

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2022/2025

COLINAS(MA), 2022

Identificação do Município

Fundo Municipal de Saúde / CNPJ matriz: 11.296.379/0001-45

Endereço Secretaria de Saúde: Praça do Mercado Central, 23.

e-mail: semuscolinas2017@outlook.com

Prefeito do Município: Valmira Miranda da Silva Barroso

Endereço eletrônico (e-mail): valmiramiranda@hotmail.com

Secretário Municipal de Saúde: Liliane Neves Carvalho

Telefone com DDD: (99) 98124-9387

e-mail: lilianencarvalho74@hotmail.com

Departamento de Atenção Básica

SOLIANE DA SILVA MONTEIRO SILVA

Coordenação de Saúde Bucal

WALYSON GUSTAVO SILVA FREITAS

Departamento de VISA

Coordenador de Epidemiologia

DENNYSE CRISTINA MACEDO ALVES

Coordenação de Vigilância Sanitária e Ambiental

ANA MARCIA EVANGELISTA DE SOUSA

Departamento de Assistência Farmacêutica

MARCIO HENRIQUE XAVIER BRANDÃO TORRES

Departamento de Informação Controle e Avaliação

Departamento do SAMU

Coordenação de Enfermagem

CARLOS EDUARDO ASSUNCAO REGO

Departamento de Administração, Finanças, Serviços Gerais e Almoxarifado

Divisão administrativa do CEO

MAEDNA MARTINS CARVALHO

Divisão administrativa do CAPS

MARIA JOSEAENE DOS SANTOS SILVA

Divisão de Educação em Saúde

ÉDILA RAIANE VIANA NEPONUCENO

Divisão de Imunização

DEBORAH FERNANDA CAMPOS DA SILVA

Elaboração, Organização e Revisão

JOSÉ DA GUIA FREITAS DA CUNHA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLINAS

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: **6575552**

Praça do Mercado Central | Centro | CEP: 65.690-000 | Colinas-MA.

| E-mail: semuscolinas2017@outlook.com

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022/2025

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE


2022/2025

VALMIRA MIRANDA SILVA BARROSO
Prefeito Municipal

JOÃO AROLDO BARROSO
Vice-prefeito

LILIANE NEVES CARVALHO
Secretária Municipal de Saúde

COLINAS-MA
Dezembro de 2022



“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de repente você estará fazendo o que é impossível”.

SÃO FRANCISCO DE ASSIS.

AUTORES DESTE PLANO:

Colaboradores e Coordenadores:

LILIANE NEVES CARVALHO
Secretária Municipal de Saúde

SOLIANE MONTEIRO
Coordenadora da Atenção Básica

JOSÉ DA GUIA FREITAS DA CUNHA
Assessoria de Saúde e Controle e Avaliação

Este Plano Municipal de Saúde foi realizado com base nas propostas da **8ª Conferência Municipal de Saúde de COLINAS-MA**, realizada na Sede do CESCO em de agosto de 2017 e também das propostas do Governo Municipal 2022-2025.

Apresentação

Este documento está formulado sob a ótica do planejamento e autoavaliação, visando a melhoria e fortalecimento das ações de saúde no município. A Constituição Federal, nos seus Artigos 196 a 200 asseguram o direito à saúde ao cidadão, e com a criação e normatização do SUS – Sistema Único de Saúde, através da Lei 8.080/1990, Lei 8.142/1990, Pactos pela Saúde e outros, foram formadas regras que impuseram metas, normas e planejamento para os dirigentes municipais, quanto aos aspectos da saúde pública de sua população.

Recentemente, com a aprovação da Lei Complementar nº 141/2012, que regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal que dispõe sobre os valores financeiros mínimos a serem aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS. Houve maior responsabilização para os Municípios, Estados e a União, quanto à aplicação e distribuição de recursos para a saúde dos municípios, que sofrem com a grande sobrecarga de responsabilidades a eles estabelecidas, visto que são a “ponta” e conhecem diretamente suas realidades, dificuldades e prioridades quanto aos problemas de saúde de sua população. Os programas e sistemas de saúde a nível estadual e federal dependem integralmente das ações realizadas nos municípios para sua efetivação.

Em Colinas, com a implantação do Programa de Saúde da Família, no ano de 1998, houve uma ampla contribuição para o fortalecimento da atenção básica e grandes melhorias dos indicadores de saúde dos municípios, rede de assistência, rede física, fomento do conhecimento de ações de prevenção e proteção da saúde tanto da população quanto dos profissionais inseridos no sistema. Mas os desafios da saúde pública são enormes e ainda enfrentamos dificuldades que devem ser superadas, como a falta e/ou escassez de profissionais em algumas áreas de saúde, alta burocratização do serviço público em plena era tecnológica, grupos de trabalho em atenção básica segmentados (hipertensos, diabéticos, saúde do homem, idoso, criança, mulher e outros), falta da inclusão da medicina alternativa que são cientificamente comprovadas e pouco utilizadas nas rotinas do Sistema Único de Saúde Municipal, alto consumo de medicamentos e correlatos, eixos da Vigilância em Saúde atuando de forma incipiente, alto número de agendamentos de exames e filas de espera para consultas e procedimentos especializados – a INTEGRALIDADE (atendimento completo ao usuário, desde a porta de entrada no sistema até o fim do tratamento especializado), que é uma dificuldade enfrentada por muitos municípios.

Desta maneira, e na busca de melhorias, foi participada e ouvida a população na VII Conferência Municipal de Saúde de Colinas, realizada no mês de agosto de 2015, numa forma de ouvir o cidadão, trazendo o mesmo para a realidade e desafios da saúde pública municipal. Foram várias propostas submetidas à votação, com ampla integração dos atores envolvidos. A participação popular é a chave para o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde em qualquer esfera de governabilidade.

O Planejamento é uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em junho de 2011 foi publicado o Decreto 7508 que regulamenta a Lei 8080/90 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Os instrumentos básicos de planejamento são elaborados de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação das metodologias, dos processos e dos instrumentos do PlanejaSUS adaptados à realidade local, sendo: Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG). O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Esses instrumentos são compatíveis com o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais.

Adota-se o monitoramento e avaliação como procedimentos de rotina, demonstrando que este processo deve ser participativo e que são ineficazes as iniciativas que delegam ao setor de planejamento a sua elaboração, sem o envolvimento da área técnica. Os profissionais do setor de planejamento atuam como facilitadores do processo.

Liliane Neves Carvalho
Secretária Municipal de Saúde

Histórico do Município de Colinas

INICIALMENTE, existia no local apenas um porto de embarque, que servia ao Município de Passagem Franca, na margem direita do rio Itapecuru. A construção de um armazém para estocagem atraiu os primeiros moradores. Dotado de terras apropriadas para lavoura e criação de gado, o lugar tornou-se próspera fazenda e centro produtor de algodão e cereais, vindo a ser conhecido pelo nome de Fazenda Grande, depois pelo de Consolação e, posteriormente, pelo de Picos, em razão das colinas que circundavam a povoação.

Picos passou à Cidade em 1891, e teve seu nome mudado para Colinas em 1943. Gentílico: colinense

Formação Administrativa

Elevado à categoria de vila com a denominação de Picos, pela lei provincial nº 879, de 04-06-1870. Sede na povoação de Picos. Constituído do distrito sede. Instalado em 1872.. Distrito criado com a denominação de Picos, pela lei provincial nº 1388, de 28-05-1886. Elevado à categoria de cidade com a denominação de Picos, pela lei estadual nº 76, de 10-04-1891. Pela lei municipal nº 10, de 10-06-1893, são criados os distritos de Almeida e Buriti Bravo e anexados ao município de Picos.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município é constituído de 3 distritos: Picos, Almeida e Buriti Bravo.

Pelo decreto estadual nº 75, de 22-04-1931, confirmado pelo decreto nº 539, 16-12-1933, o município de Picos adquiriu o extinto município e Passagem Franca.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o município aparece constituído de 3 distritos: Picos, Buriti Bavo e Passagem Franca. Não figurando o distrito de Almeida.

Pelo decreto nº 832, de 03-06-1935, desmembra do município de Picos o distrito de Passagem Franca. Elevado à categoria de município.

Pelo decreto-lei nº 919, de 30-09-1935, desmembra do município de Picos o distrito de Buriti Bravo. Elevado à categoria de município.

Em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937, o município é constituído do distrito sede. Pelo decreto-lei estadual nº 820, de 31-12-1943, o município de Picos passou a denominar-se Colinas.

Pela lei estadual nº 269, de 31-12-1948, é criado o distrito de Pucumã e anexado ao município já denominado Colinas. Em divisão territorial datada de 1-VII-1950, o município é constituído de 2 distritos: Colinas e Pucumã. Pela lei estadual nº 750, de 24-09-1952, desmembra do município de Picos o distrito de Pucumã. Elevado à categoria de município com a denominação de São Domingos do Maranhão.

Em divisão territorial datada de 1-VII-1960, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2005.

O município de Colinas está situado, na Região do Alto Itapecurú, no Médio Sertão, no Estado do Maranhão, dentro das seguintes coordenadas geográficas:

Latitude: 5° 58' 45'

Longitude: 44° 14' 21'

Altitude: 141 m

PONTOS EXTREMOS E LIMITES

Os pontos extremos do município são:

Ao Norte: limita-se com os municípios de Jatobá e Passagem Franca;

Ao Sul: limita-se com o município de Sucupira do Norte e Paraibano;

o Leste: limita-se com município de Passagem Franca;

Ao Oeste: limita-se com o município de Mirador e Sucupira do Norte.

HIDROGRAFIA

A cidade de Colinas é banhada de sul a norte pelo Rio Itapecuru que é o acidente geográfico de maior importância. É navegável por lanchas e balsas, tendo uma profundidade de 2 a 3 metros. Outro rio de certa importância é o rio Alpercatas que banha o sudoeste do município. Sua profundidade é de 3,50 metros, sendo navegável por canoas e balsas, e está a 6Km distante da Cidade de Colinas. Possui ainda lagoas como a Lagoa dos Cavalos, dos Casais e ainda riachos como o Riacho Curimatá, o Riacho do Padre, etc.

CLIMA

Devido a sua latitude Colinas possui clima quente e apenas duas estações do ano: inverno e verão. A primeira começa no mês de novembro e termina em abril; o verão inicia em maio e prolonga-se até outubro. No inverno, quando não há chuvas, o tempo normal é quente e durante o dia a temperatura atinge até 28° C. No verão, nos meses de maio a julho, o calor alcança até 32° C, cuja temperatura, à noite, cai para 22° C.

