de Dengue, Chã Grande/PE.

ANO	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
Dengue																
Taxa de incidência geral	9	48	153	804	0	0	3	15	5	25	45	219	121	580	22	122
Taxa de incidência de casos novos em menores de 15 anos	1	5,3	25	131	0	0	1	5,1	1	4,9	11	54	27	129	9	50
Taxa de incidência de casos graves	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN – junho de 2009.

Tabela 11 - Distribuição de casos de Dengue por faixa etária segundo, ano da notificação, Chã Grande – PE, 2009.

Ano da Notificação	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e+	Total	
2007		4	8	7	7	13	53	29	17	10	0	148
2008		9	19	32	25	34	74	27	13	11	1	245
2009*		0	3	2	2	1	2	2	3	0	0	15
Total		13	30	41	34	48	129	58	33	21	1	408

Fonte: SINAN/NET/SMS.

- Dados sujeitos a alterações

5.1.4 – Leishmaniose Tegumentar

Tabela 12 – Casos e taxas por ano segundo indicadores epidemiológicos de Leishmaniose Tegumentar, Chã Grande/PE.

Ano	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
Taxa de mortalidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Taxa de detecção geral	0	0	3	15,77	15	77,7	1	5,11	0	0	3	14,6	3	14,4	0	0
Taxa de detecção de forma mucosa	0	0	0	0	2	10,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN/NET/SMS.

- Dados sujeitos a alterações.

5.1.5 - Doenças Sexualmente Transmissíveis

A sífilis é uma doença de notificação compulsória devendo ser eliminada enquanto problema de saúde pública pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo a detecção de 1 caso a cada 1000 nascidos vivos. Estima-se que a prevalência de sífilis em gestantes seja de aproximadamente 2%. A triagem sorológica faz parte dos exames de pré-natal e deve ser realizada no início da gravidez e no início do terceiro trimestre de gestação. Também é recomendada durante a internação hospitalar por parto ou por aborto. O tratamento é simples, barato e efetivo e o companheiro da mulher infectada deve ser tratado concomitantemente.

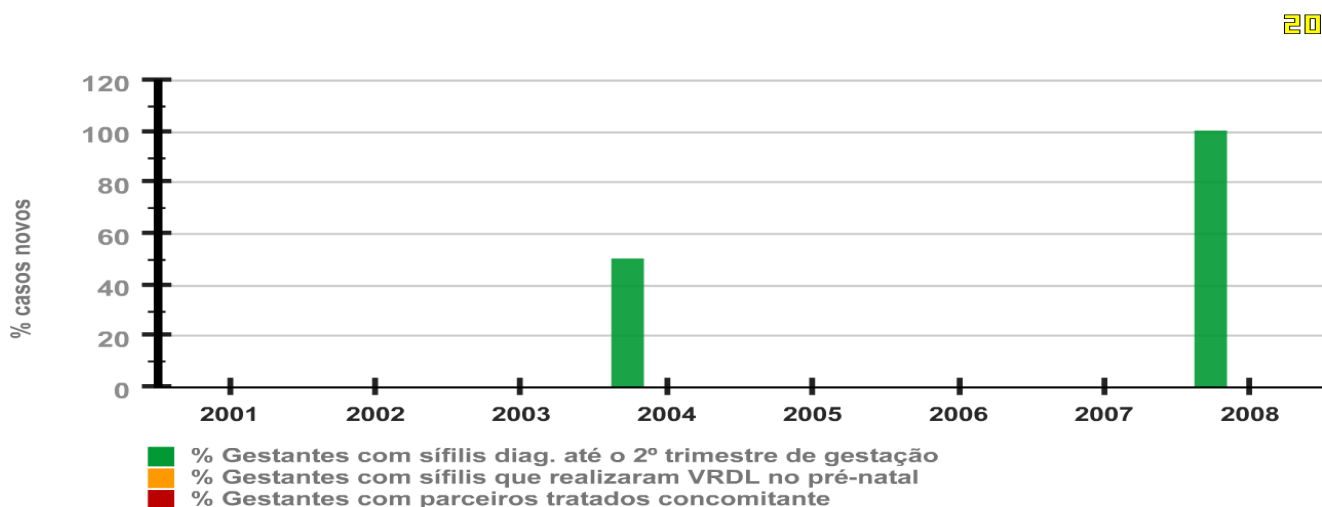
Tabela 13 – Casos e percentuais por ano segundo indicadores epidemiológicos de sífilis congênita, Chã Grande/PE.

Ano	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%
% de gestantes c/ Sífilis diagnosticadas até o 2º trimestre de gestação	0	0	0	0	0	0	1	50	0	0	0	0	0	0	1	100
% com sífilis que realizaram VDRL no Pré-natal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% de gestantes com parceiros tratados concomitantemente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN/NET/SMS.

- Dados sujeitos à alterações.

Grupo 3 – Distribuição de percentuais por ano segundo gestantes com sífilis por ano, Chã Grande /PE.



Fonte: Sinan - junho/2009

Tabela 14 – Casos e taxas por ano segundo indicadores epidemiológicos de AIDS, Chã Grande/PE .

Ano Indicadores epidemiológicos - Aids - casos e taxa por 100.000 habitantes	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa	Nº casos	Taxa
Taxa de incidência geral	2	11	3	16	1	5,2	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0
Taxa de mortalidade	0	0	0	0	1	5,2	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0
Taxa de incidência em menores de 5 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SINAN/NET/SMS.

- Dados sujeitos a alterações.

5.1.6 - Doenças Transmitidas pela Água

O município apresenta sérios problemas de abastecimento de água e esgotamento sanitário. Possui vários poços de água, fontes naturais, açudes e rio. Essas condições ambientais aliadas a desfavoráveis condições de vida de parcela da população representam importante risco para ocorrência de doenças de veiculação hídrica (leptospirose, hepatite A, esquistossomose, e outras diarreias). Para definição de áreas prioritárias para desenvolver as ações de monitoramento das doenças transmitidas pela água, foram identificadas todas as áreas que não possuem abastecimento de água tratada; áreas com intermitência de abastecimento de água (Fonte: COMPESA); número de casos de esquistossomose (Fonte: SISPCE); hepatite A e leptospirose (Fonte: SINAN).

Tabela 15 – Casos e taxas por ano segundo indicadores epidemiológicos de leptospirose, Chã Grande/PE .

Ano	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%	Nº casos	%
% de casos confirmados pelo laboratório	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	100	1	100	0	0
% de letalidade	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% de casos curados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0

Fonte: SINAN/NET/SMS.

- Dados sujeitos a alterações.

5.2 – Outros Agravos Relevantes

5.2.1 – Diabetes e Hipertensão

A hipertensão e o Diabetes mellitus são problemas de saúde de grande importância para o município. Essas doenças se constituem de como os principais fatores de risco de doenças do aparelho circulatório e representa a principal causa de morte em Chã Grande, Pernambuco e no Brasil.

O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e do Diabetes mellitus na atenção básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações reduzindo o número de internações hospitalares e mortes devido a esses agravos.

5.2.2 – Transtornos Mentais

Na área de saúde mental foi criado o Centro de Atenção Psicossocial que realiza o acompanhamento dos munícipes que necessitam e garante apoio aos familiares no diagnóstico e tratamento.

5.2.3 – Álcool, fumo e outras drogas.

Através do Programa de Tabagismo as Unidades de PSFs pois uma das ações neste período que foi realizada foi a descentralização do programa.

5.3 – Determinantes da Mortalidade Materna e Mortalidade Infantil

5.3.1– Mortalidade Infantil

Tabela 16 – Números e taxas por ano segundo indicadores epidemiológicos de mortalidade em crianças, Chã Grande – PE.

