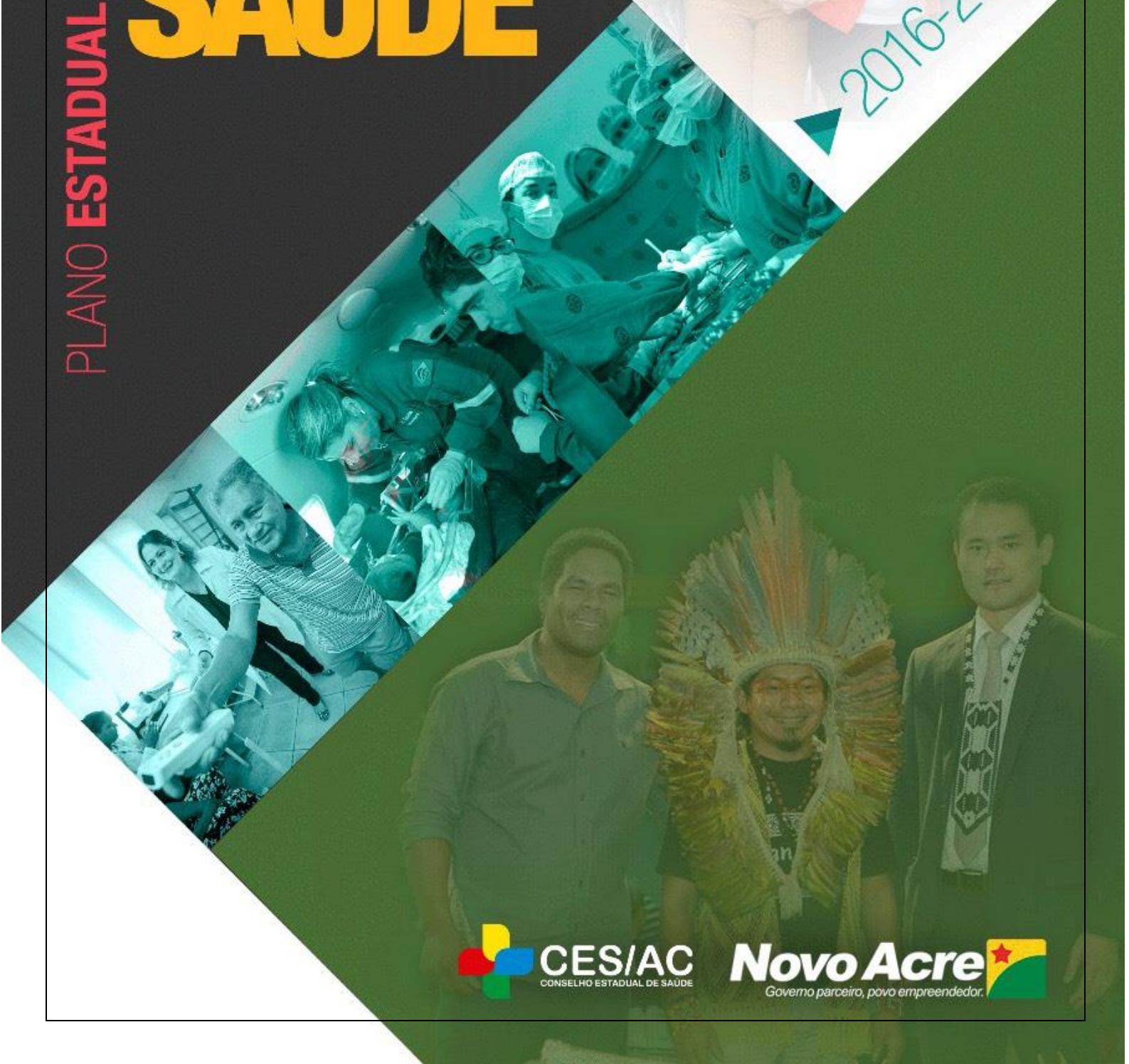




SESACRE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

PLANO ESTADUAL DE

SAÚDE





TIÃO VIANA
GOVERNADOR DO ESTADO DO ACRE

NAZARETH MELLO ARAÚJO LAMBERT
VICE-GOVERNADORA

GEMIL SALIM DE ABREU JÚNIOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

MARIZE BARBOSA FREIRE DE LUCENA
SECRETÁRIA ADJUNTA DE ATENÇÃO À SAÚDE

RUI EMANUEL RODRIGUES ARRUDA
SECRETÁRIO ADJUNTO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

KLEYBER SOUZA GUIMARÃES
SECRETÁRIO ADJUNTO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

JOÃO BATISTA FRANCALINO DA ROCHA
DIRETOR DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

JOÃO PAULO SILVA
DIRETOR EXECUTIVO DE ATENÇÃO A SAÚDE

DENYSCLEY OLIVEIRA BANDEIRA
DIRETOR DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

HERBSON DA SILVA SOUSA
DIRETOR EXECUTIVO DE ADMINISTRAÇÃO E COMPRAS

RAÍCRI BARROS DE OLIVEIRA
DIRETOR JURÍDICO



COMISSÃO DE ELABORAÇÃO

Portaria n° 127 de 05 de fevereiro de 2016.

SECRETARIA ADJUNTA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

RUI EMANUEL RODRIGUES ARRUDA

JOÃO BATISTA FRANCALINO DA ROCHA

MARIA DA CONCEIÇÃO DE ALMEIDA FRANÇA

MEDIÃ BARBOSA FIGUEIREDO

GABRIELA ALVES DA SILVA

ANA LÍDIA MARINHO DA SILVA

TAYNANA SOARES OLIVEIRA

MARIA MIOSÓTIS LAMEIRA CAVALCANTE

VICENTE ABREU NETO

SECRETARIA ADJUNTA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

DENYSCLEY OLIVEIRA BANDEIRA

HERBSON DA SILVA SOUSA

LEONARDO FRANCO CÂNDIDO

SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO À SAÚDE

REJANE VIEIRA DOS SANTOS

ANTONIA GERINÊS ARRUDA RANGEL

MARIA ROSIANY ANUTE DE SOUZA

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

ROSSANA SANTOS FREITAS SPIGUEL

ROBERTO DERZE CRAVEIRO

VALMIRA SANTOS BRAGA E SILVA



COLABORADORES

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO

ADRIANA MICHELE DE ARAÚJO MIRANDA

FRANCISCA AURELINA DE SOUZA

GERDSON DE SOUSA DOURADO

LEISE MERCHED SOUSA

ROSANGELA FRANÇA MAIA DE RODRIGUES

RUTH SILVA LIMA DA COSTA

SUZIANNY DA SILVA MOREIRA

COMPLEXO REGULADOR

ANDRÉIA SANTOS FARIAS

KENNEDY NASSERALA

MOISES MENEZES VIANA

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

ELIZÂNGELA SALDANHA

FÁBIO SALOMÃO SILVA VOGTH

LUANA COSTA DE LIMA

MANUELA BUSSONS

DEPARTAMENTO DE MONITORAMENTO DAS ATAS E CONTRATOS

ADMINISTRATIVOS

HERILÂNDIA SOUZA DA SILVA

SIMONE MAIA ARGOLO

LUCYELLE CAMPELO DE SOUZA

SIMONE VIEIRA DE SOUZA



DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

LORENA FIGUEIREDO LIMA

DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS

DUCIANA ARAUJO PINTO

DIRETORIA DE GESTÃO DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

ELIETE FREITAS CHAVES

MULLER PADILHA GONÇALVES

SIRINÉIA BATISTA MENDONÇA

IURI RUDÁ FRANCA GOMES

DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

ANUB GONÇALVES SAHID

MARIA ALCINETE MARQUES DE LIMA ROOS

MARLENE CAMPOS DOS REIS NOGUEIRA

VIRNA TOMÁS DE PAULA

FABIANA SILVA DE SOUZA

AURISÉLIA PEREIRA LINS

MARIA AUXILIADORA MARQUES DE LIMA

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

EMER OLIVEIRA PINHEIRO SALES

SAÚDE BUCAL

VERÔNICA MARIA BARBOSA FERNANDES

DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

FABIO SANTOS MOREIRA

GENÉSIO BATISTA DE MENDONÇA NETO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE

RAILSON RIGAMONTE LIZA

PÂMELA DE CASTRO TELES SUSSUARANA

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1- ANÁLISE SITUACIONAL.....	22
1.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	22
1.1.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS E PERfil DEMOGRÁFICO	22
1.1.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	33
1.1.3 MORBIDADE E MORTALIDADE	45
1.2 ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	100
1.2.1 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO ESTADO DO ACRE	100
1.2.2 ESTRUTURA FÍSICA DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE	105
1.2.3 SAÚDE SUPLEMENTAR	111
1.2.4 ATENÇÃO BÁSICA	113
1.2.5 SAÚDE DA CRIANÇA	129
1.2.6 SAÚDE DA MULHER	130
1.2.7 SAÚDE BUCAL	131
1.2.8 SAÚDE DO ADOLESCENTE	139
1.2.9 SAÚDE DO IDOSO	140
1.3 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR	146
1.3.1 HEMOACRE	146
1.3.2 FUNDHACRE (Hospital das Clínicas)	149
1.3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	153
1.3.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	154
1.3.4.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS	154
1.3.4.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS DO ESTADO DO ACRE	159
.....	161
1.3.4.3 REDE CEGONHA	172
1.3.4.4 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	180
1.3.4.5 REDE DE CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIENCIA	196
1.3.4.6 COMPLEXO REGULADOR	198
1.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	202
1.4.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	203
1.4.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL	208
1.4.3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA	213
1.4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - VISAT	214
1.5 GESTÃO EM SAÚDE.....	216
1.5.1 PLANEJAMENTO E GESTÃO	216
1.5.2 ENSINO E PESQUISA	221
1.5.3 AUDITORIA	225
1.5.4 FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE	228
1.5.5 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES.....	230
1.5.6 COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT)	231

1.5.7 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ACRE (CIB/AC).....	232
1.5.6 OUVIDORIA	233
2.0 PROGRAMAÇÃO QUADRIENAL 2016-2019.....	235
DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS.....	235
EIXO I – DIREITO À SAÚDE, GARANTIA DE ACESSO E ATENÇÃO DE QUALIDADE.....	235
EIXO II – PARTICIPAÇÃO SOCIAL	262
EIXO III – VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	265
EIXO IV – FINANCIAMENTO DO SUS E RELAÇÃO PÚBLICO – PRIVADO	273
EIXO V – GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	278
EIXO VI – INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO SUS	287
EIXO VII– CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NO SUS	291
EIXO VIII - REFORMAS DEMOCRÁTICAS E POPULARES DO ESTADO	296
3.0 PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA	297
4.0 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	299
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	300
ANEXO I.....	301

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 01	Extensão Territorial e População de 2010 e 2015 do Estado do Acre e do Brasil.	24
Quadro 02	População do Acre em Relação ao Brasil e a Região Norte, conforme os Censos Demográficos de 2000 e 2010, e, Estimativa da População de 2015.	24
Quadro 03	População Rural e Urbana - Acre - 2010.	24
Quadro 04	Distribuição da População por municípios – Acre - 2010 e 2015.	25
Quadro 05	Evolução da População do Estado do Acre com Base nos Últimos 05 Censos Demográficos e Projeções de 2015/2020/2025.	26
Quadro 06	Taxa de Crescimento da População - Acre - 2010-2015 e Projeção 2016-2019	26
Quadro 07	Estimativa Taxa de Fecundidade – Acre - 2010-2015 e Projeção 2016-2019	27
Quadro 08	Taxa de Natalidade – Acre - 2010-2015 e Projeção 2016-2019.	28
Quadro 09	Índice de Envelhecimento da População - Acre 2010-2015 e Projeção 2016-2019	28
Quadro 10	Distribuição da População por Faixa Etária e Gênero - Acre - 2015	30
Quadro 11	Distribuição da População Indígena no Município - Acre - 2013	32
Quadro 12	Tipo de Abastecimento de Água Usado pela População - Acre - 2012-2014	33
Quadro 13	Destino do Lixo Praticado pela População - Acre - 2012-2014	35
Quadro 14	Tipo de Esgotamento Sanitário Usado pela População - Acre – 2011-2014	36
Quadro 15	Taxa de Analfabetismo da População - Acre - 2011-2014	40
Quadro 16	Nível de Escolaridade da População - Acre - 2011-2014	40
Quadro 17	Moradores em Domicílios Particulares Permanentes e a Existência de Microcomputador, Acesso à Internet e tipo de Telefone - Acre - 2011-2014	43
Quadro 18	Internações Hospitalares por Diagnóstico Segundo a CID – 10, por Região de Saúde (Alto Acre) 2012-2015.	45
Quadro 19	Internações Hospitalares por Diagnóstico Segundo a CID – 10, por Região de Saúde (Baixo Acre e Purus) 2012-2015.	46
Quadro 20	Internações Hospitalares por Diagnóstico Segundo a CID – 10, por Região de Saúde (Juruá, Tarauacá e Envira) 2012-2015.	48
Quadro 21	Internação por Município de Ocorrência e por Especialidade – Acre - 2012.	52
Quadro 22	Internação por Município de Ocorrência e por Especialidade - Acre – 2013	53
Quadro 23	Internação por Município de Ocorrência e por Especialidade – Acre - 2014.	54
Quadro 24	Internação por Município de Ocorrência e por Especialidade – Acre – 2015	55

Quadro 25	Número de Casos por Tipo de Câncer e Sexo - Acre - 2011-2014.	56
Quadro 26	Casos de Dengue – Acre - 2012-2015.	60
Quadro 27	Frequência de Casos Notificados de Agressões por Animais - Acre - 2012-2015.	66
Quadro 28	Frequência de Casos Notificados de Doença de Chagas – Acre – 2012-2015.	71
Quadro 29	Cobertura Vacinal Acumulada em Crianças Menores de 01 ano e Tríplice Viral de 01 ano- Região do Alto Acre - 2015.	75
Quadro 30	Cobertura Vacinal Acumulada em Crianças Menores de 01 ano e Tríplice Viral de 1 ano -Região do Baixo Acre e Purus - 2015.	75
Quadro 31	Cobertura Vacinal Acumulada em Crianças Menores de 01 ano e Tríplice Viral de 01 ano-Região do Juruá, Tarauacá e Envira - 2015.	76
Quadro 32	Cobertura Vacinal Acumulada em Crianças Menores de Ano e Tríplice Viral de 01 Ano - Acre - 2015.	77
Quadro 33	Principais Óbitos por Neoplasias – Acre - 2011-2014.	79
Quadro 34	Mortalidade Geral - Regiões de Saúde - Acre - 2012-2015.	80
Quadro 35	Principais Causas de Mortalidade Geral – Acre - 2015	80
Quadro 36	Principais Causas de Mortalidade Geral por Faixa Etária CAP da CID 10 – Acre - 2015.	82
Quadro 37	Óbitos por Residência, por Faixa Etária, - Regiões de Saúde – Acre- 2014	85
Quadro 38	Mortalidade Geral por Causas Externas -Município de Residência – Acre- 2012-2015.	86
Quadro 39	Óbitos em Mulheres por Faixa Etária – Acre – 2011-2015.	87
Quadro 40	Principais Causas de Óbitos em Mulheres – Acre – 2012-2015.	88
Quadro 41	Principais Causas de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil – Acre- 2012-2015.	89
Quadro 42	Número Absoluto de Mortalidade Materna por Faixa Etária – Acre- 2012-2015.	91
Quadro 43	Número de Óbitos Infantis por Município e Regiões de Saúde – Acre - 2012-2015.	94
Quadro 44	Principais Causas de Mortalidade Infantil - Acre - 2012-2015.	97
Quadro 45	Distribuição da População - Município - Regiões de Saúde - Acre - 2010/2015.	101
Quadro 46	Tipo de Estabelecimento de Saúde - Município - Regiões de Saúde - Acre – 2016	105
Quadro 47	Tipo de Prestador - Município - Regiões de Saúde - Acre - 2016	108
Quadro 48	Quantidade de Leitos por Especialidade - Município – Acre - 2016.	109
Quadro 49	Taxa de Cobertura de Planos de Saúde – Acre- set 2010 - set 2015.	111
Quadro 50	Situação Atual da Implantação do (s) Núcleo (s) de Apoio à Saúde da Família-Acre- 2016.	118
Quadro 51	Implantação do Programa Academia da Saúde com Construção de Polos – 2016.	124
Quadro 52	Número Absoluto de Internações por Condições Sensíveis à AB – Municípios - Regiões de Saúde -2011 – 2015.	126