FOTOS HISTÓRICAS



Cadeia Pública Estadual



Conjunto Residencial



Igreja Matriz Nossa Senhora da Consolação



Banco do Brasil



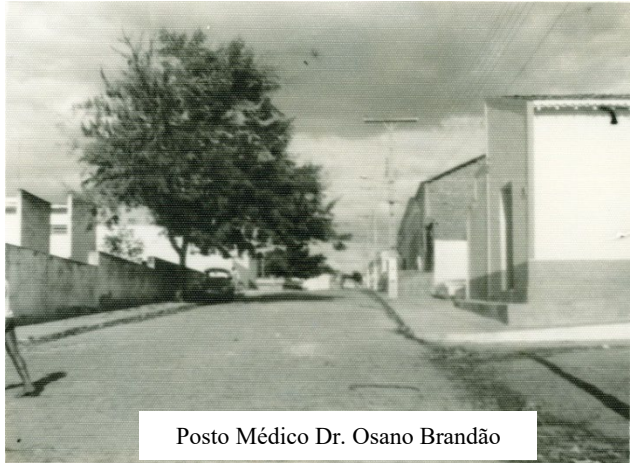
Banco do Estado do Maranhão



Centro Integrado de Educação de Colinas - CINEC



Mercado Público



Posto Médico Dr. Osano Brandão



Posto Telefônico - TELMA



Sistema de Abastecimento de Água - CAEMA



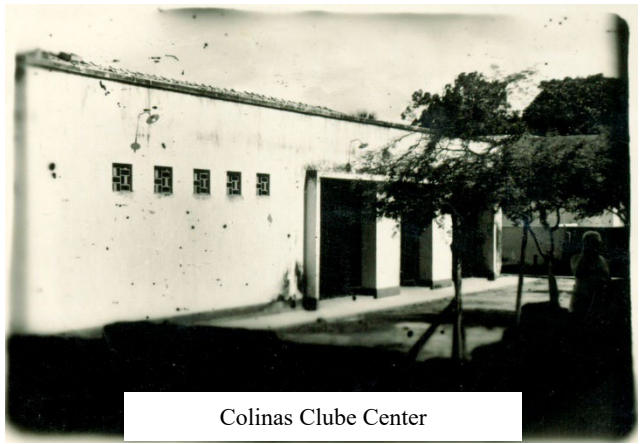
Ponte da Trizidela



Grupo Escolar João Pessoa



Casa do Estudante Colinense



Colinas Clube Center



Casa de Beneficiamento de Algodão



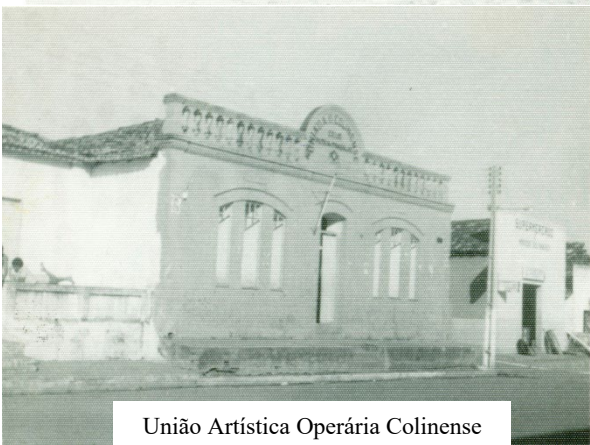
Correios



Praça da Alegria



Ponte sobre o Rio Itapecuru BR-135



União Artística Operária Colinense



Prefeitura Municipal de Colinas

Histórico da Secretaria Municipal de Saúde

O Município de Colinas no processo de municipalização da saúde, encontra-se na condição de Gestão Plena da Saúde, conforme Portaria Nº. 2.422/GM-MS, de 23 de março de 1998, com seu Sistema de Saúde praticamente consolidado, onde o modelo de atenção à saúde trabalha de forma organizada e hierarquizada, proporcionando um melhor desenvolvimento das ações e serviços de saúde com qualidade e em quantidade para melhoria da qualidade de vida da população.

A execução dos Programas de Saúde vem se desenvolvendo mediante a integração da Secretaria Municipal de Saúde com as demais esferas de governo, visando a consolidação do Sistema Único de Saúde a nível local, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, de forma a garantir, assim, o necessário suprimento de recursos e os padrões de qualidade por ele estabelecido.

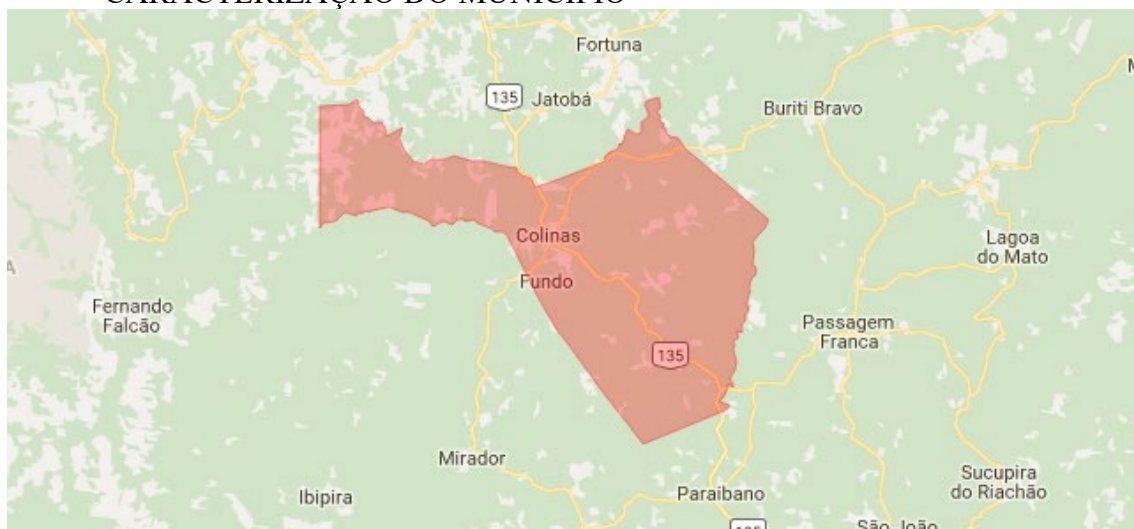
Nos termos dos convênios firmados, a Secretaria Municipal de Saúde provém o sistema de municipalização decorrente dos adequados instrumentos e recursos de sua competência, tanto humanos como materiais e técnicos, de modo a assegurar um correto e eficiente funcionamento dos serviços.

O gerenciamento dos programas, segundo as especificidades definidas pela norma orientadora do SUS, é de responsabilidade do Secretário Municipal de Saúde, apoiado pela sua equipe de trabalho, atuando de forma integrada, visando oferecer à comunidade serviços de saúde em quantidade e qualidade.

Papel relevante neste processo de gestão tem o Conselho Municipal de Saúde, órgão de deliberação sobre o sistema de municipalização da saúde, cabendo-lhe o debate e as decisões superiores no âmbito do município, relativamente às diferentes políticas e programas.

Em complemento e como parte do modelo de gestão, o Fundo Municipal de Saúde, é o organismo centralizador e controlador da gestão financeira do Sistema Municipal do SUS.

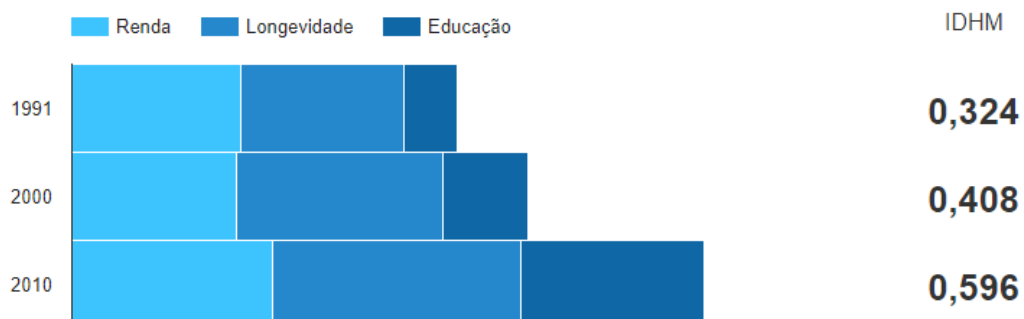
CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO



Área 2043,59 km ²	IDHM 2010 0,596	Faixa do IDHM Baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599)	População (Censo 2010) 39.132 hab.
Densidade demográfica 19,17 hab/km ²	Ano de instalação 1870	Microrregião Chapadas do Alto Itapecuru	Mesorregião Leste Maranhense

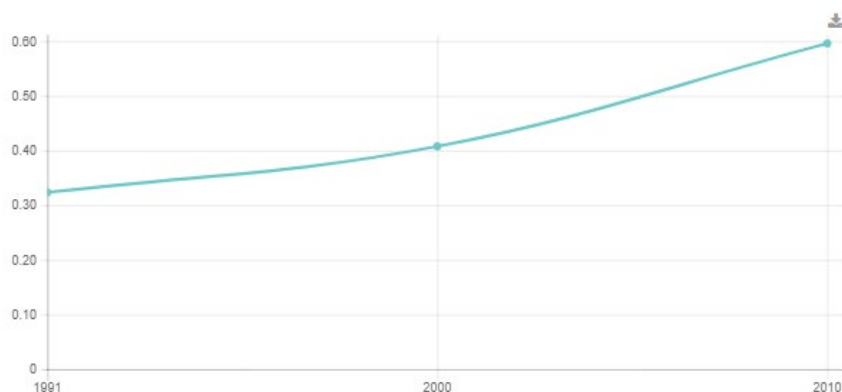
IDHM

IDHM



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

IDH



Colinas

POSICIONAMENTO NO ESTADO E NO BRASIL

COLINAS NO ESTADO DO MARANHÃO

1°	São Luís	0,768
2°	Imperatriz	0,731
3°	Paço do Lumiar	0,724
4°	São José de Ribamar	0,708
5°	Balsas	0,687
...		
59°	Bequimão	0,601
60°	Bernardo do Mearim	0,604
61°	Colinas	0,596
62°	Chapadinha	0,604
63°	Cidelândia	0,600
...		
213°	Lagoa Grande do Maranhão	0,502
214°	Jenipapo dos Vieiras	0,490
215°	Satubinha	0,493
216°	Marajá do Sena	0,452
217°	Fernando Falcão	0,443

NO BRASIL

1°	São Caetano do Sul - SP	0,862
2°	Balneário Camboriú - SC	0,845
3°	Florianópolis - SC	0,847
4°	Vitória - ES	0,845
5°	Águas de São Pedro - SP	0,854
...		
4057°	Sítio Novo do Tocantins - TO	0,604
4058°	Taipas do Tocantins - TO	0,601
4059°	Colinas - MA	0,596
4060°	Chapadinha - MA	0,604
4061°	Cidelândia - MA	0,600
...		
5561°	Uiramutã - RR	0,453
5562°	Atalaia do Norte - AM	0,450
5563°	Marajá do Sena - MA	0,452
5564°	Fernando Falcão - MA	0,443
5565°	Melgaço - PA	0,418

Componentes

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Colinas é 0,596, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,709, seguida de Renda, com índice de 0,571, e de Educação, com índice de 0,524.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Colinas - MA

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,151	0,246	0,524
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	11,08	16,28	33,46
% de 5 a 6 anos na escola	45,37	64,50	94,72
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	16,71	32,57	81,50
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	5,58	14,41	53,26
% de 18 a 20 anos com médio completo	2,69	9,62	32,70
IDHM Longevidade	0,465	0,588	0,709
Esperança de vida ao nascer	52,89	60,29	67,52
IDHM Renda	0,483	0,468	0,571
Renda per capita	161,53	147,23	279,81