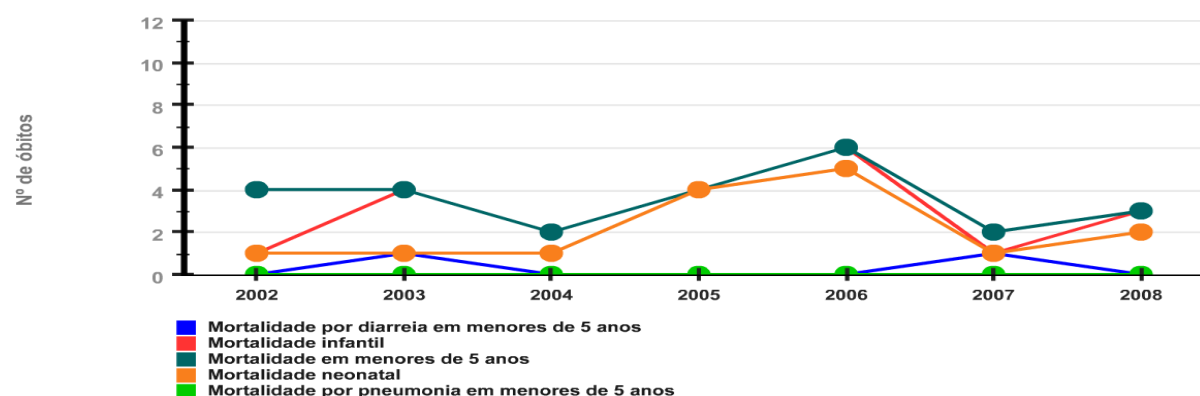
ANO	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa
Mortalidade por diarreia em < de 5 anos	0	0	1	5,18	0	0	0	0	0	0	1	4,79	0	0
Mortalidade Infantil	1	5,26	4	20,72	2	10,21	4	19,77	6	29,19	1	4,79	3	16,68
Mortalidade em < de 5 anos	4	21,03	4	20,72	2	10,21	4	19,77	6	29,19	2	9,58	3	16,68
Mortalidade neonatal	1	5,26	1	5,18	1	5,11	4	19,77	5	24,32	1	4,79	2	11,12
Mortalidade por pneumonia em < de 5 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIM/ DATASUS/MS.

- Dados sujeitos a alterações.
- A média Brasil é de 15,9 e Pernambuco 21,7 de mortalidade infantil.

A média de mortalidade infantil no Brasil é de 15,9 e em Pernambuco de 21,7. A mortalidade infantil no período de 2005 – 2008 em Chã Grande é de 29,1 em 2006, decresce em 2007 para 4,79 e volta a crescer em 2008 com 16,68 menor que a média de Pernambuco e maior que a média Brasil.

Gráfico 4 – Números e taxas por ano segundo indicadores epidemiológicos de mortalidade em crianças, Chã Grande – PE



5.3.2 –Mortalidade Materna

Tabela 17 - Casos e taxas por ano segundo indicadores por Mortalidade em mulheres, Chã Grande/PE - 2009

ANO	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
Indicadores	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa
Neoplasias maligna de colo de útero	0	0	2	10,36	0	0	1	4,94	0	0	3	14,37	1	5,56
Neoplasias maligna de mama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11,12
Diabetes Mellitus	6	31,55	5	25,91	7	35,74	11	54,38	3	14,59	2	9,58	5	27,8
Hipertensão	5	26,29	3	15,54	5	25,53	3	14,83	3	14,59	7	33,52	1	5,56
Causas externas	2	10,52	0	0	0	0	0	0	1	4,86	2	9,58	0	0

Fonte: SIM/DATASUS/MS.

- Dados sujeitos a alterações.

Na distribuição por ano de mortalidade materna a Diabetes Mellitus atinge taxa máxima de 54,38 em 2005; Por hipertensão, atinge 33,52 em 2007; Por neoplasias maligna de colo de útero com maior taxa de incidência com 14,37 em 2007.

Gráfico 5 – Casos e taxas por indicadores por ano segundo Mortalidade em mulheres, Chã Grande/PE - 2009

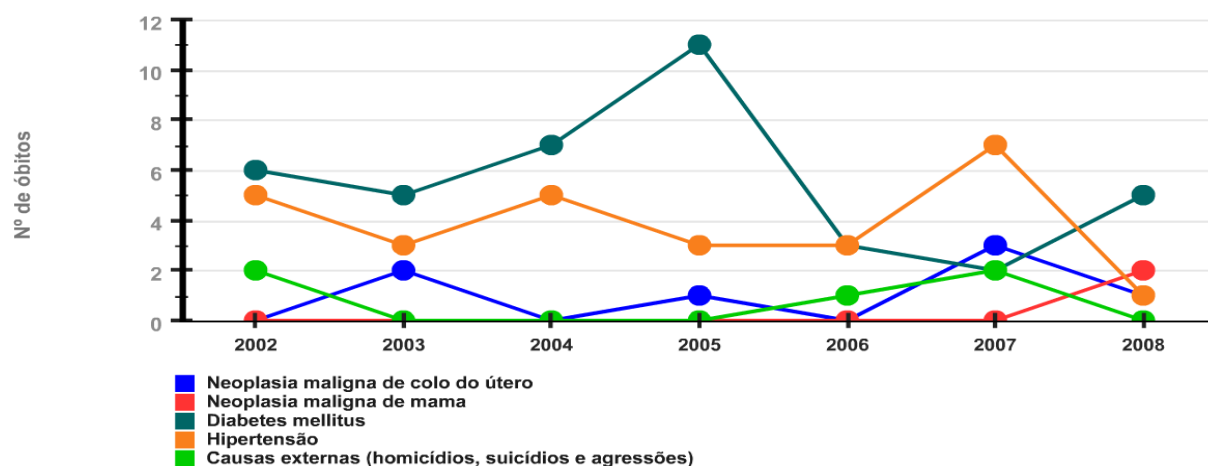


Tabela 18 – Número de óbitos e taxa por ano segundo indicadores de mortalidade por neoplasias, Chã Grande – PE/2009.

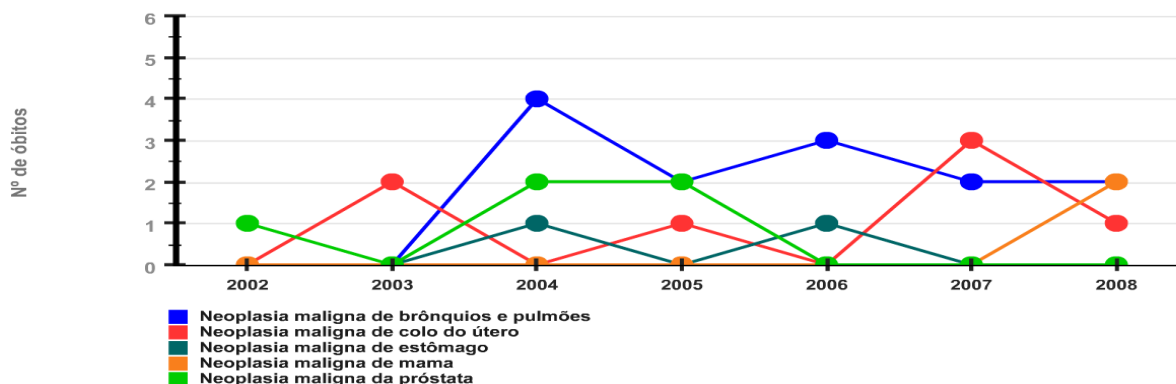
ANO	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
Indicadores	óbitos	Taxa	óbitos	Taxa	óbitos	Taxa	óbitos	Taxa	óbitos	Taxa	óbitos	Taxa	óbitos	Taxa
Neoplasia de Brônquios e Pulmões	0	0	0	0	4	20,42	2	9,89	3	14,59	2	9,58	2	11,12
Neoplasia de Colo do Útero	0	0	2	10,36	0	0	1	4,94	0	0	3	14,37	1	5,56
Neoplasia de Estômago	0	0	0	0	1	5,11	0	0	1	4,86	0	0	0	0
Neoplasia de Mama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11,12
Neoplasia de Próstata	1	5,26	0	0	2	10,21	2	9,89	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIM/ DATASUS/MS.

- Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 6 - Número de óbitos e taxa por ano segundo indicadores de mortalidade por neoplasias, Chã Grande – PE/2009.

20



Na distribuição de óbitos por neoplasias em 2004 aparece registro de causa com maior número com quatro casos registrados e maior taxa de incidencia foi por brônquios e pulmões.

Tabela 19 – Número de óbitos e taxa por mortalidade segundo causas externas, Chã Grande – PE/2009.

ANO	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa
Acidente de trânsito	2	10,52	0	0	4	20,42	5	24,72	3	14,59	1	4,79	2	11,12
Homicídios	13	68,35	4	20,72	3	15,32	3	14,83	4	19,46	6	28,74	7	38,92
outros acidentes	1	5,26	3	15,54	1	5,11	1	4,94	3	14,59	4	19,16	5	27,8
Agrassões	0	0	0	0	0	0	1	4,94	0	0	1	4,79	0	0
Suicídios	2	10,52	0	0	0	0	0	0	2	9,73	1	4,79	1	5,56

Fonte: SIM/ DATASUS/MS.

- Dados sujeitos a alterações.

Tabela 20 - Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes)

Causa do Óbito	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aids	-	-	-	5,2	-	4,9	-
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	-	10,7	-	-	-	-	-
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulher)	21,8	-	-	20,8	-	9,9	-
Infarto agudo do miocárdio	27,2	90,6	52,6	31,1	30,6	39,6	53,5
Doenças cerebrovasculares	59,8	69,3	78,9	46,6	107,2	59,3	87,6
Diabetes mellitus	43,5	16,0	36,8	46,6	46,0	69,2	34,1
Acidentes de transporte	16,3	5,3	10,5	-	20,4	24,7	19,5
Agressões	27,2	37,3	68,4	20,7	15,3	14,8	19,5

Fonte: SIM/caderno de informações/DATASUS.

Tabela 21 – Frequência ao ano segundo Indicadores selecionados de mortalidade, Chã Grande – 2009.

Indicadores de Mortalidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total de óbitos	128	116	118	106	123	115	108
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	7,0	6,2	6,2	5,5	6,3	5,7	5,3
% óbitos por causas mal definidas	30,5	13,8	14,4	17,0	3,3	-	-
Total de óbitos infantis	22	11	1	4	2	4	6
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	8	1	-	-	-	-	-
% de óbitos infantis no total de óbitos *	17,2	9,5	0,8	3,8	1,6	3,5	5,6
% de óbitos infantis por causas mal definidas	36,4	9,1	-	-	-	-	-
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos- vivos **	65,7	24,4	3,2	11,0	6,1	11,9	17,7

- Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

** considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

Fonte: SIM/SINASC.

6. REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

A organização do modelo municipal de atenção à saúde busca ampliar ações e serviços de qualidade para a população. A prioridade neste período foi de ampliar a atenção básica principalmente através da Estratégia do Programa de Saúde da Família, foi à aquisição do PSF Urbano III que melhorou significativamente as ações em uma área carente e de risco desafogando a urgência hospitalar. Outros setores foram pensados para melhorar a qualidade e melhorar o acesso, como: Centro de Atenção Psicossocial – Saúde Mental e o espaço de Fisioterapia.

O modelo de atenção à saúde avaliada utiliza os programas como estratégias e reorganiza a rede de saúde sempre com o objetivo de garantir uma atenção integral.

A rede é composta de uma estrutura com sete unidades de PSFs com equipe multiprofissional completa e uma unidade tradicional. O município tem uma cobertura de 100% da população coberta com PSF desde 2003. Apesar do aumento de mais um PSF em 2008, a avaliação é de que há necessidade de mais PSF e a principal causa é na distância das residências e o difícil acesso na periferia da cidade e dos sítios. Para garantir acessibilidade, qualidade no modelo de atenção á saúde dos cidadãos o número de famílias por PSF deverá ser mais bem distribuído quantitativamente e geograficamente.

O Hospital Geral Alfredo Alves de Lima possui 2,11 leitos por 1.000 habitantes, abaixo do parâmetro do Ministério da Saúde que define 3 leitos por 1.000 habitantes. O tipo de urgência e emergência é do tipo M1. Possui maternidade, urgência e emergência 24 horas, apoio diagnóstico, atendimento básico e especializado e outros serviços conforme Tabela 23.

Para o atendimento de toda população no território garantindo integralidade necessitamos de mais recursos humanos que cumpram a carga horária e sejam comprometidos com o sistema de saúde.

Tabela 23 - Distribuição de procedimentos e percentuais por estabelecimentos de Saúde em Chã Grande, 2005 – 2009.

Estabelecimentos	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009*	%
HOSPITAL GERAL	105769	54,19	130965	53,61	197391	62,36	171569	30,53	90992	13,3
PSF URBANO II	13925	7,13	18518	7,58	14271	4,51	12628	0	9059	0
PSF MUNTUNS	12409	6,36	16197	6,63	15387	4,86	12986	3,21	9317	2,31
PSF MACACOS	18791	9,63	23126	9,47	26639	8,42	18050	54,19	15792	1,03
PSF URBANO I	11798	6,05	13933	5,7	17089	5,4	13262	2,31	200039	1,36
PSF VILA SANTA LUZIA	13976	7,16	16088	6,59	17425	5,51	14981	2,36	10548	29,24
PSF MALHADINHA	13453	6,89	15680	6,42	16783	5,3	304551	2,25	7078	1,32
POSTO DE SAUDE MATIAS	4703	2,41	8635	3,53	9572	3,02	3693	2,67	744	1,54
UNIDADE DE VIGILANCIA SANITARIA	344	0,18	1168	0,48	1967	0,62	1944	0,35	1583	0,23
CAPS ANTONIO BATISTA CARNEIRO	0	0	0	0	0	0	1826	0,32	8376	1,22
PSF URBANO III	0	0	0	0	0	0	6476	1,15	330598	48,32
Total	1950.168	100	244.310	100	316.524	100	561.966	100	684.126	100

Fonte: SIA/DATASUS.

- Dados sujeitos à alterações.

Valor aprovado e percentual por ano de atendimento segundo estabelecimento de saúde, Chã Grande/PE.

Estabelecimentos	2005	%	2006	%	2007	%
234440-HOSPITAL GERAL	188296,5	99,46	246817,7	97,41	381763,3	99,94
234441-PSF URBANO II	0	0	185	0,07	117	0,03
234442-PSF MUNTUNS	112	0,06	21	0,01	10	0
234443-PSF MACACOS	37	0,02	70	0,03	30	0,01
234444-PSF URBANO I	514	0,27	46	0,02	28	0,01
234445-PSF VILA SANTA LUZIA	171,74	0,09	38	0,01	51	0,01
234446-PSF MALHADINHA	176,64	0,09	32	0,01	10	0
234447-POSTO DE SAUDE MATIAS	10,82	0,01	6164,92	2,43	0	0
Total	189.318,7	100	253.374,6	100	382.009,3	100

Fonte: SIA/DATASUS.

Freqüência e percentual por ano segundo grupo de procedimentos, Chã Grande/PE.

Grupo Procedimento	2005	%	2006	%	2007	%
01-Ações executadas por enfermagem e e outros de nível médio	81160	41,58	97690	39,99	120600	38,1
02-Ações médicas básicas	36177	18,54	45841	18,76	51969	16,42
03-Ações básicas em odontologia	10399	5,33	13247	5,42	16538	5,22
04-Ações executadas por outros profissionais de nível superior	16160	8,28	19991	8,18	20885	6,6
05-Procedimentos básicos em Vigilância Sanitária	1071	0,55	1168	0,48	1967	0,62
07-Procedimentos relacionados a médicos e outros nível superior e médio	19679	10,08	27949	11,44	24201	7,65
08-Cirurgias ambulatoriais especializadas	146	0,07	118	0,05	303	0,1
09-Procedimentos traumatológico-ortopédicos	7	0	0	0	49	0,02
10-Ações especializada em odontologia	288	0,15	375	0,15	472	0,15
11-Patologia clínica	18512	9,49	18378	7,52	42859	13,54
13-Radiodiagnóstico	1240	0,64	1103	0,45	2960	0,94
14-Exames ultra-sonográficos	876	0,45	1093	0,45	1339	0,42
17-Diagnose	839	0,43	653	0,27	755	0,24
18-Fisioterapia por pressão	8614	4,41	16704	6,84	31627	9,99
Total	195.168	100	244.310	100	316.524	100

Fonte: SIA/DATASUS.