Quadro 53	Distribuição de Reeducandos - Acre - 2015.	143
Quadro 54	Distribuição de Pessoas com Deficiência - Acre - 2015.	144
Quadro 55	Distribuição da População Indígena - Regional Indígena -Município - Acre - 2015.	144
Quadro 56	Distribuição da População Negra - Região de saúde - Acre - 2015.	144
Quadro 57	Produção da HEMOACRE – 2011 – 2015.	147
Quadro 58	Produção da HEMORREDE – 2012 – 2014.	148
Quadro 59	Número de Notificações de Morte Encefálica, Doações, Transplantes Realizados – Acre- 2011 – 2015.	150
Quadro 60	Serviços Custeados (Portarias GM/MS 1884/2012, 2958/2013 e 257/2015).	175
Quadro 61	Construção/Ampliação/Reforma.	176
Quadro 62	Equipamentos SAMU 192 – Acre - 2016.	184
Quadro 63	Unidades Hospitalares com Porta de Urgência - Regiões de Saúde – Acre – 2016.	186
Quadro 64	Grade de Referência das Urgências – Acre - 2016	193
Quadro 65	Unidades Especializadas nas Linhas de Cuidado – Acre - 2016	194
Quadro 66	Demandas Média Complexidade 2013 até 22/01/2016.	198
Quadro 67	Média Complexidade. Especialidade: Oftalmologia.	199
Quadro 68	Média Complexidade. Especialidade: Ortopedia.	200
Quadro 69	Média Complexidade. Especialidade: Oncologia.	200
Quadro 70	Média Complexidade. Especialidade: Otorrinolaringologia.	201
Quadro 71	Plano de Educação Permanente - PEP - Acre – 2009.	220
Quadro 72	Plano de Educação Permanente - PEP – Acre – 2010.	221
Quadro 73	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde – PROFAPS - Acre – 2010.	221
Quadro 74	Plano de Educação Permanente - PEP – Acre – 2011.	222
Quadro 75	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde – PROFAPS - Acre - 2011.	222
Quadro 76	Equipe de Auditoria – SESACRE.	225
Quadro 77	Distribuição dos Trabalhos Por Tipo de Atividade- SESACRE- 2016.	225
Quadro 78	Previsão Orçamentaria de 2016-2019	298
Quadro 79	Previsão Anual de Recursos aos Municípios 2016-2019	299

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Taxa anual de crescimento populacional do Estado do Acre em relação ao Brasil - 2015-2019	27
Gráfico 2	População por sexo e segundo grupos de idade - Acre - 2015	31
Gráfico 3	População % por sexo e segundo grupos de idade - Acre - 2015	31
Gráfico 4	Percentual de Partos Normais e Partos Cesarianos - Região do Alto Acre – 2012-2015	49
Gráfico 5	Percentual de Partos Normais e Partos Cesáreos - Região do Alto Acre – 2012-2015	50
Gráfico 6	Percentual de Partos Normais e Partos Cesáreos - Região do Baixo Acre e Purus- 2012-2015	50
Gráfico 7	Percentual de Partos Normais e Partos Cesáreos Região do Juruá, Tarauacá/Envira - 2012-2015	51
Gráfico 8	Razão entre Exames Citopatológicos do Colo do Útero em Mulheres de 25 a 64 anos e População Feminina na mesma Faixa Etária - Acre	57
Gráfico 9	Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento Realizada em Mulheres de 50 a 69 anos, Acre - 2010-2014.	58
Gráfico 10	Índice Parasitário Anual –IPA - Região de Saúde - Acre - 2012-2015.	59
Gráfico 11	Índice Parasitário Anual –IPA - Região de Saúde - Acre - 2012-2015.	59
Gráfico 12	Casos Confirmados de Dengue - Região do Baixo Acre e Purus - 2012-2015	61
Gráfico 13	Casos Confirmados de Dengue - Região do Alto Acre- 2012-2015	61
Gráfico 14	Casos Confirmados de Dengue - Região do Juruá, Tarauacá/Envira - 2012-2015	62
Gráfico 15	Casos Confirmados de Hepatites Virais - Acre - 2012-2015	62
Gráfico 16	Casos Confirmados de Hepatites Virais - Regiões de Saúde – Acre, 2012-2015	63
Gráfico 17	Notificação de Casos de Sífilis em Gestantes - Acre, 2012-2015	63
Gráfico 18	Notificação de Casos de sífilis em Gestantes - Regiões de Saúde - Acre, 2012-2015	64
Gráfico 19	Notificação de Casos de Sífilis Congênita - Acre - 2012-2015.	64
Gráfico 20	Notificação de Casos de Sífilis Congênita por Regiões de Saúde - Acre – 2012-2015	65
Gráfico 21	Frequência de Atendimento Antirrábico por Espécie Agressora – Acre - 2015	66
Gráfico 22	Frequência de Óbitos Causados por Animais Peçonhentos (Serpentes) – Acre- 2015	67
Gráfico 23	Frequência de Casos Notificados de Leptospirose – Acre- 2012-2015	67
Gráfico 24	Número de Casos Notificados de Leptospirose - Região do Baixo Acre e Purus - 2015	68
Gráfico 25	Número de Casos Notificados de Leptospirose - Região do Alto Acre - 2012-2015	68
Gráfico 26	Número de Casos Notificados de Leptospirose - Região do Juruá	69

	Tarauacá/Envira – 2012-2015	
Gráfico 27	Frequência de Óbitos por Leptospirose - Acre - 2012-2015	69
Gráfico 28	Frequência de Casos Notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana -LTA - Acre- 2012-2015	70
Gráfico 29	Frequência de Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA - Regiões de Saúde- 2012-2015	70
Gráfico 30	Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera – Acre – 2012-2015	72
Gráfico 31	Proporção de Cura entre os Casos Novos de Hanseníase - Regiões de Saúde – 2012-2015	73
Gráfico 32	Proporção de Cura Entre os Casos Novos de Hanseníase nas Coortes – Acre- 2012-2015	73
Gráfico 33	Proporção de Cura entre os Casos Novos de Hanseníase - Regiões de Saúde – 2012-2015	74
Gráfico 34	Número de Óbitos por Câncer de Colo do Útero e de Mama - Acre – 2010-2014.	78
Gráfico 35	Mortalidade Geral por Faixa Etária – Acre - 2014	84
Gráfico 36	Mortalidade Geral por Sexo – Acre - 2012-2015.	86
Gráfico 37	Proporção de Óbitos em Mulheres em Idade Fértil Investigados – Acre - 2012-2015.	90
Gráfico 38	Proporção de Óbitos em Mulheres em Idade Fértil Investigados – MIF- Regiões de Saúde – 2012-2015.	90
Gráfico 39	Razão de Mortalidade Materna – Acre – 2012-2015.	91
Gráfico 40	Proporção de Óbitos Maternos Investigados – Acre – 2012-2015	92
Gráfico 41	Proporção de óbitos Maternos Investigados - Regiões de Saúde - 2012-2015.	92
Gráfico 42	Coeficiente de Mortalidade Infantil – Acre – 2012-2015.	93
Gráfico 43	Proporção de Óbitos Infantis e Fetais Investigados - Acre - 2012-2015.	95
Gráfico 44	Proporção de Óbitos Infantis e Fetais Investigados - Regiões de Saúde – 2012-2015.	96
Gráfico 45	Coeficiente de Mortalidade Neonatal - Acre - 2012-2015.	98
Gráfico 46	Coeficiente de Mortalidade Pós - Neonatal - Acre - 2012-2015.	99
Gráfico 47	Taxa de Cobertura de Planos de Saúde - Assistência médica - Acre - set.2010- set.2015	111
Gráfico 48	Taxa de Cobertura de Planos de Saúde - Exclusivamente odontológico - Acre -set.2010 - set 2015	112
Gráfico 49	Número de Serviços Odontológicos- Acre - 2016.	131
Gráfico 50	Números de Cirurgiões Dentistas- Acre-2016.	132
Gráfico 51	Cobertura CDS –Acre- janeiro - 2015.	132
Gráfico 52	Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal.	134
Gráfico 53	Média Anual da Ação Coletiva de Escovação Supervisionada- Regiões de Saúde –Acre - 2011-2015.	135
Gráfico 54	Proporção de Exodontias em Relação aos Procedimentos – Regiões de Saúde – Acre – 2011-2015	136