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Evolução

Entre 2000 e 2010

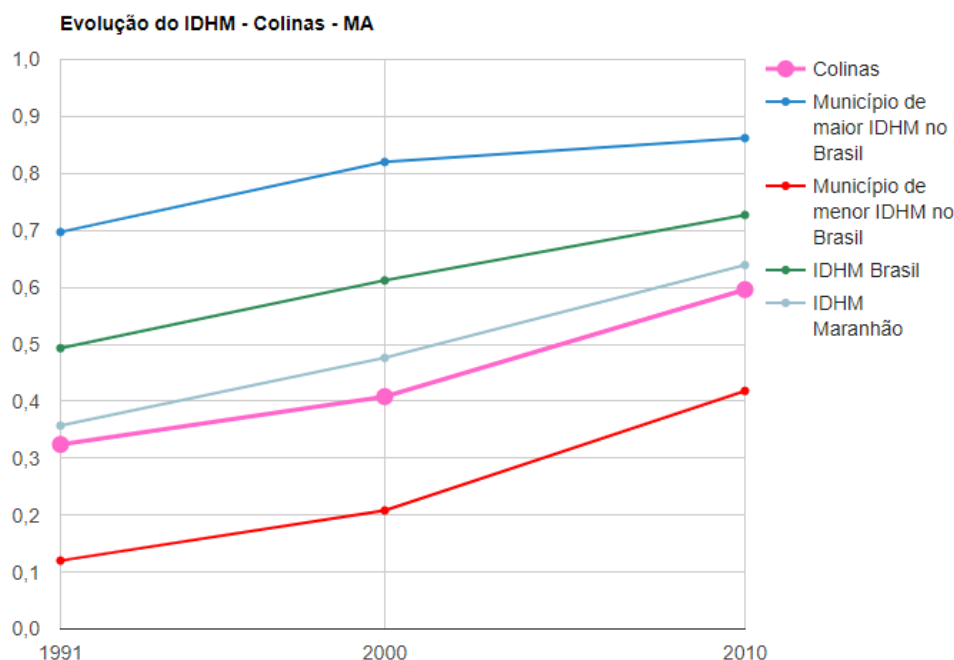
O IDHM passou de 0,408 em 2000 para 0,596 em 2010 - uma taxa de crescimento de 46,08%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 68,24% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,278), seguida por Longevidade e por Renda.

Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,324 em 1991 para 0,408 em 2000 - uma taxa de crescimento de 25,93%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 87,57% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Longevidade (com crescimento de 0,123), seguida por Educação e por Renda.

Entre 1991 e 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,324, em 1991, para 0,596, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 83,95% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 59,76% 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 0,373), 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.



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Ranking

Colinas ocupa a 4238ª 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).

DEMOGRAFIA E SAÚDE

População

Entre 2000 e 2010, a população de Colinas cresceu a uma taxa média anual de 1,14%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 59,59% para 65,36%. Em 2010 viviam, no município, 39.132 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 1,62%. 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 44,94% para 59,59%.

População Total, por Gênero, Rural/Úrbana - Município - Colinas - MA

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	30.232	100,00	34.939	100,00	39.132	100,00
População residente masculina	14.899	49,28	17.205	49,24	19.395	49,56
População residente feminina	15.333	50,72	17.734	50,76	19.737	50,44
População urbana	13.587	44,94	20.821	59,59	25.575	65,36
População rural	16.645	55,06	14.118	40,41	13.557	34,64

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Estrutura Etária

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 79,84% para 62,25% e a taxa de envelhecimento, de 4,92% para 6,05%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 98,13% e 4,94%. 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.

O que é razão de dependência?

Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

O que é taxa de envelhecimento?

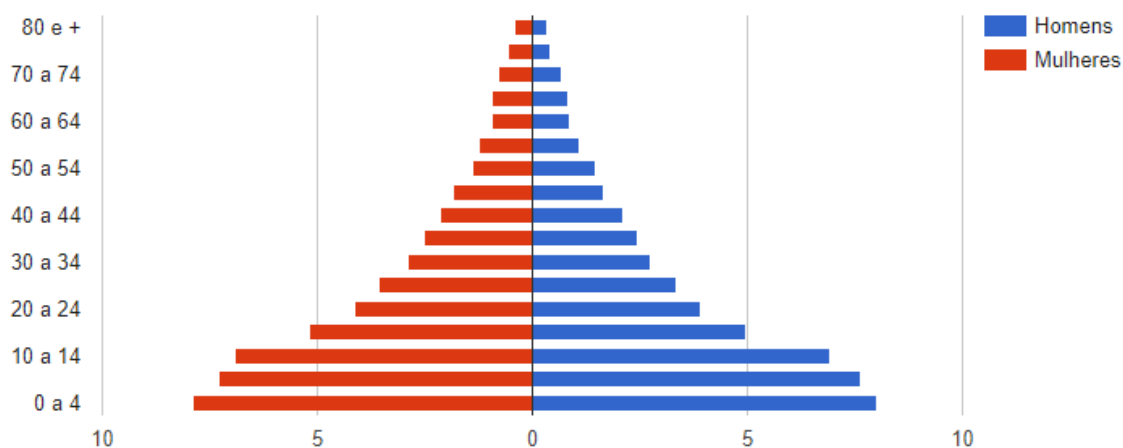
Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

Estrutura Etária da População - Município - Colinas - MA

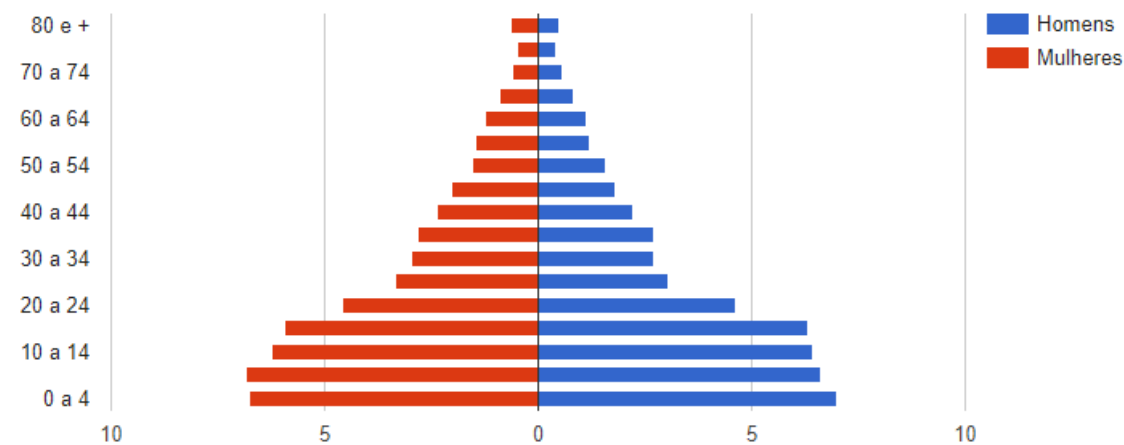
Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	13.481	44,59	13.793	39,48	12.646	32,32
15 a 64 anos	15.258	50,47	19.428	55,61	24.118	61,63
População de 65 anos ou mais	1.493	4,94	1.718	4,92	2.368	6,05
Razão de dependência	98,13	-	79,84	-	62,25	-
Taxa de envelhecimento	4,94	-	4,92	-	6,05	-

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

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

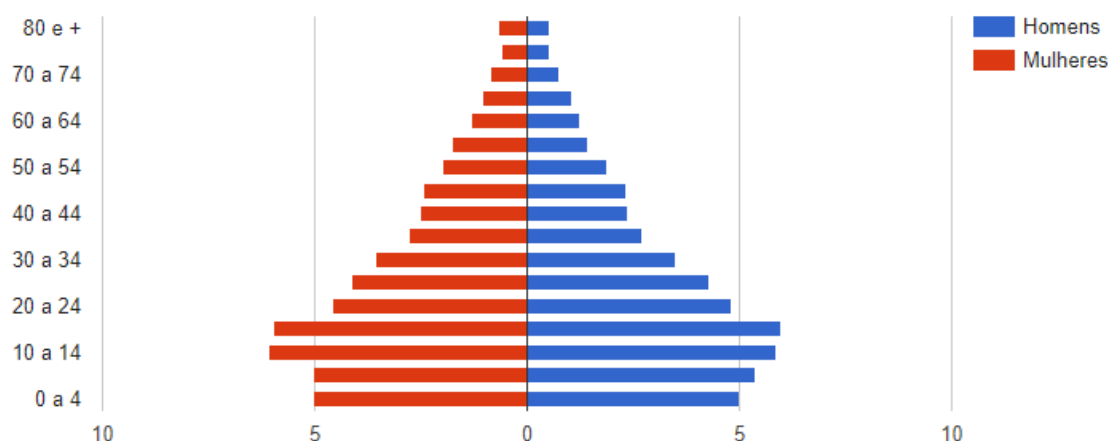


2000 Pirâmide etária - Colinas - MA
Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



2010 Pirâmide etária - Colinas - MA

Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 60,3 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 37,9 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 111,9. Já na UF, a taxa era de 28,0, em 2010, de 46,5, em 2000 e 82,0, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos.

Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - Colinas - MA

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	52,9	60,3	67,5
Mortalidade infantil	111,9	60,3	37,9
Mortalidade até 5 anos de idade	143,3	77,3	41,3
Taxa de fecundidade total	5,5	3,9	2,7

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 7,2 anos na última década, passando de 60,3 anos, em 2000, para 67,5 anos, em 2010. Em 1991, era de 52,9 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

A taxa de mortalidade infantil média em 2014 na cidade foi de 11,73 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 7,9 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, na região de saúde fica na 9 e no estado fica na posição 126. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essa posição fica em 2.827.