Freqüência e percentual por ano segundo grupo de procedimentos, 2008 - 2009 – Chã Grande/PE

Grupo de Procedimentos	2008	%	2009*	%
01-Ações de promoção e prevenção em saúde	51630	8,71	358664	51,31
02-Procedimentos com finalidade diagnóstica	56731	9,57	34708	4,97
03-Procedimentos clínicos	223641	37,72	287148	41,08
04-Procedimentos cirúrgicos	249716	42,12	4944	0,71
05-Transplantes de órgãos, tecidos e células	10	0	7	0
06-Medicamentos	9337	1,57	13077	1,87
07-Órteses, próteses e materiais especiais	55	0,01	133	0,02
08-Ações complementares da atenção à saúde	1812	0,31	325	0,05
Total	592.932	100	699.006	100

Fonte: SIA/DATASUS.

- Dados sujeitos a alterações.

Registramos a mudança de grupos de procedimentos a partir de 2008 com a adoção da nova tabela de procedimentos. Diminuíram o número de grupos e procedimentos.

Gráfico 7 - Percentual de população coberta pelo Programa Saúde da Família por ano em Chã Grande – 2009.

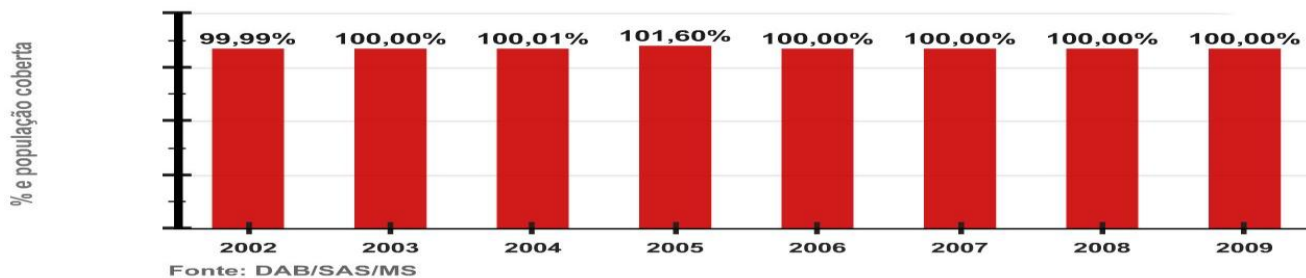


Tabela 8 - Número de Equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família por ano em Chã Grande, 2009.

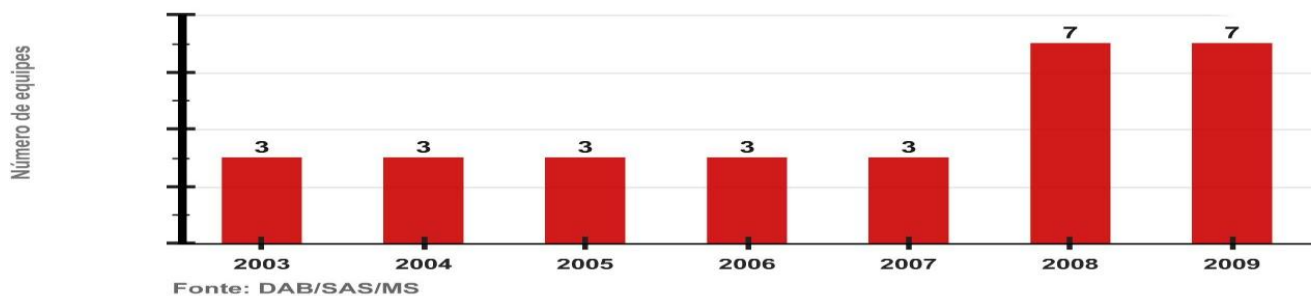


Gráfico 7 - Percentual de população coberta por ano segundo Programa Saúde da Família, Chã Grande – 2009.

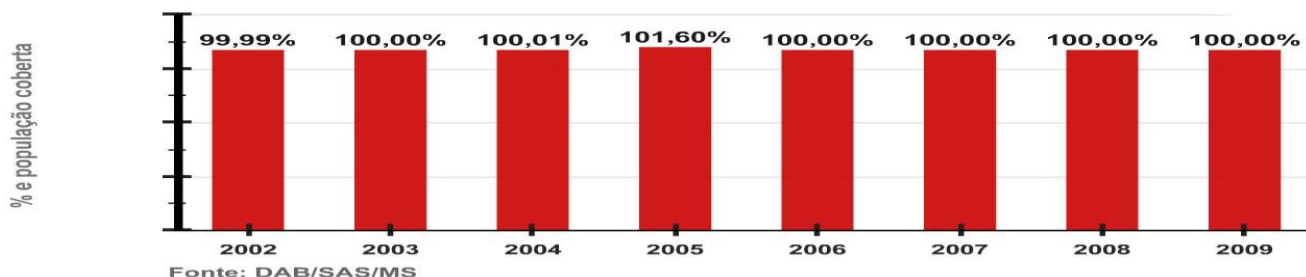
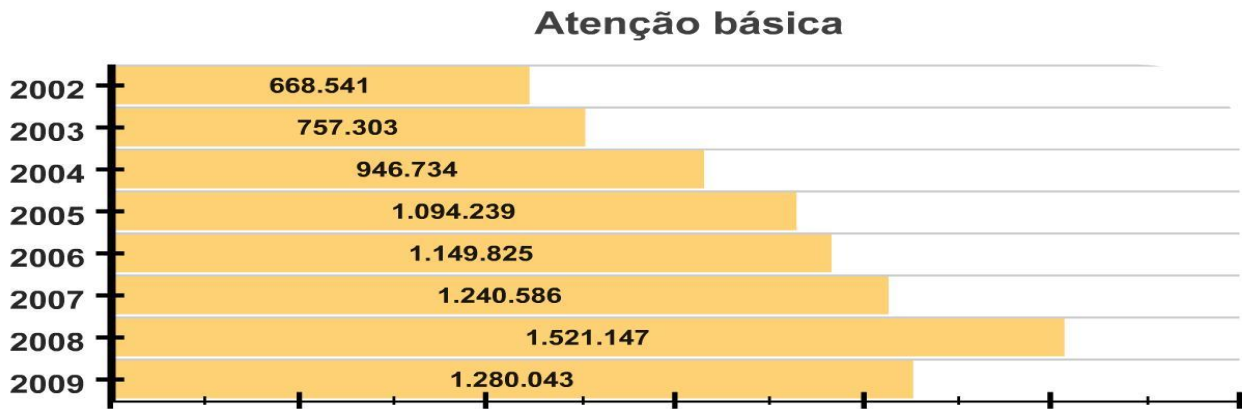


Gráfico 9 - Transferência Fundo a Fundo de recursos por ano segundo Atenção Básica por ano, Chã Grande - PE.