Gráfico 55	Cobertura de Equipes de Saúde Bucal – Acre – 2001-2015	137
Gráfico 56	Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - Município - Acre – 2015	206
Gráfico 57	Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar com Funcionamento 24 horas – Acre - 2016	206

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Localização Geográfica do Estado do Acre	23
Figura 2	Mapa da Regionalização da Saúde no Estado Acre	100
Figura 3	Regional do Baixo Acre/Purus	103
Figura 4	Regional do Alto Acre	103
Figura 5	Regional do Juruá/Tarauacá e Envira	104
Figura 6	Número de Serviços Odontológicos por Região de Saúde.	134

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Expectativa de Vida ao Nascer da População do Acre 2010-2015 e Projeção de 2016-2019.	29
Tabela 2	População do Estado do Acre Conforme o Gênero, nos anos de 2012 a 2015 e Projeção 2016 a 2019.	30
Tabela 3	Rendimento Mensal da População - Acre - 2014	42
Tabela 4	Índice de Desenvolvimento Humano - IDH - Acre- nos anos Censitários – 1991/2000/2010	44
Tabela 5	Situação Atual da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde - Acre-2016.	113
Tabela 6	Cobertura de Atenção Básica - Regiões de Saúde- Acre - 2011-2015	114
Tabela 7	Situação Atual da Implantação da (s) Equipe (s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde – Acre-2016.	115
Tabela 8	ESFR Implantadas – Municípios - Regiões de Saúde – Acre- 2016	115
Tabela 9	Status de Implantação do E-SUS AB – Municípios- Regiões de Saúde- Competência: Janeiro – 2016	116
Tabela 10	Quantitativo Mais Médicos nas ESF- Município - Regiões de Saúde- Acre - 2016.	117
Tabela 11	Cobertura de Equipes NASF – Acre – 2011-2015	118
Tabela 12	Comparativo de Adesão aos Ciclos do PMAQ das Equipes de Atenção Básica do Estado – 2016	120
Tabela 13	Comparativo de Adesão aos Ciclos do PMAQ das Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do Estado – 2016.	121
Tabela 14	Comparativo do Desempenho das Equipes PMAQ do 1º e 2º ciclo - Acre– 2016	122
Tabela 15	Número de Equipes de Atenção Domiciliar- Acre - 2016	124

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACREPREVIDÊNCIA	Instituto de Previdência do Estado do Acre
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS AD	Centro de Apoio Psicossocial de Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Apoio Psicossocial Nível I
CAPS II	Centro de Apoio Psicossocial Nível II
CECON	Centro de Controle Oncológico do Acre
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CR	Complexo Regulador
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CREME	Centro de Referência para o Programa de Medicamentos
CT&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
DAB	Departamento de Atenção Básica.
DAC	Diretoria Administrativa de Compras
DAF	Divisão de Assistência Farmacêutica



DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAPE	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DAS	Diretoria de Atenção à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGC	Departamento de Gestão de Contratos
DGFES	Diretoria de Gestão do Fundo Estadual de Saúde
DPCT	Departamento de Ensino e Pesquisa, Ciência e Tecnologia.
DOF	Diretoria de Orçamento e Finanças
DRCAA	Departamento de Regulação Controle Avaliação e Auditoria
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
DVS	Departamento de Vigilância em Saúde
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
FES	Fundo Estadual de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNDHACRE	Fundação Hospitalar Estadual do Acre
GRP	Sistema de Gestão de Recursos Públicos
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social



INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais Transgêneros.
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PATICIPASUS	Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PAVISA	Plano de Ação de Vigilância Sanitária
PCCR	Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PGASS	Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
PLANEJASUS	Política Nacional do Sistema de Planejamento do SUS
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB
POP'S	Procedimentos Operacionais Padrão
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRD	Programa de Redução de Danos
PSF	Programa Saúde da Família
PSI	Programa de Saúde da Família Indígena
RAG	Relatório Anual de Gestão



RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASE	Relação Nacional das Ações e Serviços da Saúde
RH	Recursos Humanos
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPG	Secretaria Adjunta de Planejamento e Gestão
SARGSUS	Sistema de Apoio Ao Relatório de Gestão do SUS
SB	Saúde Bucal
SEOP	Secretaria Estadual de Obras Públicas
SESACRE	Secretaria de Estado de Saúde do Acre
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SI – PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Humanização.
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGAB	Sistema de Informação e Gerenciamento da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Informações de Agravos Notificáveis
SINAN-NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos Em Saúde
SIRH	Sistema de Informação de Recursos Humanos



SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero.
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer.
SISMAL	Sistema de Informação da Malária
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer De Mama
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-Natal
SIVEP/MALARIA	Sistema de Informação em Vigilância Epidemiológica da Malária
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAC	Universidade Federal do Acre
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia.
VISA	Vigilância Sanitária

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado de Saúde do Acre – SESACRE apresenta o Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019 que traduz a intenção política da atual gestão, explicitando as diretrizes, objetivos e metas para o período dos próximos quatro anos. O conteúdo deste documento foi compartilhado e amplamente discutido com o Conselho Estadual de Saúde – CES. Sua elaboração contou com a participação de diversos atores que atuam no cenário da gestão estadual do Sistema Único de Saúde - SUS. Tem por base a Lei 8080/1990, a Lei 8.142/1990, a Emenda Constitucional nº 29/2000, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, a Lei Complementar 141/2012, a portaria 2135/2013 e como orientação organizacional o Plano Diretor de Regionalização – PDR.

Além do marco legal atentou-se para elencar os condicionantes e determinantes de saúde. Serviram como referencial o Relatório Anual de Gestão – RAG e o plano de governo 2012-2015. Somou-se como ferramenta principal a VII Conferencia Estadual de Saúde 2015 e as políticas prioritárias de governo.

O Plano Estadual de Saúde 2016-2019 traduz as aspirações da população por meio da participação do controle social, como também, dos profissionais e dos gestores e o compromisso do Governo do Estado com a saúde da população. Tem como principal objetivo fortalecer a gestão da rede de atenção à saúde no âmbito das regiões de saúde e o planejamento regional, buscando garantir o acesso à saúde com qualidade em todos os níveis de atenção em conformidade com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Está organizado por eixos e diretrizes deliberados pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, estando assim constituído: **EIXO I** – Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade; **EIXO II** Participação social; **EIXO III**– Valorização do trabalho e da educação em saúde; **EIXO IV** – Financiamento do SUS e relação público-privado; **EIXO V** – Gestão do SUS e modelos de atenção à saúde; **EIXO VI** – Informação, educação e política de comunicação do SUS; **EIXO VII** – Ciência , tecnologia e inovação no SUS; **EIXO VIII** – Reformas democráticas e populares do Estado.

1- ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

1.1.1 ASPECTOS GEOGRÁFICOS E PERFIL DEMOGRÁFICO

O Acre é o 15º estado brasileiro em extensão territorial, com uma superfície de 164.221,36 km², correspondente a 4,26% da Região Norte e a 1,92% do território nacional, com uma densidade demográfica de 4,47 hab./km². (Acre em números, 2015).

O Estado está situado num planalto com altitude média de 200 m, localizado no sudoeste da Região Norte, entre as latitudes de -7°06'56" N e longitude - 73° 48' 05"N, latitude de - 11° 08' 41"S e longitude - 68° 42' 59"S.