RANKING DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL EM 2014

COLINAS NO ESTADO DO MARANHÃO

1º	Fernando Falcão	66,27
2º	Marajá do Sena	61,95
3º	Feira Nova do Maranhão	38,83
4º	São Pedro dos Crentes	38,46
5º	São Félix de Balsas	37,04
...		
124º	Miranda do Norte	12,23
125º	Paulo Ramos	11,96
126º	Colinas	11,73
127º	Bom Lugar	11,7
128º	Lago do Junco	11,63
...		
194º	Alcântara	4,12
195º	Gonçalves Dias	3,92
196º	Conceição do Lago-Açu	3,7
197º	Centro Novo do Maranhão	3,27
198º	Mata Roma	3,27

NO BRASIL

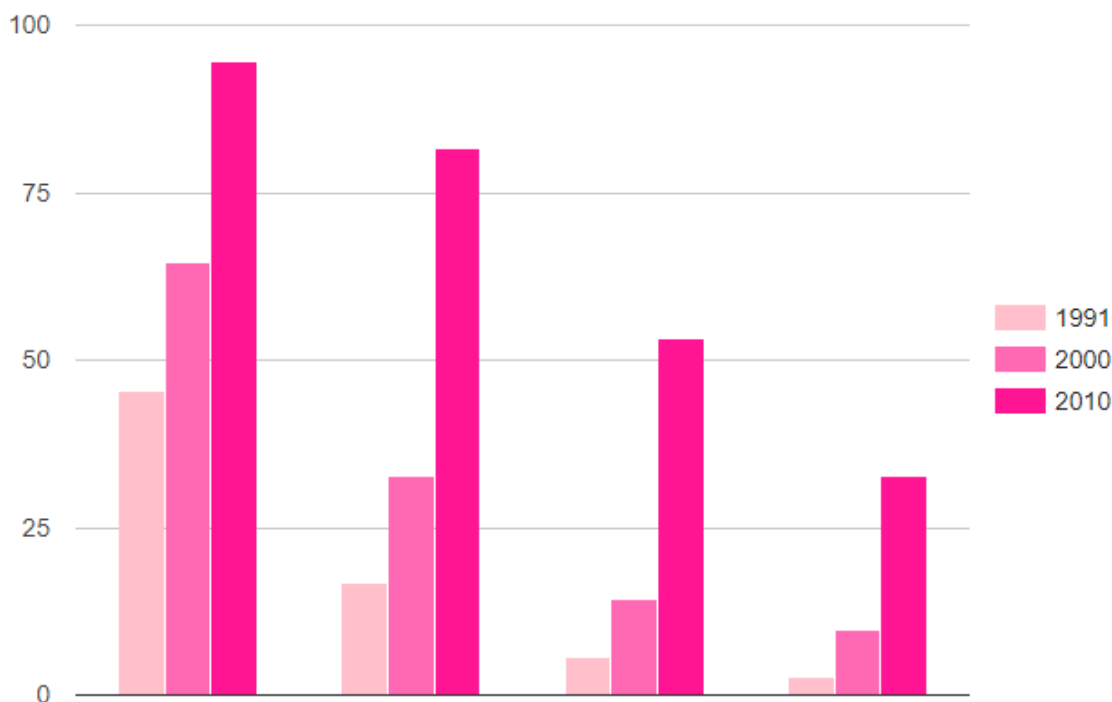
1º	Nova Nazaré - MT	162,16
2º	Araguainha - MT	125
3º	Lafaiete Coutinho - BA	96,77
4º	Quatro Irmãos - RS	95,24
5º	Davinópolis - GO	90,91
...		
2826º	Goiatuba - GO	11,74
2827º	Santa Gertrudes - SP	11,73
2828º	Colinas - MA	11,73
2829º	Jacupiranga - SP	11,72
2830º	Altônia - PR	11,72
...		
4310º	São José do Brejo do Cruz - PB	0
4311º	Carrapateira - PB	0
4312º	Monte das Gameleiras - RN	0
4313º	Pilões - RN	0
4314º	Galinhas - RN	0

Já em 2016, as internações por diarreia ficam definidas em 7,9 pessoas por mil habitantes, ficando assim nas seguintes posições: na região 9ª posição, no estado 101ª e no Brasil 375ª.

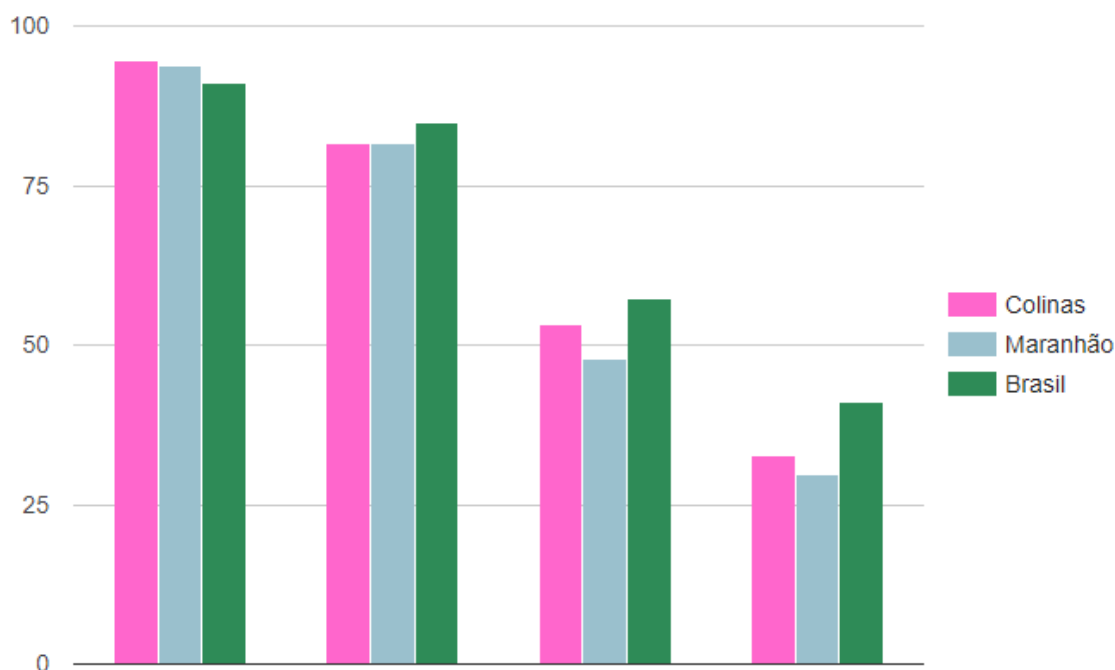
EDUCAÇÃO**CRIANÇAS E JOVENS**

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 94,72%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 81,50%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 53,26%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 32,70%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 49,35 pontos percentuais, 64,79 pontos percentuais, 47,68 pontos percentuais e 30,01 pontos percentuais.

Fluxo Escolar por Faixa Etária - Colinas - MA - 1991/2000/2010



Fluxo Escolar por Faixa Etária - Colinas - MA - 2010



Em 2010, 79,79% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 60,43% e, em 1991, 66,79%.

Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 2,87% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 0,46% e, em 1991, 0,35%.

Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.4 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.4. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 71 de 217. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 125 de 217. A taxa de escolarização (para pessoas

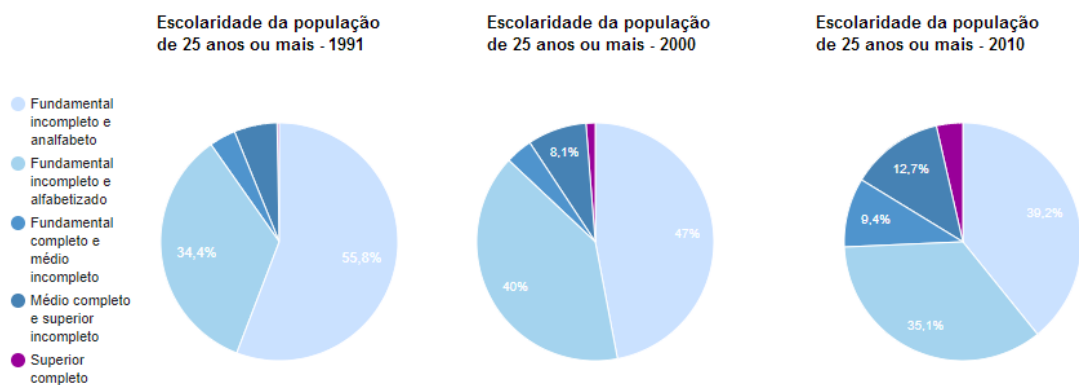
de 6 a 14 anos) foi de 97.2 em 2010. Isso posicionava o município na posição 78 de 217 dentre as cidades do estado e na posição 3382 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Expectativa de Anos de Estudo

O indicador Expectativa de Anos de Estudo também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 6,31 anos para 9,20 anos, no município, enquanto na UF passou de 6,87 anos para 9,26 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 6,31 anos, no município, e de 6,29 anos, na UF.

População Adulta

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 16,28% para 33,46%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 11,08% ,no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 39,16% eram analfabetos, 25,70% tinham o ensino fundamental completo, 16,29% possuíam o ensino médio completo e 3,60%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%.



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

RENDA

A renda per capita média de Colinas cresceu 73,22% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 161,53, em 1991, para R\$ 147,23, em 2000, e para R\$ 279,81, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 2,93%. A taxa média anual de crescimento foi de -1,02%, entre 1991 e 2000, e 6,63%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 83,89%, em 1991, para 71,04%, em 2000, e para 48,71%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,69, em 1991, para 0,62, em 2000, e para 0,63, em 2010.

O que é Índice de Gini?

É um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda.

Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia

de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

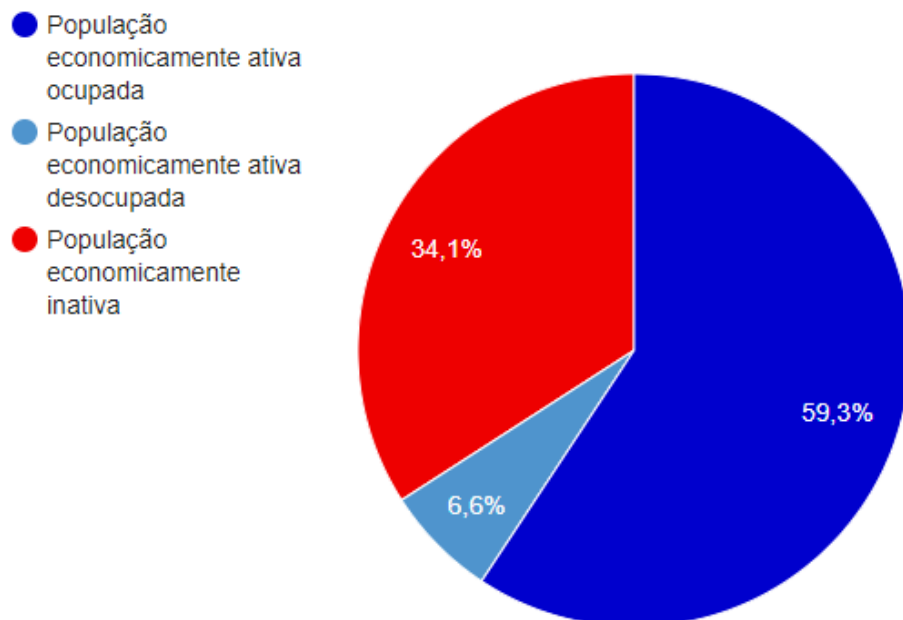
Renda, Pobreza e Desigualdade - Município - Colinas - MA

	1991	2000	2010
Renda per capita	161,53	147,23	279,81
% de extremamente pobres	53,59	48,56	30,88
% de pobres	83,89	71,04	48,71
Índice de Gini	0,69	0,62	0,63

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

TRABALHO

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



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 58,28% em 2000 para 59,30% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 7,57% em 2000 para 6,60% em 2010.