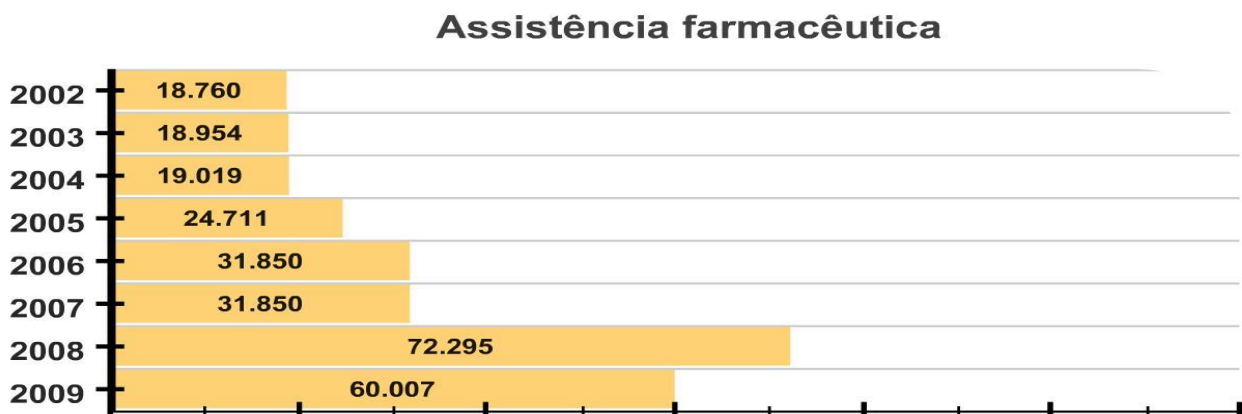
19



Fonte: DATASUS/MS.

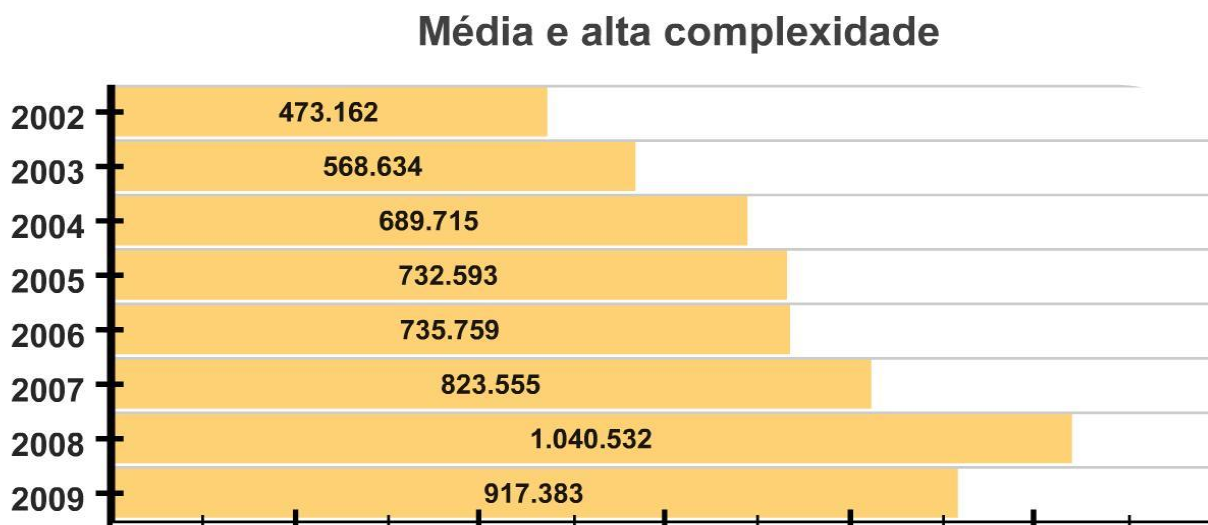
Gráfico 10 - Transferência Fundo a Fundo de recursos por ano segundo Assistência Farmacêutica, Chã Grande - PE.

18



Fonte:DATASUS/MS.

Gráfico 11 - Transferência de recursos Fundo a Fundo para Média e Alta Complexidade por ano, Chã Grande – 2009.



Fonte: DATASUS/MS.

Tabela 22 – Número de Unidades Ambulatoriais e Hospitalar sob Gestão Municipal, Chã Grande – 2009.

Tipos de Unidades	Total
Centro De Atenção Psicossocial	1
Centro De Saúde/Unidade Básica	8
Hospital Geral	1
Unidade De Vigilância Em Saúde	1
Total	11

Fonte: CNES - DATASUS/MS.

Tabela 21 – Distribuição de equipamentos cadastrados por grupo, Chã Grande – 2009.

Grupo	Federal		Estadual		Municipal		Privada		Total	
	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente
Equipamentos de Diagnostico por Imagem	0	0	0	0	3	4	0	0	3	4
Equipamentos de Infra-Estrutura	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Equipamentos de Odontologia	0	0	0	0	9	9	0	0	9	9
Equipamentos para Manutencao da Vida	0	0	0	0	4	4	0	0	4	4
Equipamentos por Metodos Graficos	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Equipamentos por Metodos Opticos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	0	0	0	0	18	20	0	0	18	20

Fonte: CNES - DATASUS/MS.

Tabela 22 – Distribuição de leitos cadastrados por especialidade, Chã Grande – PE/2009.

Especialidade	Federal		Estadual		Municipal		Privada		Total	
	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente
Cirúrgico	0	0	0	0	4	4	0	0	4	4
Clínico	0	0	0	0	16	16	0	0	16	16
Obstétrico	0	0	0	0	6	6	0	0	6	6
Pediátrico	0	0	0	0	12	12	0	0	12	12
Total	0	0	0	0	38	38	0	0	38	38
Leitos p/ 1000 hab.*	0	0	0	0	2,11	2,11	0	0	2,11	2,11

Portaria MS nº 1101/GM 06/2002

Fonte: CNES - DATASUS/MS

- Parâmetro de leitos por mil habitantes definidos pelo Ministério da Saúde é de 3 leitos/1.000 hab.

Frequência e Valor aprovado ao ano por local de internação segundo especialidade, Chã Grande/PE.

Especialidade	Quantidade 2008	Valor 2008	Quantidade 2009*	Valor 2009*	
Clínica cirúrgica		144	55694,99	82	35924,38
Obstetrícia		161	80432,14	121	67427,88
Clínica médica		389	125165,3	290	104387,38
Pediatria		144	43047,28	112	39745,87
Total		838	304339,7	605	247485,51

Fonte: SIH/SUS.

- Dados sujeitos à alterações.

Tabela 23 – Distribuição de Serviços Cadastrados em Chã Grande - PE, dez./2008.

Descrição	Total
101 - ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	7
104 - REGULACAO SERVICOS DE SAUDE	1
110 - SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	1
111 - SERVICO DE ATENCAO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE	9
112 - SERVICO DE ATENCAO AO PRENATAL PARTO E NASCIMENTO	8
115 - SERVICO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	1
120 - SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	1
121 - SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	1
145 - SERVICO DE DIAGNOSTICO POR LABORATORIO CLINICO	1
122 - SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOSDINAMICOS	1
142 - SERVICO DE ENDOSCOPIA	1
125 - SERVICO DE FARMACIA	1
126 - SERVICO DE FISIOTERAPIA	1
128 - SERVICO DE HEMOTERAPIA	1
131 - SERVICO DE OFTALMOLOGIA	1
136 - SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	1
140 - SERVICO DE URGENCIAS	1
141 - SERVICO DE VIGILANCIA EM SAUDE	1
TOTAL	39

Fonte: CNES/DATASUS/MS.

Tabela 24 - Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas, Chã Grande – PE, Dez./2007

Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof SUS/1.000 hab
Médicos	39	39	-	1,9	1,9
.. Anestesista	1	1	-	0,0	0,0
.. Cirurgião Geral	1	1	-	0,0	0,0
.. Clínico Geral	19	19	-	0,9	0,9
.. Gineco Obstetra	1	1	-	0,0	0,0
.. Médico de Família	6	6	-	0,3	0,3
.. Pediatra	1	1	-	0,0	0,0
.. Psiquiatra	2	2	-	0,1	0,1
.. Radiologista	1	1	-	0,0	0,0
Cirurgião dentista	12	12	-	0,6	0,6
Enfermeiro	14	14	-	0,7	0,7
Fisioterapeuta	1	1	-	0,0	0,0
Fonoaudiólogo	1	1	-	0,0	0,0
Nutricionista	1	1	-	0,0	0,0
Farmacêutico	4	4	-	0,2	0,2
Assistente social	3	3	-	0,1	0,1
Psicólogo	2	2	-	0,1	0,1
Auxiliar de Enfermagem	28	28	-	1,3	1,3
Técnico de Enfermagem	-	-	-	-	-

Fonte: CNES.