Os limites do Estado são formados por fronteiras internacionais com Peru (O) e Bolívia (S) e ainda, por divisas estaduais com os estados do Amazonas (N) e Rondônia (L). Conforme dados do IBGE 2016, possui 3.036 km de linha divisória, sendo: 2.183 km de linha divisória internacional (618 km com a República da Bolívia e 1.565 km com a República do Peru) e 853 km de linha divisória nacional (831 km com o Estado do Amazonas e 22 km com o Estado de Rondônia).

Em relação a Greenwich o Acre está no 5º fuso horário, com 5 horas a menos em relação a Londres e 2 horas a menos em relação a Brasília.

Os rios do estado constituem um meio de transporte muito importante. A maioria das cidades e povoados acreanos se originou às margens dos rios. Os principais cursos d'água são os rios Tarauacá, Purus, Gregório, Envira, Acre e Juruá. Eles formam a rede hidrográfica estadual dividida entre a Bacia do Acre-Purus e a Bacia do Juruá.

De acordo com a Classificação de Köppen A, o clima acreano é do tipo equatorial, quente e úmido, com temperaturas médias anuais variando entre 24,5°C e 32°C, permanecendo uniforme em todo o estado e predominando em toda a região amazônica. Ocorrem duas estações distintas: uma seca e uma chuvosa. Durante a estação seca, que se inicia no mês de maio prolongando-se até o mês de outubro, desaparecem as chuvas, sendo comuns as “friagens”. A estação chuvosa ocorre de novembro a abril, sendo caracterizada por chuvas constantes e abundantes. É nesse período que geralmente acontece o transbordamento dos rios causando as enchentes que afetam a população do Estado, gerando transtornos ao desabrigar as famílias que precisam sair de suas casas, muitas vezes perdendo seus bens, e ocasionando o surgimento de doenças infecciosas como, por exemplo, a leptospirose. A umidade relativa do ar atinge 90%,

índice bastante elevado se comparado ao de outras regiões brasileiras. Já os índices pluviométricos variam de 1.600 mm a 2.750 mm/ano. (IBGE e Govinda Terra - Geógrafo).

Figura 1 – Localização Geográfica do Estado do Acre



Quadro 01 – Extensão Territorial e População do ano de 2010 e 2015 do Estado do Acre e do Brasil.

	ACRE	BRASIL
População em 2010	732.793	190.747.855
*População em 2015	803.503	204.450.649
Área Territorial (km ²)	164.221,36	8.515.767,049
Densidade Demográfica (hab/km ²)	4,47	24,9
Nº de municípios	22	5.570

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015. *Estimativa

Quanto a área territorial brasileira, observa-se que o estado do Acre representa apenas 1,92%, e 0,39% da população brasileira. Entretanto na extensão territorial o Estado do Acre fica 15º em relação ao demais estados brasileiros. De 2010 para 2015 o crescimento populacional do Estado do Acre foi de 9,53%.

Quadro 02 - População do Acre em Relação ao Brasil e a Região Norte Conforme os Censos Demográficos de 2000 e 2010 e Estimativa da População - 2015.

	Censo 2000	Censo 2010	Estimativa 2015
Brasil	169 799 170	190.755.799	204.450.649
Região Norte	12 900 704	15.864.454	17.472.636
Acre	557 526	733.559	803.503

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015.

Em 2000 a população do Estado representava 4,32% da região Norte e 0,33% da população brasileira, percentual que segundo as estimativas do IBGE teve alteração significativa nesse período de 15 anos, uma vez que em 2015 o Estado correspondia a 4,60% da população da Região Norte e 0,39% do Brasil.

Quadro 03 - População Rural e Urbana - Acre – 2010

	(Mil Pessoas)	(Percentual)
Total	733.559	100,00
Urbana	532.279	72,56
Rural	201.280	27,44

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Senso 2010.

A população residente na área urbana representa mais de 70% (IBGE,2010) da população total do Estado. O crescimento populacional nessa área pressionou a ocupação de novos espaços como as margens dos igarapés e áreas de riscos que devido à infraestrutura inadequada, falta de saneamento básico e acúmulo de lixo doméstico potencializa os riscos à saúde da população residente nesses ambientes.

Quadro 04 - Distribuição da População por Municípios - Acre - 2010/2015

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO RESIDENTE	
	Ano 2010	Estimativa 2015
Acrelândia	12.538	13.867
Assis Brasil	6.072	6.735
Brasiléia	21.398	23.847
Bujari	8.471	9.336
Capixaba	8.798	10.500
Cruzeiro do Sul	78.507	81.520
Epitaciolândia	15.100	16.736
Feijó	32.412	32.381
Jordão	6.577	7.506
Mâncio Lima	15.206	17.172
Manoel Urbano	7.981	8.638
Marechal Thaumaturgo	14.227	16.896
Plácido de Castro	17.209	18.157
Porto Acre	14.880	16.757
Porto Walter	9.176	10.761
Rio Branco	336.038	370.549
Rodrigues Alves	14.389	16.977
Santa Rosa do Purus	4.691	5.809
Sena Madureira	38.029	41.750
Senador Guiomard	20.179	21.184
Tarauacá	35.590	38.819
Xapuri	16.091	17.606
Acre	733.559	803.503

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015.

O Estado é formado por 22 (vinte e dois) municípios com uma população estimada em 2015, segundo o IBGE, de 803.513 (oitocentos e três mil quinhentos e treze) habitantes. Possui 05 (cinco) municípios com população menor que 10.000 hab., 15 (quinze) municípios com população entre 10.001 - 50.000 habitantes, um município com população entre 50.001 – 100.000 habitantes e um município com população maior que 100.000 habitantes, a capital do Estado, Rio Branco.

As cidades mais populosas são Rio Branco, Cruzeiro do Sul, Feijó, Tarauacá e Sena Madureira, onde juntas representam 70,32% da população total. Feijó é o único município acreano que segundo estimativa de 2015 sinaliza um decréscimo populacional.

Quadro 05 - Evolução da População do Estado do Acre com Base nos Últimos Cinco Censos Demográficos e Projeções de 2015/2020/2025

ANO	TOTAL
1970	215.299
1980	301.276
1991	417.718
2000	557.526
2010	733.559
2015	803.513
2020	866.811
2025	923.171

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2016.

Quadro 06 - Taxa de Crescimento da população - Acre - 2010-2015 e Projeção 2016-2019

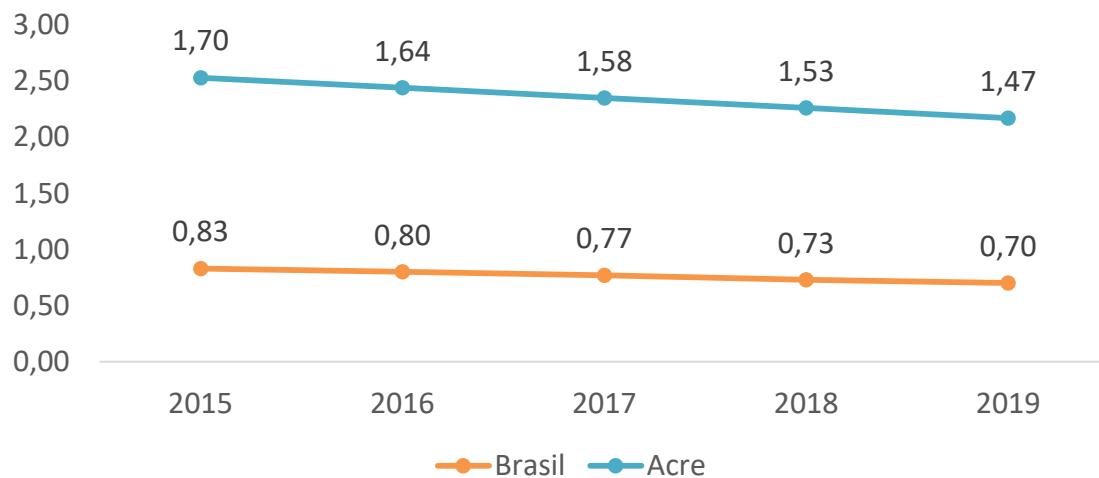
ANO	TAXA
2010	1,99
2011	1,93
2012	1,87
2013	1,81
2014	1,76
2015	1,70
2016	1,64
2017	1,58
2018	1,53
2019	1,47

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2016.