Em 2015, o salário médio mensal era de 1.6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 6.3%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 123 de 217 e 59 de 217, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 4253 de 5570 e 4634 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 55.1% da população nessas condições, o que o colocava na posição 89 de 217 dentre as cidades do estado e na posição 457 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

COLINAS NO ESTADO DO MARANHÃO

1º	Santo Antônio dos Lopes	3,5
2º	Açailândia	3,3
3º	São Luís	3,1
4º	Godofredo Viana	3,0
5º	Urbano Santos	2,7
...		
142º	Governador Archer	1,8
143º	Jatobá	1,8
144º	Colinas	1,8
145º	Carolina	1,8
146º	Buriti Bravo	1,8
...		
213º	Governador Newton Bello	1,1
214º	Olho d'Água das Cunhãs	1,1
215º	Tutóia	1,0
216º	Primeira Cruz	1,0
217º	Boa Vista do Gurupi	0,7

NO BRASIL

1º	Macaê - RJ	7,5
2º	Japaratuba - SE	7,2
3º	Candiota - RS	6,0
4º	Triunfo - RS	6,0
5º	São Francisco do Conde - BA	5,8
...		
4556º	Bertolínia - PI	1,8
4557º	Betânia do Piauí - PI	1,8
4558º	Colinas - MA	1,8
4559º	Carolina - MA	1,8
4560º	Cajapió - MA	1,8
...		
5566º	Arneiroz - CE	0,9
5567º	Chaval - CE	0,7
5568º	Caiçara do Norte - RN	0,7
5569º	Boa Vista do Gurupi - MA	0,7
5570º	Bannach - PA	0,5

Ocupação da população de 18 anos ou mais - Município - Colinas - MA

	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	58,28	59,30
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	7,57	6,60
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	12,86	22,49
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	19,76	37,39
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	13,34	24,39
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	82,25	63,95
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	92,51	88,98
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	97,97	96,25

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 47,10% trabalhavam no setor agropecuário, 0,15% na indústria extrativa, 3,92% na indústria de transformação, 6,18% no setor de construção, 0,49% nos setores de utilidade pública, 12,49% no comércio e 27,93% no setor de serviços.

HABITAÇÃO
Indicadores de Habitação - Município - Colinas - MA

	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	19,66	20,08	72,78
% da população em domicílios com energia elétrica	40,36	65,34	95,95
% da população em domicílios com coleta de lixo	23,33	32,83	59,60

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

VULNERABILIDADE SOCIAL

Vulnerabilidade Social - Município - Colinas - MA

Crianças e Jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	111,86	60,31	37,90
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	83,26	66,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	37,19	10,63	2,84
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	27,39	24,30
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	4,21	5,60	4,85
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	9,99	15,04
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	22,62	20,60	41,09
% de vulneráveis e dependentes de idosos	6,88	7,47	4,81
% de crianças extremamente pobres	65,11	59,02	41,35
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	94,91	85,83	71,52
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	81,63	61,61
Condição de Moradia			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	10,16	14,84	37,86

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

População residente, segundo grupos específicos, por ano

População	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	35.803	36.600	37.237	37.902	38.561	40.068	40.835	41.596	36.725	36.786	39.132	39.388	39.635	39.915	40.097	40.268
Homens	17.656	18.049	18.362	18.688	19.016	19.760	20.138	20.607	18.205	18.241	19.395	19.521	19.646	-	-	-
Mulheres	18.147	18.551	18.875	19.214	19.545	20.308	20.697	20.989	18.520	18.545	19.737	19.867	19.989	-	-	-
Menores de 5 anos	4.789	4.896	4.981	5.070	5.158	5.359	5.462	4.965	4.261	4.161	3.905	3.931	3.955	-	-	-
Entre 15 e 24 anos	7.665	7.836	7.973	8.115	8.255	8.579	8.743	9.039	7.899	7.820	8.355	8.410	8.462	-	-	-

Fonte: MS/SE/DATASUS em [Demográficas e Socioeconômicas](#), acessado em 21/10/2015.

Nascimentos por residência da mãe, por ano do nascimento

	1996-1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Nascidos vivos	695	346	285	609	717	737	821	880	833	862	786	770	805	737	713	10.596

Fonte: MS/SE/DATASUS em [Estatísticas Vitais](#), acessado em 21/10/2015.

Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico

Casos de AIDS	1980-2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Total	1	2	0	1	3	3	4	2	1	8	3	4	7	0	39
Homens	1	1	0	0	2	0	0	1	1	5	3	2	4	0	20
Mulheres	0	1	0	1	1	3	4	1	0	3	0	2	3	0	19
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	1	0	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	6

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

Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico

Taxa de detecção	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geral	5,3	0,0	2,5	7,3	7,2	10,9	5,4	2,6	20,3	7,6	10,0	17,5
Homens	5,4	0,0	0,0	9,9	0,0	0,0	5,5	5,2	25,6	15,3	10,2	20,4
Mulheres	5,2	0,0	4,9	4,8	14,3	21,6	5,4	0,0	15,1	0,0	10,0	15,0
Menores de 5 anos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Entre 15 e 24 anos	12,3	0,0	0,0	0,0	0,0	38,0	0,0	0,0	23,8	0,0	0,0	0,0

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

Gestantes infectadas pelo HIV (casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) por ano do parto

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
HIV em gestantes	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	5
Taxa de detecção em gestantes	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	1,2	0,0	0,0	2,8	-	-

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

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	1	0	0	3	0	1	1	1	3	4	1	2	4	21
Taxa bruta de mortalidade	-	0,0	0,0	7,5	0,0	2,4	2,7	2,7	7,7	10,2	2,5	5,0	10,0	-

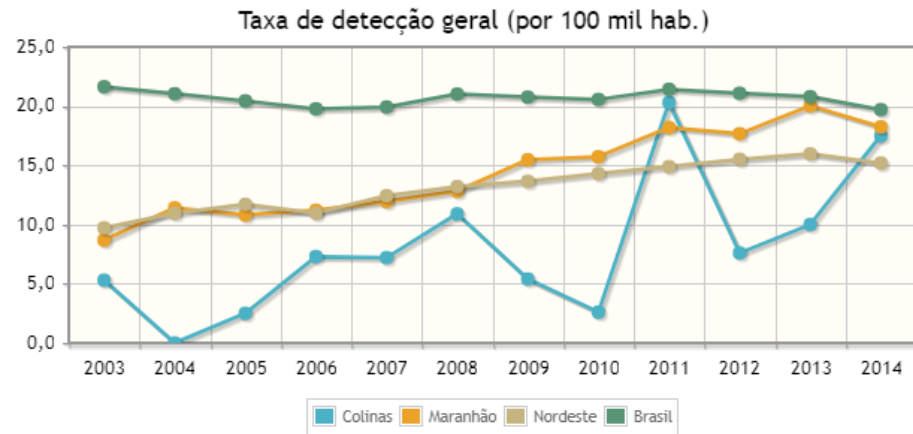
Fonte: MS/SVS/DASIS/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Casos de AIDS notificados no SINAN em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por ano de diagnóstico

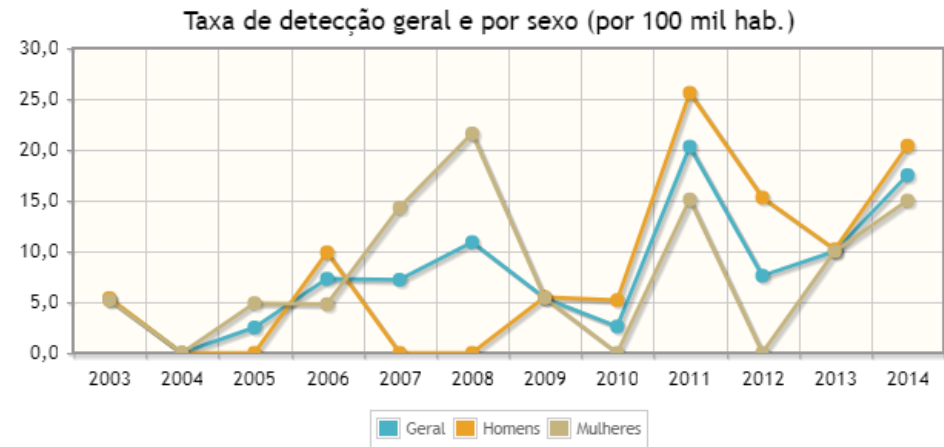
Categoria de exposição	1980-2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
HSH	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Heterossexual	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	2	1	3	0	11
UDI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemofílico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Transfusão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Transmissão vertical	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	4

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

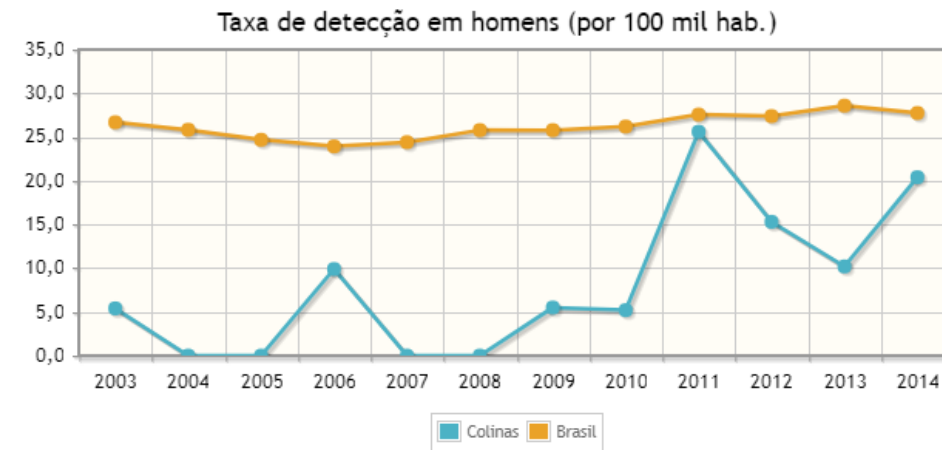
HSH – Homens que fazem Sexo com Homens
 UDI – Usuários de Drogas Injetáveis



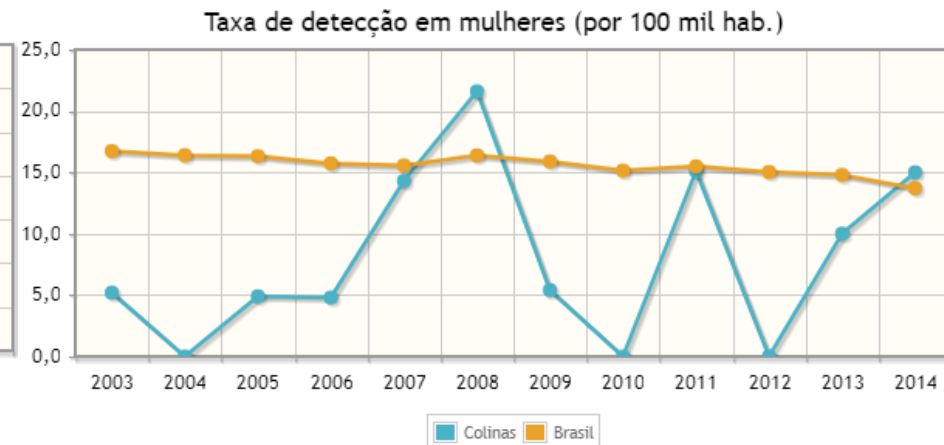
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais



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

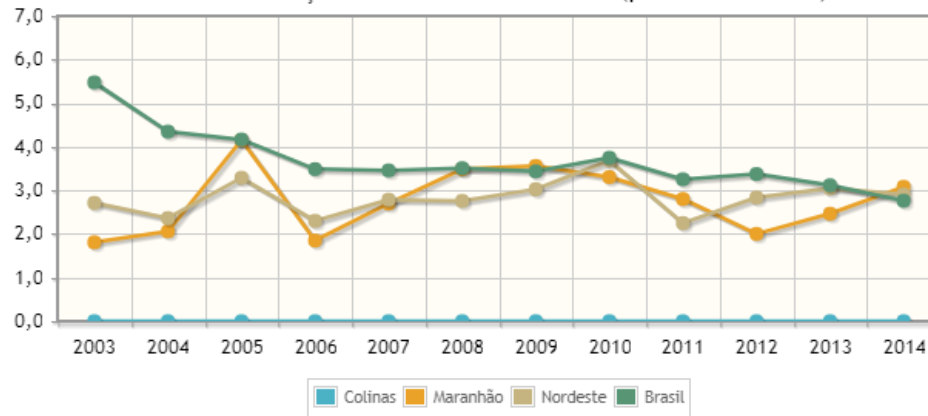


Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais



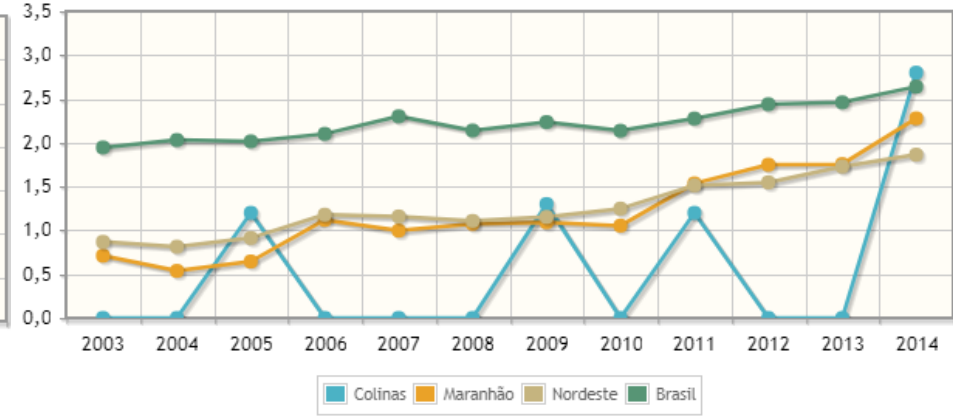
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

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



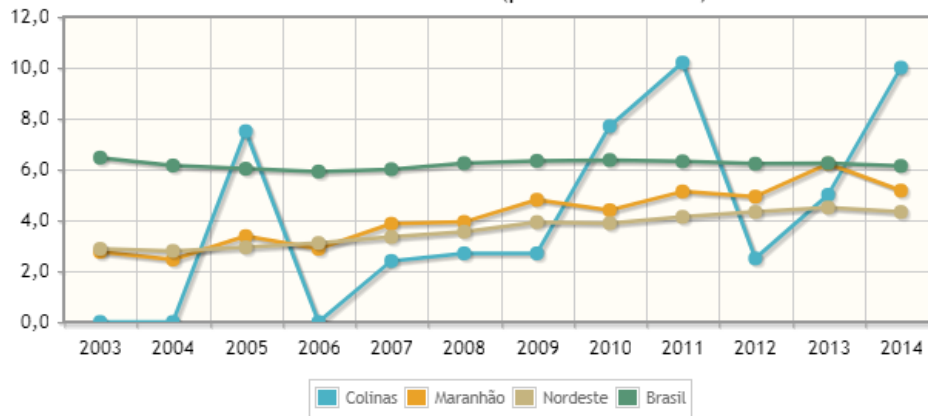
Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

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

→ 6.0 MODELO DE ATENÇÃO E REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE COLINAS

→ 6.1.0 Rede de Estabelecimentos, Profissionais e Serviços de Saúde

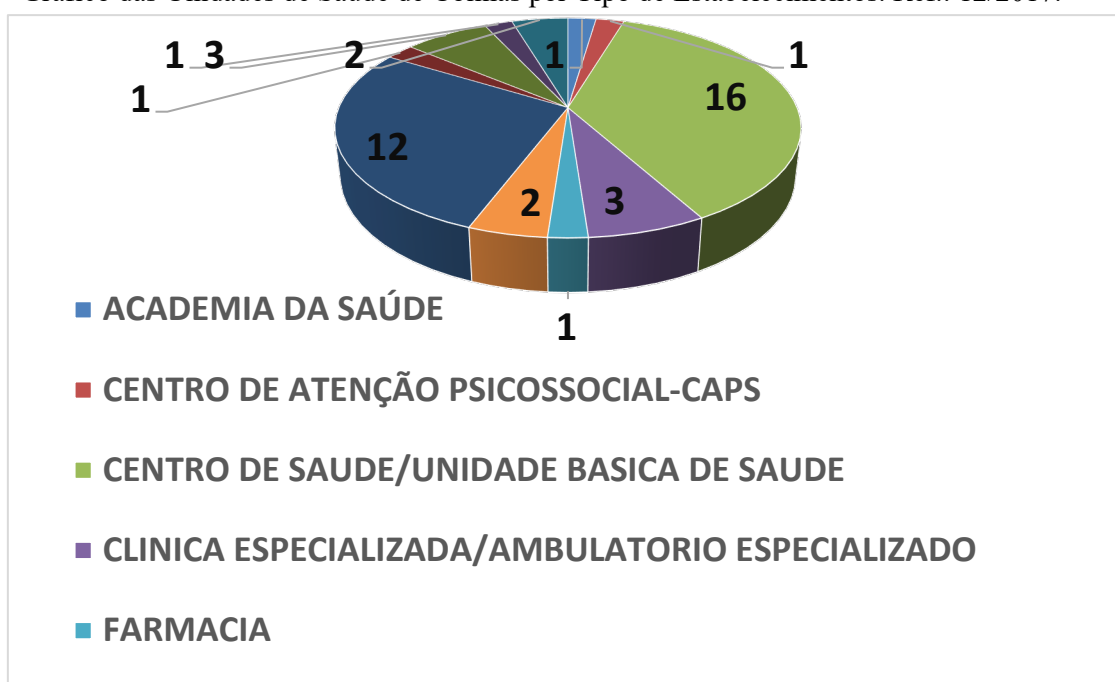
O município de Colinas conta com duas unidades hospitalares gerais: o Hospital Municipal Nossa Senhora da Consolação, CNES 2697947, com 10 leitos cirúrgicos, 44 leitos na clínica médica e 6 leitos em ortopedia, sendo 60 leitos e com cobertura para 347 aihs mensais; e o Hospital Regional Dr Carlos Macieira, CNES 2726645, com 33 leitos e 140 internações mensais.

Conta também com as seguintes unidades:

TIPO DE ESTABELECIMENTO	QUANT
ACADEMIA DA SAÚDE	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	1
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	16
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	3
FARMACIA	1
HOSPITAL GERAL	2
POSTO DE SAUDE	12
SECRETARIA DE SAUDE	1
UNIDADE DE SERVICO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	3
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	1
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI	2
TOTAL	43

Fonte: CNES Competência 12/2017.

Gráfico das Unidades de Saúde de Colinas por Tipo de Estabelecimentos. Ref.: 12/2017.



O Programa de Atenção à Saúde Mental conta com um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, realiza atendimentos na área da Psicologia, Terapia Ocupacional e Psiquiatria, com sede específica no município.

O município tem 02 NASF 1 (Núcleo de Apoio de Saúde da Família). Este serviço conta com atendimento dos profissionais: psicólogo, educador físico, nutricionista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.

O município conta, ainda, com um Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Tipo II e 02 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, sendo uma Unidade e Suporte Básico – USB e uma Unidade de Suporte Avançado – USA.

Recursos Humanos da Rede Pública Municipal de Saúde

Apresentamos abaixo, os profissionais da Rede Pública de Saúde do município de Colinas, informando os profissionais de saúde, com vinculação e CBO:

PROFISSIONAL MÉDICO	QUANTIDADE
ANESTESISTA	01
CIRURGIÃO GERAL	02
CLÍNICO GERAL	19
GINECO OBSTETRA	05
MÉDICO SAÚDE DA FAMÍLIA	17
PEDIATRA	03
PSIQUIATRA	01
RADIOLOGISTA	04
ORTOPEDISTA	01
CARDIOLOGISTA	02
UROLOGISTA	01
ENDOSCOPISTA	01
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	117
AGENTE DE COMBATE DE ENDEMIAS	21
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	6
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	9
AUXILIAR DE ENF SAUDE DA FAMILIA	17
AUXILIAR DE ANALISES CLÍNICAS	1
AUX DE SAUDE BUCAL ESF	7
CIRURGIÃO DENTISTA ESF	7

ENFERMEIRO	15
ENFERMEIRO ESF	18
FARMACÊUTICO	4
FISIOTERAPEUTA	3
NUTRICIONISTA	3
PSICÓLOGO	2
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	52
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	10
TERAPEUTA OCUPACIONAL	2
CIRURGIÃO DENTISTA PROTESISTA	1
TOTAL	406

Financiamento

Por financiamento em saúde, compreende-se o aporte de recursos financeiros para viabilidade das Ações e Serviços Públicos de Saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde de acordo com a Lei Complementar 141/2012.

As transferências (regulares ou eventuais) da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). Esses repasses ocorrem por meio de transferências ‘fundo a fundo’, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais possam contar com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua Programação de Ações e Serviços de Saúde.

Seguindo a LC141/2012, Colinas aplica mais que 15% em saúde mesmo antes da aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, que desencadeou a LC141/2012. O Gráfico a seguir evidencia a aplicação em saúde dos últimos 10 anos.

Tabela de Recursos Próprios aplicados em Saúde

COLINAS		
Ano	Valor	%
2008	4.239.983,21	29,35
2009	2.204.000,43	17,51
2010	2.221.132,11	19,19

2011	3.022.402,37	15,96
2012	2.972.377,00	16,14
2013	4.118.081,64	20,86
2014	4.181.932,20	18,79
2015	4.487.411,75	19,36
2016	7.505.670,64	28,37
2017	6.521.256,56	24,64

Fonte: SIOPS 2008-2017

Vigilância em Saúde

O serviço de Vigilância em Saúde visa promover e estimular ações de prevenção, proteção e promoção da saúde dos indivíduos, sendo regulamentada pelas Portarias GM nº 1.378 de 09 de julho de 2013, Portaria GM nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009 (revogada 1.378/2013) e Portaria GM nº 2.488/2011.

VIGILÂNCIA E SITUAÇÃO DE SAÚDE

-Visa desenvolver o monitoramento contínuo do município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, que identifiquem problemas de saúde e o comportamento dos indicadores de saúde municipal.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VISA)

-Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários, correlatos na produção, distribuição e estocagem de alimentos e/ou produtos congêneres e também nos procedimentos de produção que causem danos ou risco a saúde humana.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VIEP)

-Vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos de saúde, ou quando são necessárias medidas de prevenção e controle de doenças.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL (VSA)

-Estudo e interferência em fatores e condicionalidades do meio ambiente que interferem na saúde humana.

□ 6.4.0 Assistência Farmacêutica

Colinas conta com a Farmácia de Minas, uma parceria com o governo estadual, para atendimento e distribuição de medicamentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). São entregues medicamentos com recursos do governo federal, governo estadual e governo municipal, confecção de processos para aquisição de medicamentos excepcionais, orientação quando ao uso correto dos medicamentos, inclusive com a presença de profissional farmacêutico em todo o processo de funcionamento da unidade.