Avaliação

A rede de assistência do município deu um salto de qualidade com a aquisição do Centro de Atenção Psicossocial e mais um PSF – Unidade de Saúde da Família e o laboratório citopatológico. Dessa forma, o município fortaleceu a saúde mental, a atenção básica e a saúde da mulher.

O município apresenta uma situação epidemiológica que não se distancia da realidade brasileira. Temos uma cidade em desenvolvimento que vem trabalhando as causas das principais endemias e agravos relevantes. Os altos e baixos apresentam-se de acordo com as condições ambientais e socioeconômicas em que a população vive. Os indicadores apresentam melhoras quando após identificação da causa (qualidade da água, saneamento, alimentação balanceada, qualidade de prevenção de doenças oferecida às famílias, qualidade das informações, qualidade da educação ligada a realidade) os profissionais participam da formulação, implementação e monitoramento do plano anual de ação.

O processo de gestão se dá de forma progressiva na sua interação com o centro de decisão – Secretaria de Saúde - Prefeitura - Estado. O planejamento, a descentralização, o financiamento, a participação social, a gestão do trabalho e da educação e saúde a infra-estrutura e as informações em saúde seguem na gestão municipal com a estadual com o compromisso de caminhar conforme orientação e condições levando em conta a realidade local.

O planejamento é realizado com estrutura precária, organização e operacionalização do processo de planejamento fracionado necessitando maior interação no Município e entre Municípios e Estado.

A descentralização das ações em nosso município tem se dado progressivamente nas ações internas implementando nas unidades de saúde com estratégia de coordenação de promoção de equidade; regulamentação do sistema e desenho da rede de atenção à saúde.

Financiamento deverá analisar as transferências entre as esferas de gestão; gasto público total; execução orçamentária e financeira; fundo de saúde e critérios e regulamentação do financiamento no município.

A participação social tem ocorrido em poucas ações na avaliação e articulação entre o gestor e o conselho de saúde; as condições de financiamento do conselho e movimentos sociais (associações, sindicatos, ONGs , etc.).

Gestão do trabalho em saúde deverá dar continuidade a análise da composição da equipe de saúde; tipos de vínculos, mecanismos de negociações com os trabalhadores de saúde; planos de cargos e salários e identificar os principais problemas decorrentes da precarização do trabalho.

Educação em saúde deverá realizar levantamento das necessidades de educação em saúde e identificar os mecanismos de cooperação técnica e de articulações com instituições de ensino, de serviços e de participação social.

A infra-estrutura é fundamental para funcionamento da rede.

Diante da situação de saúde apresentada formularemos as propostas e metas do Plano de Saúde. A Lei de Nº 523 de 05 de novembro de 2009 – Dispõe sobre o Plano Plurianual do Município para o período de 2010 – 2013, no seu Anexo I Programa Nº010. 01 a 010.22 dispõe sobre Programas Finalísticos e de Apoio as Políticas e Áreas Especiais da Secretaria de Saúde.

II – PROPOSTAS E METAS

1 – ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVO GERAL: Garantir uma atenção integral e de qualidade a população, buscando o cumprimento dos princípios do SUS.

1.1 – Atenção Básica

Objetivo: Adequar o município as metas e diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde e Gestão do SUS.

PROPOSTAS:

1. Consolidar a Atenção Básica no Município.

METAS:

1. Implantar gerencia por Unidade
2. Planejar e pactuar parâmetros de indicadores e metas de assistência, prevenção e promoção para cada unidade de saúde de atenção básica;
3. Garantir agenda mínima diária para acolhimento dos casos agudos nas Unidades de Saúde da Família e garantir consulta com hora marcada nas outras unidades de assistência da rede municipal de saúde;
4. Implantação e manutenção de núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF);
5. Manutenção das ações e serviços a cargo de Agente Comunitário de Saúde;
6. Manutenção das ações e serviços vinculados a estratégia de Saúde da Família;

PROPOSTAS:

2. Fortalecer as ações nas doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, alcoolismo, tabagismo e outras dependências;

METAS:

1. Desenvolver ações educativas;
2. Cadastrar as pessoas com agravos;
3. Garantir com compromisso a referência e contra-referência;
4. Garantir o fornecimento de medicamentos padronizados para os usuários cadastrados;
5. Garantir a dose supervisionada no tratamento das endemias;
6. Tratar e curar 85% dos casos de tuberculose e hanseníase notificados;
7. Garantir o acompanhamento dos dependentes.

PROPOSTAS:

3. Fortalecer a Política de Atenção a Saúde da Criança.

METAS:

1. Implementar as atividades de incentivo ao aleitamento em todas as Unidades de Saúde da Família incluindo orientação e fortalecer o acompanhamento nutricional;
2. Garantir uma cobertura vacinal de 100% do Programa Nacional de Imunizações – PNI;
3. Garantir o acompanhamento, com qualidade, das crianças menores de 5 anos;
4. Estabelecer protocolo de atenção para diarreia, desnutrição severa e problemas respiratórios graves e outros;
5. Fortalecer a atenção diferenciada aos recém-nascidos de mães adolescentes;
6. Garantir o acompanhamento das crianças menores de 1 ano;

PROPOSTAS:

4. Garantir a Política de Atenção à Saúde da Mulher.

METAS:

1. Garantir a cobertura de pré-natal e assistência qualificada de atenção básica, visando à redução da morbimortalidade materna;

2. Garantir assistência quanto aos direitos sexuais e reprodutivos nas unidades de saúde;
3. Desenvolver ações de educação em saúde, garantindo agilidade no diagnóstico laboratorial e tratamento precoce para prevenir a transmissão vertical do HTLV/HIV/AIDES e sífilis congênita, envolvendo os parceiros e a família;
4. Estimular a prática do auto-exame de mama e garantir a realização do exame clínico das mamas nas consultas de rotina, assegurando referência e contra-referência;
5. Garantir a oferta de exames de imagem e radiologia (ultra-sonografia e mamografia) para a detecção de câncer de mama;
6. Ampliar a cobertura dos exames de prevenção do câncer de colo do útero para 80% das mulheres, garantindo inclusive o exame das mulheres acamadas, em domicílio;
7. Implementar as ações de prevenção da gravidez não planejada e profilaxias para DST/HIV/HTLV nas unidades de saúde;
8. Garantir e qualificar o fluxo de referência e contra-referências para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama e colo uterino;
9. Manutenção do programa de atenção integral à gestante, incluindo as ações do programa Mãe Coruja.

PROPOSTAS:

5. Consolidar o modelo de atenção à saúde bucal.

METAS;

1. Garantir e regularizar o abastecimento da rede (materiais e insumos), bem como o funcionamento nas Unidades;
2. Desenvolver atividades de promoção de saúde em 100% das áreas cobertas pelo PSF;
3. Estabelecer cotas de apoio diagnóstico (exames complementares) para equipes;
4. Garantir o fornecimento de equipamentos de proteção individual – EPI;
5. Realizar juntamente com a Secretaria de Educação inscrição do Município no Programa Saúde na Escola;
6. Produzir materiais impressos para o apoio das ações de educação e promoção em saúde bucal (cartazes, folders, cartilhas, etc.);
7. Estabelecer agendamento de pacientes nas Unidades de saúde da família;

8. Elaboração de protocolo de atendimento odontológico e implantação de processo de educação permanente das equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família;
9. Estimular a Secretaria Municipal de Saúde na construção de escovódromos nas Unidades de Saúde da Família;
10. Estimular a Secretaria Municipal de Saúde na implantação dos serviços de urgência/emergência odontológica no Hospital Geral;
11. Estimular a Secretaria Municipal de Saúde na criação de mutirões de atendimento em saúde para as áreas descobertas pelo PSF e de difícil acesso;
12. Intensificar o monitoramento e fiscalização das ações das equipes de saúde bucal no PSF, com visitas programadas às Unidades;
13. Tentar junto à Coordenação Estadual de Odontologia capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para realização de ações de saúde bucal;
14. Programar com as equipes de saúde bucais na estratégia Saúde da Família ações integradas com os demais profissionais, visando à promoção de saúde do paciente de forma multidisciplinar.