Os quadros 05 e 06 expressam a projeção geométrica do crescimento populacional do Estado nos últimos anos. Nota-se que a população estadual cresceu num ritmo de 1,8% (13.800 pessoas) nos anos de 1970 a 2015, e vem diminuindo o ritmo de crescimento gradativamente na análise dos anos de 2010 a 2019. Essa desaceleração está relacionada à diminuição das taxas de natalidade.

Na projeção da taxa de crescimento da população do período de 2016 a 2019 observar-se um declínio considerável na taxa de crescimento populacional, porém, esse cenário poderá sofrer modificações, pois os movimentos migratórios, o aumento da expectativa de vida em virtude do desenvolvimento de novas tecnologias medicinais, além de cuidados e preocupação com a saúde, a urbanização, a queda da fecundidade da mulher, o planejamento familiar da população são fatores que contribuem para as modificações do crescimento populacional.

Gráfico 1 – Taxa anual de crescimento populacional do Estado do Acre em relação ao Brasil - 2015-2019



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2016.

No intervalo 2015-2019 apresenta declínio significativo na taxa anual de crescimento populacional. Observa-se que o Estado acompanhou a tendência do Brasil. A Organização Mundial de Saúde – OMS aponta redução da população mundial, onde a principal causa do declínio seria a disseminação do uso de métodos contraceptivos

Quadro 07 – Estimativa Taxa de Fecundidade – Acre - 2010-2015 e Projeção 2016-2019

ANO	TAXA
2010	2,81
2011	2,74
2012	2,66
2013	2,59
2014	2,52
2015	2,45
2016	2,39
2017	2,33
2018	2,27
2019	2,21

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2016.

A taxa de fecundidade no Estado que em 2010 era de 2,81, passou para 2,45 em 2015. No período apresentado, observa-se continuo declínio das taxas de fecundidade total. A projeção aponta para a continuidade do declínio.

Segundo a OMS nas últimas décadas houve um declínio dramático nas taxas de fecundidade (média de filhos por mulher) nos países em desenvolvimento que estavam impulsionando o crescimento. As mulheres passaram a ter entre 2 e 5 filhos. Desde 1965, a fecundidade mundial diminuiu de 5 para 2,7. Taxas de fecundidade de menos de dois filhos fazem com que haja, em determinado momento, o declínio da população.

Quadro 08 - Taxa de Natalidade – Acre - 2010-2015 e Projeção 2016-2019

ANO	TAXA
2010	24,40
2011	23,76
2012	23,12
2013	22,50
2014	21,89
2015	21,28
2016	20,69
2017	20,12
2018	19,56
2019	19,02

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2016.

A taxa de natalidade decresce ano a ano, passando de 24,40 nascimentos por 1.000 habitantes em 2010 para 21,28 em 2015. Este decréscimo da taxa de natalidade poderá interferir no crescimento populacional.

Estes valores são decorrentes da realidade das condições socioeconômicas, uso de métodos contraceptivos e mudanças nos aspectos culturais da população do Estado.

Quadro 09 – Índice de Envelhecimento da População - Acre 2010-2015 e projeção 2016-2019

ANO	ÍNDICE
2010	10,59
2011	10,97
2012	11,38
2013	11,83
2014	12,35
2015	12,92
2016	13,59
2017	14,34
2018	15,15
2019	16,04

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2016.

A proporção de pessoas com mais de 60 anos na população acreana vem apresentando tendência ascendente no período de 2010 a 2014, como também, na projeção dos demais anos apresentados. Isso indica que o Estado caminha para um perfil demográfico que poderá apresentar aumento da população idosa a cada ano. Este fato apresenta grande impacto nas políticas públicas de saúde e socioeconômicas do Estado. Segundo a ONU, o aumento do índice de envelhecimento da população se continuo nos próximos 30 anos, resultará em mais idosos do que crianças e adolescentes.

Tabela 1 - Expectativa de Vida ao Nascer da População do Acre 2010-2015 e Projeção de 2016-2019.

ANOS	HOMEM	MULHER	TOTAL
2010	68,46	75,40	71,68
2011	68,87	75,80	72,11
2012	69,27	76,19	72,51
2013	69,66	76,56	72,89
2014	70,02	76,90	73,26
2015	70,37	77,23	73,61
2016	70,70	77,54	73,94
2017	71,01	77,83	74,25
2018	71,31	78,10	74,55
2019	71,60	78,36	74,83

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2016.

A expectativa de vida ao nascer vem aumentando com o passar dos anos em ambos os sexos. A Tabela 1 mostra que as mulheres acreanas têm expectativa de vida mais elevada que os homens. Fatores como saúde, educação, situação socioeconômica, entre outros, são determinantes para uma maior expectativa de vida.

Quadro 10 - Distribuição da População por Faixa Etária e Gênero - Acre – 2015

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO 50,46 %	FEMININO 49,54%	TOTAL	%
0 a 4 anos	43.815	42.034	85.849	10,68
5 a 9 anos	44.967	43.529	88.496	11,01
10 a 14 anos	45.220	43.932	89.152	11,10
15 a 19 anos	42.312	40.986	83.298	10,37
20 a 29 anos	72.706	71.354	144.060	17,93

Quadro 10 - Distribuição da População por Faixa Etária e Gênero - Acre – 2015

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO 50,46 %	FEMININO 49,54%	TOTAL	%
30 a 39 anos	61.881	60.739	122.620	15,26
40 a 49 anos	42.070	41.573	83.643	10,41
50 a 59 anos	27.127	27.050	54.177	6,74
60 a 69 anos	15.444	15.332	30.776	3,83
70 a 79 anos	6.977	8.105	15.082	1,88
80 anos e mais	2.902	3.458	6.360	0,79
TOTAL	405.421	398.092	803.513	100

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015.

Observa-se que a população do Acre é muito jovem. 61,1% da população são menores de 30 anos. As faixas etárias com maior concentração (33,19%) são as de 20 a 29 e 30 a 39 anos. A população de maiores de 60 anos é 6,5%.

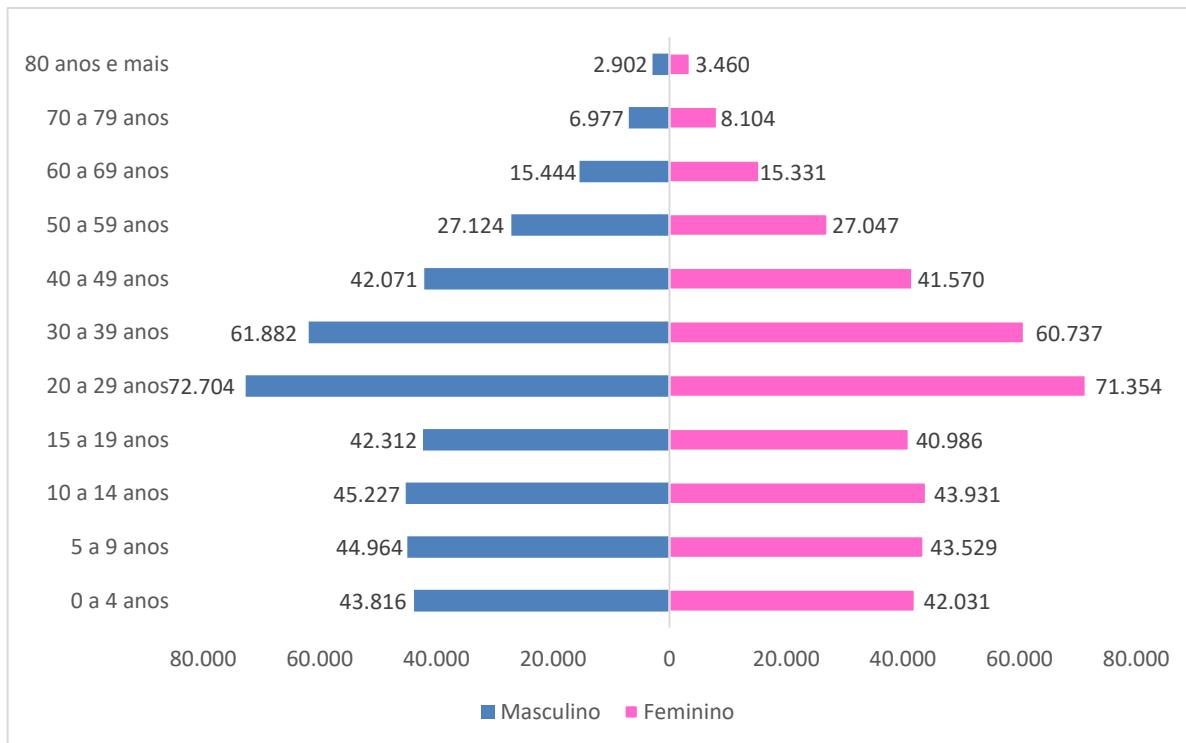
Tabela 2 – População do Estado do Acre por Gênero - 2012-2015 e Projeção 2016-2019.