São mais de 300 fármacos distintos distribuídos atualmente aos usuários, para tratamento de diversas doenças crônicas relacionadas, sendo analgésicos, vitamínicos, bronco dilatadores, antibióticos, anti-hipertensivos, antiparasitários, antiespasmódicos, gastroprotetores, anti-inflamatórios, cardiotônicos, hipoglicemiantes, anticoncepcionais, reidratantes orais, anticonvulsivantes, antidepressivos, hipotiroídicos, antialérgicos, fungistáticos, simpaticolíticos, antimicóticos, anticoagulantes, antiulcerosos, ansiolíticos e/ou outros.

Colinas conta com a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), que está elaborando a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), para orientação e criação de protocolo municipal quanto à

aquisição, distribuição e prescrição de medicamentos tanto para os profissionais, como para os usuários do sistema.

A Farmácia Básica de Colinas está localizada à Praça do Mercado Central.

Atenção Básica Municipal

Colinas tem 16 Unidades Básicas de Saúde com 17 equipes de saúde da família, 07 equipes de saúde bucal modalidade 01 e um Centro de Especialidades Odontológico – CEO Tipo II.

São realizadas atividades nos grupos existentes no município para atendimento aos hipertensos, idosos, gestantes, saúde da mulher, diabéticos, crianças, entre outros, e incentivo à prática de atividade física através do projeto “Saúde Direto do Forno”. Atividades de promoção, prevenção e proteção à saúde são realizadas constantemente pelas equipes de saúde da família aos usuários do sistema municipal de saúde.

Regionalização de Saúde

Através de parceria com outros municípios e Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão, realizamos atendimento na Rede de Urgência e Emergência, apoio e atendimento a pacientes com transtornos mentais através do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Rede Cuidados Pessoa com Deficiência no CEO e hospitais de referências.

A regionalização da saúde é fator importantíssimo para a consolidação do atendimento, visto que se o município permanecer isolado, sem parcerias externas para atendimentos especializados, não conseguirá executar todos os procedimentos de saúde necessários à integralidade da assistência ao usuário.

Regulação, Controle e Avaliação Municipal e TFD

O setor de Regulação, Controle e Avaliação do SUS municipal tem papel importante para o controle e agendamento de procedimentos e atendimentos de média e alta complexidade, de acordo com os parâmetros assistenciais, rede de saúde e Programação Pactuada Integrada (PPI).

Apesar da grande demanda pela procura de procedimentos especializados realizados pelo município na Média Complexidade, há enfrentamento de dificuldades no agendamento e realização de procedimentos específicos, visto que a tabela SUS encontra-se defasada, gerando pouca oferta e muita procura, dificultando o atendimento dos mesmos. Há uma grande demanda por cirurgias e procedimentos de média e alta complexidade, ficando o usuário por vezes muito tempo na fila de espera por este atendimento.

Hospital Municipal Nossa Senhora da Consolação

A parceria Hospital Municipal Nossa Senhora da Consolação e Secretaria Municipal de Saúde de Colinas se dá devido à grande necessidade de troca de prestações de serviços públicos. Nesta parceria, é repassada uma subvenção financeira ao Hospital Municipal Nossa Senhora da Consolação para realização de serviços hospitalares, exames laboratoriais e outros exames específicos, procedimentos clínicos e atendimento da rede de urgência e emergência.

O Hospital Municipal Nossa Senhora da Consolação é caracterizado pela gestão municipal, conforme estabelecido pelo SCNES – Sistema Nacional do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, prestador de serviço ao SUS, seu cadastro está registrado sob o número: 2697947.

Rede de Urgência e Emergência – SAMU 192

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é um programa dos governos Federal, Estadual e Municipal que tem como finalidade prestar socorro à população em casos de urgência e emergência. Com estrutura bem montada e profissionais altamente qualificados, o SAMU 192 consegue reduzir sensivelmente o número de óbitos, tempo de internação hospitalar e sequelas decorrentes da falta de um socorro em tempo hábil.

O SAMU 192 funciona 24 horas por dia, sete dias por semana e, à população dos 15 municípios que compõem a região, beneficiando cerca de 236 mil pessoas. A iniciativa de regionalização do SAMU resultará na redução de mil morte/ano na região.

Ao chamar o SAMU pelo 192, o cidadão é atendido por técnicos de enfermagem treinados e por médicos reguladores que orientam de acordo com a situação relatada pelo solicitante ou enviam uma unidade para o atendimento.

A equipe do SAMU 192 é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores- socorristas.

Para o atendimento móvel, o SAMU 192 dispõe de dois tipos de ambulância: a Unidade de Suporte Básico - USB e a Unidade de Suporte Avançado - USA (UTI Móvel). A USB é utilizada em casos de urgência, quando é preciso o pronto atendimento, mas não há risco de morte iminente. Nestes casos, o resgate é feito por um condutor-socorrista e um técnico de enfermagem. Já a USA é acionada em casos de emergência, quando há necessidade de intervenção médica imediata. Nestes casos, o resgate é feito por um condutor-socorrista, um médico e um enfermeiro. Colinas conta com USA e USB.

Saúde do Homem

Segundo os princípios e diretrizes do Ministério da Saúde, a proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar, o que tem como consequência agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis. A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. (Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem).

A procura tardia faz com que as doenças sejam diagnosticadas tardiamente e os tratamentos necessários sejam longos. Estudos demonstram que os homens têm dificuldade em aderir a tratamentos crônicos ou prolongados ou ainda em modificar hábitos. Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais como a crença de invulnerabilidade enraizada na cultura patriarcal, sendo a doença um sinal de fraqueza. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, fazendo o homem sentir-se incomodado no ambiente da unidade de saúde.

Outro fator apontado como limitador da procura pelos serviços de atenção primária seria o horário de funcionamento coincidente com o de trabalho e a dificuldade de marcação de consultas e exames que podem gerar perda de todo o dia de trabalho sem que sua necessidade seja atendida em um único dia. Em contrapartida, a maioria das mulheres que procuram as unidades de saúde também trabalha, e nem por isso deixam de procurá-las. A compreensão das barreiras sócio-culturais e institucionais é importante para propor medidas que melhorem o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, que deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

Dados do Ministério da Saúde apontam como principal causa de mortes dos homens as Doenças Isquêmicas do Coração, entre elas o infarto agudo do miocárdio. Ao todo, 49.128 homens faleceram por esse motivo.

As doenças cerebrovasculares foram à segunda causa de morte para os homens, com 45.180 óbitos. Na sequência, estão os homicídios – 43.665. O padrão de ocorrência de mais mortes de homens do que de mulheres repete-se em todas as regiões.

O câncer de próstata é chamado “câncer da terceira idade” por possuir alta incidência após os 65 anos. Entretanto, já é fatal em homens a partir de 50 anos. Os óbitos ocorridos nas faixas etárias mais baixas demonstram a importância das ações de prevenção para homens de idade média, como a realização de consulta urológica preventiva.

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

Saúde Mental

Em países desenvolvidos, a lacuna entre oferta e demanda de assistência em saúde mental estimada é de até 70% para transtornos de humor e 90% para transtornos por uso de álcool. Um dos principais fatores para essa lacuna é o subdiagnóstico de transtornos mentais. De 25% a 50% dos pacientes que procuram atenção primária têm pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico. Destes, a não detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de depressão e até 77% para transtorno de ansiedade generalizada.

Em Colinas, ainda não há dados epidemiológicos que possam subsidiar um diagnóstico preciso sobre as condições de saúde mental da população. Entretanto, podemos inferir, a partir de dados dos relatórios de gestão de anos anteriores, que o número de internações psiquiátricas indica que a assistência em saúde mental através de serviços substitutivos e de base territorial ainda é insuficiente para a demanda populacional. Nas internações de adultos, por exemplo, verificou-se um aumento geral de 8,2%. Os transtornos relacionados a álcool e outras drogas representaram 42% das internações desta faixa etária. Dentro deste grupo de patologias as relacionadas, o crack está se manifestando em Colinas, o que está preocupando a gestão atual, visto que as políticas relacionadas ao crack estão direcionadas aos grandes centros.

Saúde Bucal

Segundo os dados do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, em Colinas, das crianças que estão na faixa etária dos 5 anos de idade apenas 46% dessas encontram-se livres de cárie na dentição decídua (dentes de leite).

A carga da doença cárie nas crianças na faixa etária dos 5 anos de idade de Colinas possuem em média 1,51 dentes decíduos (dente de leite) com atividade de cárie. Já na faixa etária dos 12 anos de idade esse número reduz para 0,8 dentes com atividade de cárie (dentro dos padrões preconizados pela Organização Mundial de Saúde para essa faixa etária), voltando a aumentar aos 15-19 anos para 1,1 dentes.

Por isso, as crianças e adolescente que estão na 1º e último ano de ensino fundamental terão prioridade nas ações em saúde bucal pelas equipes de Atenção Primária em Saúde para os anos de 2018 a 2021. As ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde bucal para fase da criança e adolescentes no município devem priorizar as crianças que estão iniciando o ensino fundamental (5 a 7 anos de idade) e os adolescentes que estão concluindo o ensino fundamental (15 a 19 anos).

Com o avanço da idade, e especificamente na faixa etária dos 15-19 anos, esse número de pessoas livres de cárie (em dente permanente) cai para 23% chegando na fase adulta (35-44 anos), com uma porcentagem de menos de um (0,9%) de pessoas livres de experiência de cárie.

Outro acometimento importante são as alterações congênitas como os lábios fissurados e as fendas palatinas. Embora a identificação destas disfunções ocorra em nível hospitalar, o acompanhamento clínico subsequente, com a contrarreferência e vínculo à equipe de atenção primária são premissas da lógica do cuidado integral e da longitudinalidade.

Por fim, 25,5% das pessoas adultas mostram insatisfação com as condições de saúde bucal. Mais da metade dos adultos de 35 a 44 anos de idade tem algum impacto das condições bucais sobre a vida diária. O impacto mais prevalente em todos os grupos etários e regiões está relacionado a dificuldade para se alimentar adequadamente.

Doenças Transmissíveis

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

Dengue

O Levantamento de Índice Rápido de *Aedes aegypti* (LIRAA) é a metodologia recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) para a determinação do Índice de Infestação Predial (IIP) do mosquito vetor da dengue (*Aedes aegypti*). Através da amostragem de imóveis do município, pode-se realizar de forma expedita um rápido diagnóstico da situação da presença de larvas do mosquito vetor na cidade.

Os resultados do LIRAA em meados de janeiro junho mostraram uma elevação substancial dos índices de infestação predial do mosquito vetor da dengue em Colinas por conta do momento chuvoso.

Tuberculose

Colinas apresenta uma média endemicidade de tuberculose sob todas as formas clínicas. Já a forma pulmonar bacilífera, que é a forma transmissível da doença, deve ter um olhar mais crítico para os novos casos por ano.

AIDS

Estima-se que em Colinas há 39 casos ativos de pessoas com AIDS, representando menos de 1% da população. A distribuição da incidência de AIDS, de 2007 a 2012 está mostrada no gráfico abaixo.