PROPOSTAS:

6. Implementar Política de atenção aos adolescentes e jovens.

METAS:

1. Ampliar e fortalecer o acesso dos adolescentes e jovens a preservativos femininos e masculinos e demais métodos contraceptivos segundo as normas técnicas do Ministério da Saúde;
2. Acompanhar as gestantes adolescentes, integrando-as às políticas de saúde, com assistência social e educação;
3. Fortalecer a atenção básica no atendimento aos adolescentes, enfocando a prevenção de DST/HTLV/HIV/AIDS, direitos sexuais e reprodutivos, gravidez, pré-natal e agravos específicos;

PROPOSTAS:

7. Garantir a atenção às pessoas com necessidade de reabilitação.

METAS:

1. Qualificar a assistência em reabilitação nas diversas especialidades;
2. Discutir a implantação dos núcleos de atenção integral a saúde da família de acordo com a Portaria nº 1065/GM do Ministério da Saúde.

1.2 – ATENÇÃO ESPECIALIZADA

OBJETIVO: Promover, manter e ampliar os serviços de atenção especializada em saúde no município.

PROPOSTAS:

8. Ampliar e fortalecer a oferta de serviços de atenção especializada

METAS:

1. Ampliar e garantir o acesso da população as consultas especializadas, considerando as necessidades por Unidade, normatizando o atendimento em relação ao acolhimento, informatização das recepções, fluxo de marcações/remarcações;
2. Padronizar as necessidades de exames, garantindo a qualidade, a entrega de resultados em tempo hábil e contratação de novos especialistas;

PROPOSTAS:

9. Fortalecer a política municipal de urgência e emergência.

METAS:

1. Definir fluxos das urgências municipais;
2. Consolidar ações intersetorias para prevenção de acidentes;
3. Garantir o atendimento as urgências obstétricas, psiquiátricas e por uso de álcool e outras drogas na rede municipal e estadual;
4. Pactuar fluxo de urgência/ emergências municipal e estadual.

PROPOSTAS:

10. Consolidar modelo de atenção a saúde mental.

METAS:

1. Implantar residência terapêutica;
2. Implantar o Programa de Volta para Casa, conforme mapeamento da clientela hospitalar de longa permanência;
3. Programar o número de leitos psiquiátricos no Hospital Geral de acordo com os parâmetros populacionais e capacidade da rede substitutiva em consonância com o Programa de Reestruturação da assistência Hospitalar Psiquiátrica do SUS;
4. Estabelecer a criação de estratégias de inclusão social para pessoas com transtornos psíquicos;
5. Realizar a I Conferência Municipal de Saúde Mental;
6. Criar espaços comunitários convivência para pessoas com transtorno mental que funcionem como suporte para a reinserção social dos usuários pós-alta.

PROPOSTAS:

11. Fortalecer a participação da Secretaria de Saúde nas ações intersetoriais de combate à violência.

METAS:

1. Sensibilizar os gestores e trabalhadores da saúde para adesão e participação ativa na divulgação do Plano Nacional de Desarmamento;
2. Mobilizar as instancia de controle social para participação em ações dirigidas à redução de danos no consumo de álcool e outras drogas.

PROPOSTAS:

12. Consolidar a política municipal de saúde do idoso.

METAS:

1. Qualificar a rede especializada para o desenvolvimento de ações voltadas para o idoso sobre as peculiaridades, especificidades e potencialidades, integrando com a atenção básica;
2. Intensificar, ampliar e fortalecer as ações em saúde do idoso nas Unidades;
3. Pactuar o atendimento pelos geriatras e gerontólogos na rede e adequar o número de acordo com a demanda;
4. Realizar trabalho educativo na comunidade, visando fortalecer os direitos dos idosos;

5. Otimizar os serviços de atenção à saúde do idoso com demência e em especial a doença de Parkinson e Alzheimer e as pessoas com seqüelas de AVC;
6. Implementar uma política intersetorial de atenção ao idoso;
7. Garantir atenção multiprofissional ao idoso com acesso a reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia);
8. Garantir o acesso a órteses e próteses ao idoso, através da pactuação do Município com o Estado.

PROPOSTAS:

13. Qualificar o Laboratório Municipal de Saúde Pública.

METAS:

1. Melhorar a informatização do Laboratório Municipal de Saúde Pública;
2. Ampliar e capacitar recursos humanos do Laboratório Municipal;
3. Garantir o prazo de todos os exames encaminhados ao Laboratório Municipal sejam cumpridos;
4. Garantir que os exames especiais, como hormônios, HIV, hepatite e outros, solicitados e encaminhados pelas unidades de saúde sejam entregues no prazo máximo de 30 dias, a partir da data de registro na US;
5. Garantir que os exames de acompanhamento de rotinas, como: bioquímicas, imunoserologia, hematologia, parasitológico de fezes e sumário de urina, colhida nas unidades de saúde e encaminhada ao Laboratório, tenham um prazo de entrega do resultado no máximo 15 dias a partir da data de registro no mapa diário de coleta;
6. Garantir que os exames de acompanhamento de rotinas, como: bioquímicas, imunoserologia, hematologia, parasitológico de fezes e sumário de urina, colhida nas unidades de saúde e encaminhada ao Laboratório, tenham um prazo de entrega do resultado no máximo 15 dias a partir da data de registro no mapa diário de coleta;
7. Garantir a regularidade do abastecimento de insumos;
8. Garantir a capacitação das equipes dos postos de coleta das unidades de saúde;
9. Realizar planejamento anual;
10. Formular relatório anual.

1.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

OBJETIVO: Garantir a política de assistência farmacêutica com definição de um modelo de assistência farmacêutica implantando protocolos, otimizando processo de aquisição, dispensação, controle, avaliação, custeio, indicadores e metas para assistência farmacêutica, tendo por base o uso racional do medicamento.

PROPOSTAS:

14. Fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica.

METAS:

1. Garantir a regularidade do abastecimento dos medicamentos contidos na lista padronizada;
2. Registrar os custos da Assistência Farmacêutica, dispensação visando a garantia do abastecimento na rede de saúde;
3. Estruturar a assistência farmacêutica informatizada e com farmacêutico, mantendo um deslocamento mínimo para sua dispensação, bem como a permanência de medicamentos de emergência, aos acamados e pessoas com deficiência nas unidades e de saúde da família, com avaliação permanente do processo de implantação;

2.0 VIGILÂNCIA À SAÚDE

OBJETIVO GERAL:

Fortalecer a integração e descentralização das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e implementar saúde do trabalhador, reduzindo a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes priorizando a intensificação de ações de caráter preventivo e coletivo, levando em conta os grupos mais expostos.