GENERO	ANO							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HOMEM	385.373	392.157	398.845	405.421	411.880	418.217	424.426	430.498
MULHER	377.258	384.306	391.256	398.092	404.807	411.402	417.864	424.193
TOTAL	762.631	776.463	790.101	803.513	816.687	829.619	842.290	854.691

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015.

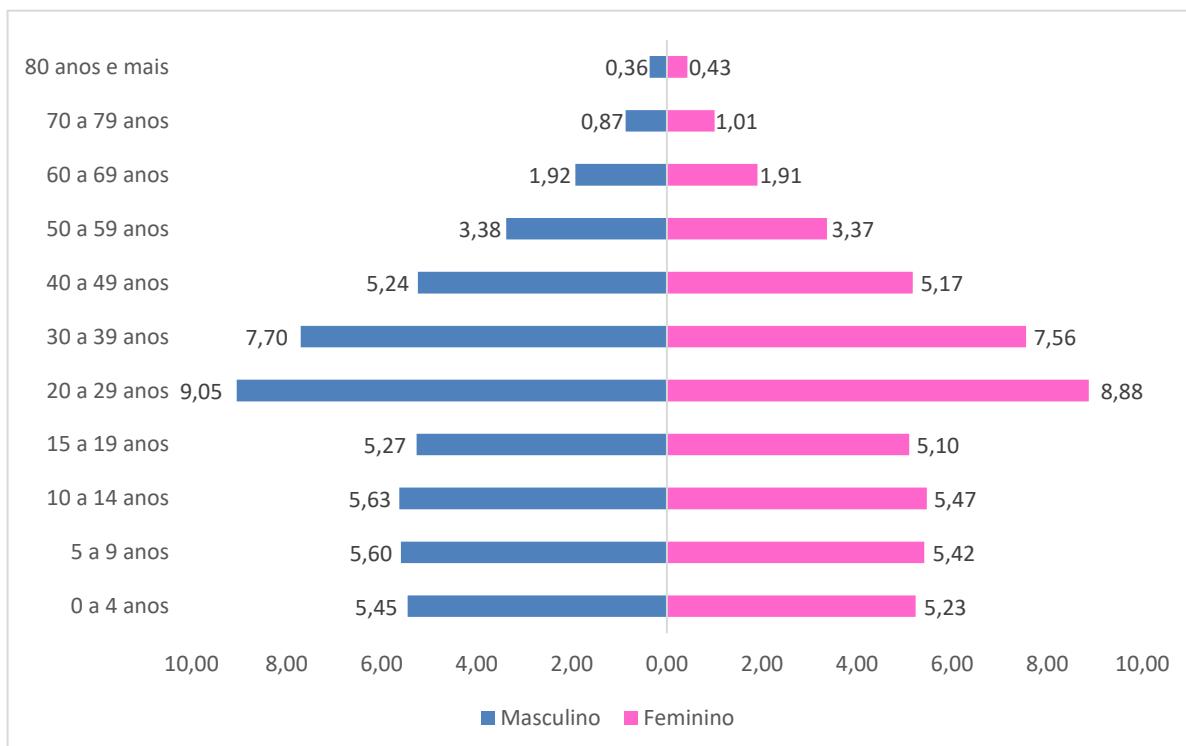
Nota-se que há um equilíbrio na distribuição da população no Estado do Acre no período de 2012 a 2015, embora o sexo masculino apresente uma pequena predominância em todos os anos analisados. Essa tendência tende a permanecer conforme projeção realizada pelo IBGE para os próximos 04 (quatro) anos.

Gráfico 2 - População por sexo e segundo grupos de idade - Acre - 2015.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015.

Gráfico 3 - População % por sexo e segundo grupos de idade - Acre - 2015.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015.

Observa-se um alargamento no centro da pirâmide que corresponde às idades de 20 a 50 anos. Segundo estudiosos é preciso encontrar sempre um ponto de equilíbrio entre o nível da população, que deve preferencialmente se manter como adulta, ou seja, nem muito velha e nem muito jovem, como é o caso da população acreana na atualidade (PENA,2015).

Quadro 11 – Distribuição da População Indígena no Município - Acre - 2013

MUNICÍPIOS/ETNIAS	QUANTIDADE	
	ALDEIA	POPULAÇÃO
Assis Brasil		
Jaminawa, Machineri	5	315
Assis Brasil e Sena Madureira		
Jaminawa, Machineri	13	996
Cruzeiro do Sul		
Katukina, Jaminawa, Jaminawa-Arara	10	873
Feijó		
Ashaninka, Shanenawa, Kulina, Kaxinawá	40	3.225
Feijó e Santa Rosa do Purus		
Ashaninka	1	15
Jordão		
Kaxinawá	32	2.032
Jordão e Marechal Thaumaturgo		
Kaxinawá	6	765
Mâncio Lima		
Nukini, Poyanawa, Nawa	8	1.506
Manoel Urbano e Santa Rosa		
Kaxinawá, Kulina	45	3.869
Marechal Thaumaturgo		
Ashaninka, Jaminawa-Arara, Shawādawa, Apolima-Arara, Kuntanawa	11	1.446
Porto Walter		
Arara do Igarapé Humaitá	8	622
Sena Madureira		
Jaminawa, Manchineri	7	445
Tarauacá		
Kaxinawá, Ashaninka, Katukina, Yawanawa	24	2.131
ACRE	210	18.240

Fonte: DSEI; AEAI.- abril / 2013.

Nota: Os municípios de Feijó, Jordão e Santa Rosa do Purus possuem povos indígenas isolados que não estão contabilizados na quantidade de aldeias e população.

Os municípios de Manoel Urbano, Santa Rosa, Feijó, Jordão e Tarauacá detêm a maior população indígena do Estado.

1.1.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

As condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem são responsáveis pela maior parte da carga das doenças existentes. É importante compreender o valor que a saúde tem para a sociedade e entender que ela depende de ações que muitas vezes não têm relação direta com o setor Saúde.

Saneamento básico e educação são fatores sociais que influenciam fortemente na condição de saúde da população de um território. A falta de saneamento básico, a inexistência de coleta de lixo, a falta no abastecimento de água, do esgotamento sanitário e de energia elétrica, são fatores responsáveis por diversas doenças e óbitos.

Ao mesmo tempo, o acesso ao trabalho remunerado, ao lazer, a moradia e ao transporte adequados também são determinantes da qualidade de vida e, portanto, da saúde, considerando que o conceito de saúde passa pelo equilíbrio do bem-estar físico, mental e social do cidadão.

1.1.2.1 SANEAMENTO BÁSICO

Abastecimento de água

O serviço de abastecimento de água através de rede geral caracteriza-se pela retirada da água bruta da natureza, adequação de sua qualidade, transporte e fornecimento à população através de rede geral de distribuição. Há de se considerar, ainda, formas alternativas de abastecimento das populações (água proveniente de chafarizes, bicas, minas, poços particulares, carros-pipas, cisternas etc.).