A letalidade da Aids em virtude do tratamento combinado com antirretrovirais se mostra em queda no município, porém ainda em patamares elevados.

Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico

Casos de AIDS	1980-2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Total	1	2	0	1	3	3	4	2	1	8	3	4	7	0	39
Homens	1	1	0	0	2	0	0	1	1	5	3	2	4	0	20
Mulheres	0	1	0	1	1	3	4	1	0	3	0	2	3	0	19
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	1	0	0	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0	6

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

Hanseníase

A Hanseníase, doença considerada em eliminação no Brasil, tem através da Rede Básica de Saúde, dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde um grande esforço na busca da eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil.

Apesar do pequeno número de casos sabe-se que há um diagnóstico tardio dos casos, pois o percentual de casos multibacilares em Colinas é superior a 50%, demonstrando que muitas vezes não se pensa em um agravo de baixa magnitude, perdendo uma oportunidade precoce de tratamento, o que leva a lesões irreversíveis.

Mortalidade Materna

Ao longo da série histórica, 2000 a 2010, o coeficiente de mortalidade materna tem sofrido variações. Comparando-se aos três anos anteriores, verifica-se que o ano de 2010 apresenta uma queda no coeficiente de mortalidade materna, 32,76 óbitos por 100.000 nascidos vivos, que pode ser devido à diminuição dos óbitos decorrentes de causas indiretas à gravidez e parto. As doenças clínicas que têm levado ao óbito mulheres no ciclo reprodutivo são preveníveis e controláveis, representando um potencial de óbitos evitáveis. Entre elas citam-se as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias e infecções urinárias. Desta forma salienta-se a necessidade de intensificar as ações de planejamento familiar de forma eficaz, bem como um adequado tratamento e orientação pré-concepcional. A qualidade da assistência pré-natal, com detecção precoce do alto risco e tratamento adequado, são aspectos fundamentais para a prevenção desses óbitos.

A doença hipertensiva ainda tem uma grande prevalência no nosso meio, representando a 3ª causa mais importante de óbito materno. Embora esta seja uma doença com alta letalidade devido a sua gravidade, ela é considerada evitável. Para isto é fundamental diagnóstico e tratamento precoces na rede básica, com referências secundárias ágeis que dispensem adequado e pronto

tratamento.

Mortalidade Infantil

Nos últimos anos houve uma redução progressiva do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) em Colinas, resultado da queda do número do número de óbitos infantis. Em 2016, o CMI foi de 7,90 para cada mil nascidos vivos, o menor valor da história de nossa cidade. No mesmo ano, o CMI foi de 16 no Brasil. Essa queda reflete a melhoria das condições de vida da população e do nível de escolaridade das mães.

A série histórica com informações sobre mortalidade infantil em crianças menores de 1 ano no município de 1991 a 2010, onde pode-se observar uma forte tendência de queda do coeficiente de mortalidade infantil.

	1999	2000	2010	2016
MORTALIDADE INFANTIL	111,90	60,30	37,90	7,90

Atenção à Saúde das Pessoas Idosas

As ações do município voltadas para a saúde do idoso objetivam o desenvolvimento de medidas educativas focando o autocuidado e atitudes preventivas que visam a forma ativa de promoção de saúde e manutenção da autonomia, independência (funcionalidade) e qualidade de vida ao envelhecer.

No entanto, é importante salientar que muitos idosos em nosso município já envelheceram sem acesso a medidas preventivas adequadas. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes/ violências e de doenças cardiovasculares, os amputados por arteriopatias, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

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

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

idosa.

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

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

No referente ao acolhimento do idoso, os profissionais de saúde vem sendo orientados a compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente. Para isso, a equipe precisa estar atenta à dimensão subjetiva da pessoa idosa, ouvindo-a de forma integrada e buscando a real demanda de procura pela unidade de saúde. Muitos idosos encontram nas temáticas de saúde espaços para serem ouvidos e acolhidos e de alguma forma buscam cumprir nessa relação seu papel de cidadão e sujeito ativo. Neste sentido, a equipe é estimulada a ter uma atitude respeitosa, considerando o idoso como capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas; Importante se dirigir a ele em primeiro lugar e não pressupor que o acompanhante deva ser o informado. Considerar que o idoso possa ter uma perda auditiva ou visual é relevante para o sucesso da intervenção.

O uso da Caderneta do idoso é ação estimulada pelo Ministério da Saúde que permite o acompanhamento do idoso de forma mais clara, estimulando a equipe e o próprio paciente a acompanhar, perceber e prevenir os possíveis agravos de saúde. Esta medida compõe a lógica de envelhecimento ativo e tem sido distribuída na rede de atenção primária de acordo com a disponibilização do MS.

Campanhas de vacinação da Influenza têm como público de risco e como prioridade as pessoas com mais de 60 anos.

Apesar de ser o envelhecimento uma conquista da sociedade, em países em desenvolvimento como o Brasil, este ainda se coloca como um problema social, demandando adaptações culturais e investimento público. Nesse sentido, a valorização social da velhice inicia no fortalecimento da estrutura social primária, a família, na qual ocorre a mudança de percepção do envelhecer e do papel do idoso na sociedade.

Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade

A situação de atenção à saúde para a população carcerária brasileira é bastante deficiente, várias doenças infecto-contagiosas, em especial, tuberculose e Aids, atingem níveis epidêmicos alarmantes. Negar o atendimento adequado a presos e presas deve ser considerado um caso grave e de impacto na saúde pública, que não só ameaça a continuidade da vida do preso, mas também da população fora das prisões, já que estes

não se encontram totalmente isolados da sociedade.

A alta incidência de problemas de saúde decorre, em muito, do ambiente prisional que contribui para proliferação de doenças e contágios, doenças respiratórias, gastrintestinais e alérgicas são comumente relatadas pelos presos. Colinas fez planejamento para atendimentos as Pessoas Privadas de Liberdade.

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 adesão ao Incentivo de Desempenho do Previner Brasil;• Fortalecer o Programa Brasil Sorridente, no município, através do Programa Mais Saúde Bucal, com a implantação e implementação de: 2 Unidades Odontológicas Móveis (UOM); implementar 8 Equipes de Saúde Bucal;• 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;
M E T A S	<ul style="list-style-type: none">• 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;
M E T A S	<ul style="list-style-type: none">• 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 Básicas de Saúde na elevação dos Serviços de Assistência Especializada em IST/HIV/Aids;• Implantar 01 Unidade de Referência Municipal para os Serviços de os pacientes com Hepatites Virais.
M E T A S	<ul style="list-style-type: none">• Implementar com mais 02 Academias da Saúde;• Estruturar e adquirir materiais para as Academias da Saúde;• Garantir acesso de qualidade ao serviço de saúde, através da aquisição de equipamentos de informática e acesso à internet (prontuário eletrônico);
M E T A S	<ul style="list-style-type: none">• Garantir transporte adequado para os profissionais da saúde com aquisição de veículos para atenção básica;• Ampliar o monitoramento através da estratégia saúde da família dos agendamentos de consultas especializadas;
M E T A S	<ul style="list-style-type: none">• Fortalecer o Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária;• Realizar busca ativa das gestantes através de visitas domiciliares com os profissionais de saúde;
M E T A S	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver ações do Programa Saúde na Escola em 100% das escolas pactuadas;• 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.

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.	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir estrutura e equipamentos necessários aos ACSs para cumprimento das ações; • Realizar busca ativa das pessoas com comorbidades através de visitas domiciliares com os profissionais de saúde; • Capacitar os profissionais para atendimento da população em seus diversos setores.
1.1.3 OBJETIVO: Garantir a Integralidade da Assistência dos serviços de Média e Alta Complexidade aos usuários do SUS	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar a cobertura do SAMU 192 no município com implantação de uma USB; • Garantir o atendimento de 100% dos pacientes que necessitam de tratamento fora domicílio (interestadual); • Ampliar o atendimento a 100% dos pacientes que necessitam de órtese, prótese e materiais especiais na Odontologia (LRPD); • Garantir a apuração de 80% das denúncias provenientes da ouvidoria e de outras instituições; • Implantar 1 (um) Complexo de Regulação para operacionalização, tanto para TFD quando para procedimentos eletivos; • Garantir o agendamento de pacientes encaminhados a referência para a 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.
1.1.4 OBJETIVO: Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.	
M E T A S	<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; • Implantar o sistema de controle Hórus; • Reestruturar a Farmácia Básica Municipal e a Central de Abastecimento Farmacêutico com estrutura mínima de funcionamento; • 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.
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.	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Concluir as obras de estabelecimentos de saúde em andamento; • 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.
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.	
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	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a taxa mortalidade infantil no município de Colinas de 37,9/1000 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).
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.	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar um Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC); • Manter o Serviço de Atendimento a Pessoas com Deficiência no CEO Tipo II; • Implantar CAPS AD III Regional; • Implantar Serviço de Residência Terapêutica - SRT Tipo II; • Implantar 8 Leitos de Saúde Mental no Hospital Municipal Nossa Senhora da Consolação. Número de Leitos em Saúde Mental implantado no município; • Solicitar Incentivo de Custeio para CAPS AD III implantado; • Fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde com foco na prevenção do uso de álcool e outras drogas, realizando o matriciamento em saúde mental na Atenção Primária; • Construção de Hospital Geral para Porta de Entrada; • Implantar 8 Leitos de Cuidados Prolongados no município; • Implantar Leitos de Retaguarda no município; • Manter o Programa Melhor em Casa com a Equipe Multiprofissional Atenção Domiciliar - EMAD Tipo I; • Manter o Programa Melhor em Casa com a Equipe Multiprofissional de Apoio - EMAP.
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; • Adquirir 2 veículos para transporte eletivo aos serviços de saúde para as pessoas mais necessitadas;
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	<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

E T A S	<p>da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS, nas creches participantes do Programa Saúde na Escola;</p> <ul style="list-style-type: none"> 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

3.1 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.	
3.1.1 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 Colinas.	
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);

EIXO III: VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

4.1 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.	
4.1.1 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; 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; 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;

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

5.1 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.	
5.1.1 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; • Estimular as equipes da Atenção Primária para aumentarem o percentual de cobertura em pelo menos 85% da condicionalidade da saúde dos beneficiários do Programa Auxílio Brasil;
6.2 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.	
6.2.1 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"> • Apoiar as unidades de saúde para ampliar em 80% 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 2025;
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	<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 2025;

S	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>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.</p>	
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.
<p>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.</p>	
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;
<p>7.3 DIRETRIZ: Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais.</p>	
<p>7.3.1 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.</p>	
M E T A	<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

S	<p>os setores da comunidade, inclusive unidades de ensino;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar as investigações dos acidentes de trabalho na vigilância epidemiológica.
<p>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.</p>	
<p>4.4.1 OBJETIVO: Reduzir o déficit do índice de cobertura do saneamento básico em domicílios localizados na zona rural.</p>	
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 2025; • Implantar Módulos Sanitários Domiciliares (MSD) em povoados da zona rural até 2025.

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

<p>8.1 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.</p>	
<p>8.1.1 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.</p>	
M E T A S	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar e implementar o Sistema de Gestão das Informações em Saúde Mental; • Desenvolver, implantar e implementar o Sistema Municipal de Informação em VISA.