2.1 CONTROLE DE RISCOS A SAÚDE

PROPOSTA:

15. Consolidar o Programa de Saúde Ambiental

METAS:

1. Intensificar as ações educativas e garantir ações integradas na área de saneamento ambiental, promovendo a adoção de boas práticas ambientais com garantia de insumos;
2. Melhorar e ampliar a informação sobre os problemas de saúde relacionados ao ambiente em ampla divulgação a população;
3. Estimular a posse responsável dos animais;
4. Fortalecer o processo de ações integradas com a participação dos PSFs, Hospital, CAPS, Secretaria de Educação, Secretaria de Meio Ambiente;
5. Estimular ações educativas a co-responsabilidade entre a sociedade e o poder público nas questões ambientais;
6. Garantir o monitoramento da qualidade de água cumprido à coleta de amostras e análise de cloro e promovendo a adoção de boas práticas higiênicas e ambientais com garantia de insumos;
7. Intensificar as ações do combate dos vetores;

PROPOSTA:

16. Fortalecer as ações da vigilância Sanitária sobre as unidades cadastradas.

METAS:

1. Inspeccionar as unidades de saúde da rede pública e privada;
2. Estimular ações de participação das unidades nas ações educativas relacionada a conhecimento de legislação vigente;

PROPOSTA:

17. Garantir a incorporação da vigilância do trabalhador à prática da Vigilância Sanitária

META:

1. Inspeccionar problemas de saúde do trabalhador nas ações da Vigilância Sanitária;

PROPOSTA:

18. Fortalecer a Vigilância sobre medicamentos.

META:

1. Inspeccionar de forma sistemática as farmácias, drogarias e dispensário do Sistema Único de Saúde.

2.2 VIGILÂNCIA DAS PRINCIPAIS ENDEMIAS

PROPOSTA:

19. Fortalecer as ações de controle de Tuberculose

METAS:

1. Implantar a investigação do óbito por tuberculose;
2. Monitorar as taxas e as principais causas de abandono de tratamento por unidade de saúde;
3. Realizar palestras na comunidade em torno de medidas de controle da tuberculose, visando a redução visando a redução do número de caso;
4. Monitorar a imunização de BCG em adultos.

PROPOSTA:

20. Intensificar as ações de controle de hanseníase.

METAS:

1. Incentivar a vigilância aos contatos intradomiciliar;
2. Investigar os casos de hanseníase diagnosticados com algum grau de incapacidade;
3. Monitorar o número de casos e seqüelas por hanseníase, por unidade de saúde;
4. Realizar o debate com a comunidade em torno das medidas de controle da hanseníase, visando à redução do número de caso e do estigma;
5. Garantir à atenção integral as pessoas com seqüelas e complicações;
6. Estruturar os serviços de referência às seqüelas e complicações;
7. Planejar a adesão com todos os profissionais ao protocolo de tratamento do MS;
8. Fortalecer o trabalho das unidades de saúde da família nas ações de controle de hanseníase, garantindo a descentralização do diagnóstico, a qualidade da informação e da investigação de contatos, de abandono do tratamento e adesão do tratamento segundo protocolo do MS;

9. Garantir a educação permanente dos profissionais da atenção básica e serviços de referência.

PROPOSTA:

21. Aprimorar o controle de outras endemias.

METAS:

1. Reduzir os casos de Dengue nas populações mais vulneráveis;
2. Intensificar as ações de combate aos vetores;
3. Controlar a raiva animal;
4. Reduzir a leptospirose nas populações mais vulneráveis;
5. Intensificar as ações de controle da esquistossomose;
6. Intensificar as ações de qualidade da água promovendo atividades educativas junto a população.

2.3 VIGILANCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSIVEIS

PROPOSTA:

22. Garantir a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis.

METAS:

1. Manter a vigilância de câncer do colo do útero, mama, próstata e pênis e garantir a assistência especializada;
2. Promover ações de identificação dos fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis em escolares e servidores públicos municipais.

2.4 CONTROLE DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS

PROPOSTA:

METAS:

1. Investigar os casos de sífilis congênita em crianças expostas;
2. Investigar sífilis nas gestantes no pré-natal;

PROPOSTA:

23. Garantir à assistência municipal as pessoas com DST;

METAS:

1. Garantir o acesso ao teste anti-HIV e anti-HTLV;
2. Garantir referencia e contra referencia para portadores de HIV/DST e HTLV em todos os níveis de complexidade;
3. Realizar campanhas educativas incluindo o atendimento a jovens e adolescentes nas unidades de saúde;
4. Promover a orientação sobre o uso do preservativo feminino e ampliar o acesso;

2.6 SAÚDE DO TRABALHADOR

PROPOSTA:

24. Estimular a discussão da Vigilância do Trabalhador.

META:

1. Garantir a I Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador a cada dois anos;

PROPOSTA:

25. Realizar a vigilância do trabalhador.

METAS:

1. Implementar a fiscalização dos ambientes de trabalho assegurando melhoria quando se fizer necessário;
2. Implementar a notificação dos casos de acidentes e ocorrência no trabalho;
3. Estimular aos trabalhadores de exames periódicos;
4. Incentivar a atividade física aos trabalhadores com orientação das unidades de saúde e Secretaria de Saúde.

3.0 GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPALDE SAÚDE

OBJETIVO GERAL: Garantir os instrumentos de gestão do sistema de saúde.

PROPOSTA:

26. Fortalecer o setor de planejamento de gestão do sistema de saúde.

METAS:

1. Estruturar o setor de planejamento da secretaria de saúde;
2. Implementar gerência por unidade de saúde da família;
3. Monitorar os indicadores de gestão;
4. Garantir a supervisão técnica das ações e serviços de saúde;
5. Fortalecer as ações de vigilância em saúde nas unidades de saúde nos diversos níveis de complexidade;
6. Articular a participação da sociedade civil através de suas organizações garantindo o controle social;
7. Promover o planejamento por unidade de saúde.

4.0 REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

OBJETIVO GERAL: Programar o setor de regulação do sistema de saúde.

PROPOSTA:

27. Avaliar e adequar a Programação Pactuada e Integrada – PPI do município.

METAS:

1. Desenvolver um plano de assistência organizada a rede especializada com base na necessidade da população;
2. Garantir o cartão SUS;
3. Garantir o atendimento especializado para toda a população do município, pactuando com outros municípios o atendimento as suas demandas.

PROPOSTA:

28. Implementar um sistema de regulação.

METAS:

1. Implantar uma central de regulação das consultas especializadas e exames;
2. Estruturar o sistema de regulação da rede ambulatorial de forma particularizada e organizada e o seu retorno ao serviço com os procedimentos executados (referência e contra referência);

PROPOSTA:

29. Fortalecer e legitimar a prática do controle e avaliação na prestação dos serviços ambulatoriais.

METAS:

1. Elaborar o plano de funcionamento de regulação e planejamento;
2. Implementar sistema de auditoria municipal;
3. Garantir o uso de protocolos assistenciais para as referências e contra referências, priorizando os programas/ doenças integrantes do Pacto de Atenção pela Saúde.
4. Manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;
5. Expandir a rede de informática às unidades de saúde estratégicas;

PROPOSTA:

30. Garantir informações aos gestores para tomada de decisões e monitoramento das ações estratégicas;

METAS:

1. Definir informações estratégicas para gestão;
2. Capacitar o corpo técnico da rede de saúde em ferramentas de captação, tabulação e análise dos dados do sistema de informação em saúde;

PROPOSTA:

34. Ampliar acesso as informações em saúde.

META:

1. Ampliar instrumentos de comunicação em saúde como boletins para conselheiros, profissionais gestores, profissionais e população em geral;
2. Implementar sistema de informação sobre os recursos financeiros para acompanhamento dos gastos por programas e/ou política específica.

5.0 CONTROLE SOCIAL

PROPOSTA:

35. Fortalecer o controle social.

METAS:

1. Garantir espaço físico, infra-estrutura e logística necessária para o funcionamento do conselho de saúde;
2. Implantar formação aos conselheiros em educação em saúde permanente;
3. Garantir a realização a cada dois anos da Conferência Municipal de Saúde;
4. Garantir reuniões mensais entre os gerentes e trabalhadores de saúde;

6.0 GESTÃO DO TRABALHO

PROPOSTAS:

36. Qualificação profissional e educação permanente.
37. Formação profissional.
38. Viabilizar concurso público
39. Criar o plano de cargos e carreira e vencimentos.
40. Garantir condições de trabalho.