Quadro 12 – Tipo de Abastecimento de Água Usado pela População - Acre - 2012-2014

Forma de abastecimento de água	Domicílios particulares permanentes (unidades e percentual)			Moradores em domicílios particulares permanentes (pessoas e percentual)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
TOTAL	205.000	215.000	223.000	759.000	766.000	799.000
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Com canalização interna	155.000	161.000	167.000	547.000	544.000	568.000
	75,96%	75,00%	74,81%	72,01%	71,01	72,94%

Forma de abastecimento de água	Domicílios particulares permanentes (unidades e percentual)			Moradores em domicílios particulares permanentes (pessoas e percentual)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Com canalização Interna com rede geral	90.000	100.000	106.000	311.000	337.000	352.000
	44,08%	46,76%	47,44%	40,95%	43,97	45,21%
Com canalização interna com outra forma	65.000	61.000	61.000	236.000	207.000	216.000
	31,88%	28,25%	27,38%	31,06%	27,04	27,73%
Sem canalização interna	49.000	54.000	56.000	212.000	222.000	211.000
	24,04%	25,00%	25,19%	27,99%	28,99	27,06%
Sem canalização interna com rede geral	13.000	14.000	17.000	48.000	57.000	63.000
	6,28%	6,57%	7,77%	6,33%	7,41	8,13%
Sem canalização interna com outra forma	36.000	40.000	39.000	164.000	165.000	147.000
	17,76%	18,42%	17,42%	21,65%	21,58	18,93%

Fonte: IBGE Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2016.

Menos de 50% dos domicílios possuem canalização interna com rede geral. Onde 72,94% dos moradores em domicílios particulares no ano de 2014 tinham abastecimento de água com canalização interna, enquanto no mesmo ano 27,06 da população não possuía canalização interna. Ainda no quadro acima mostra a série histórica do ano de 2012 a 2014, em que o índice da população sem canalização interna aumentou em média de 24% para 27% nos respectivos anos.

No Brasil, as doenças de transmissão fecal-oral, especialmente as diarreias, são relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (IBGE, 2011). Os efeitos das transformações nas condições de abastecimento de água e sistemas de coleta e tratamento de esgoto já foram experimentados nas regiões mais desenvolvidas, provocando uma transformação no perfil de doenças de sua população, funcionando como importante fator de proteção à saúde.

Destino da coleta de lixo

Quadro 13 – Destino da coleta do Lixo Praticado pela População - Acre - 2012-2014

Coleta do lixo	Domicílios particulares permanentes (unidades e percentual)			Moradores em domicílios particulares permanentes (pessoas e percentual)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
TOTAL	205.000	215.000	223.000	759.000	766.000	799.000
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Coletado diretamente	145.000	144.000	145.000	508.000	501.000	492.000
	70,95%	67,13%	64,93%	66,86%	65,44%	63,20%
Coletado indiretamente	16.000	27.000	34.000	60.000	86.000	118.000
	7,74%	12,58%	15,16%	7,91%	11,19%	15,16%
Outro destino	44.000	44.000	44.000	192.000	179.000	169.000
	21,31%	20,29%	19,91%	25,24%	23,37%	21,65%

Fonte: IBGE Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2016.

Em média 70% da população fazem uso da coleta direta do lixo. Muitas doenças são ocasionadas em decorrência de um saneamento básico deficiente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cada unidade monetária investida em obras de saneamento faz com que se economize em até cinco unidades monetárias com tratamento de doenças que tenham origem na falta desse serviço.

Esgotamento sanitário

Quadro 14 – Tipo de Esgotamento Sanitário Usado pela População - Acre – 2012-2014

Esgotamento sanitário	Domicílios particulares permanentes (unidades e percentual)			Moradores em domicílios particulares permanentes (pessoas e percentual)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
TOTAL	205.000	215.000	223.000	759.000	766.000	799.000
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Possuíam	177.000	173.000	193.000	636.000	598.000	658.000
	86,61%	80,60%	86,43%	83,72%	78,06%	84,50%
Possuíam rede coletora	49.000	48.000	53.000	158.000	151.000	178.000
	23,87%	22,24%	23,98%	20,77%	19,67%	22,86%
Possuíam fossa séptica ligada à rede coletora	12.000	23.000	16.000	43.000	78.000	55.000
	6,01%	10,88%	7,39%	5,72%	10,21%	7,12%
Possuíam fossa séptica não ligada à rede coletora	41.000	50.000	60.000	136.000	178.000	202.000
	19,94%	23,13%	26,77%	17,95%	23,24%	25,89%
Possuíam fossa rudimentar	51.000	36.000	36.000	202.000	132.000	124.000
	24,77%	16,80%	15,99%	26,64%	17,28%	15,87%
Possuíam outro	25.000	16.000	27.000	96.000	59.000	99.000
	12,02%	7,55%	12,29%	12,64%	7,66%	12,76%
Não possuíam	27.000	42.000	30.000	124.000	168.000	121.000
	13,39%	19,40%	13,57%	16,28%	21,94%	15,50%

Fonte: IBGE Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2016.

Mais de 80% da população faziam uso do esgotamento sanitário no período analisado e em 2014, 13,57% não possuíam nenhum tipo de esgotamento sanitário.

1.1.2.2 POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA

O pesquisador Alejandro Fonseca explica que os incêndios florestais e urbanos são os principais causadores do aumento da poluição do ar. De acordo com ele, em 2005, ano crítico tanto em número de queimadas quanto no tempo de estiagem, a poluição no estado chegou a 600 microgramas. Fonseca explica ainda, que o fotômetro solar mede todos os componentes que estão na atmosfera e também acompanha os focos de incêndio. Todas as informações são enviadas para um satélite a 36 mil km de altura. "Isso é característico do período de transição. Então, deve favorecer a remoção dessa poluição do ar. Em Rio Branco os problemas são as queimadas urbanas, mas ao andar para Senador Guiomard vimos muitas cicatrizes de queimadas em áreas muito extensas", lamenta.

Com o acúmulo de fumaça no estado, o Instituto de Meio Ambiente do Acre (IMAC) chegou a multar mais de 100 propriedades no estado por queimadas ilegais. Os primeiros focos de calor foram em Feijó, Tarauacá, Manoel Urbano e Sena Madureira. No entanto, Capixaba e Xapuri têm sido os locais mais críticos atualmente, segundo o órgão.

O diretor-presidente do IMAC, Paulo Viana, afirmou que grande parte da fumaça é proveniente de outros estados - como Pará, Amazonas e Rondônia - e também do país vizinho, Bolívia. A concentração na capital acreana se dá, sobretudo, devido a ventos do Sul do país.

O nível do Rio Acre em Rio Branco atingiu a marca histórica de 1,33 metros no último dia 9 de agosto, mas voltou a subir e marcou 1,40 m no dia 14. Mesmo assim, a Defesa Civil já trabalha com a possibilidade de o manancial chegar a um metro de profundidade.

Um levantamento da Defesa Civil do Acre mostra que houve um aumento de 153% no número de focos de calor registrados nas cidades acreanas. Os dados foram coletados entre 1º de janeiro e 30 de junho. Nesse período em 2015 foram registrados 299 focos contra 757 em 2016. "O número de focos de calor hoje é bem maior do que o de 2015. Isso mostra que todos os fatores para um incêndio florestal são propícios, como: baixa umidade relativa do ar, altas temperaturas, vegetação seca. Para que isso ocorra, necessita que alguém vá atear fogo", afirma o coronel Carlos Batista, da Defesa Civil estadual. Com as queimadas na área urbana os problemas de saúde se avolumam, considerando os gases tóxicos resultantes da queima dos entulhos.

O Programa de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade do Ar – Vigiar foi de fato implantado em Rio Branco, capital do estado do Acre, em setembro de 2008, com o

objetivo de promover a saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos.

A CGVAM/MS determina a aplicação do Instrumento de Identificação dos Municípios de Risco (IIMR) anualmente, como uma meta essencial para implantação do Programa; uma vez que a identificação de municípios de risco para atuação prioritária da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos, torna-se um instrumento de caracterização dos grupos populacionais efetiva ou potencialmente expostos aos poluentes atmosféricos. A identificação de risco é uma tarefa imprescindível para a elaboração de programas de vigilância. O IIMR aponta os indicadores ambientais (fontes fixas e móveis de poluição e queima de biomassa) e de saúde (taxas de mortalidade e morbidade por agravos respiratórios) de maior importância na poluição do ar. Ele ajuda a caracterizar os grupos populacionais efetiva ou potencialmente expostos aos poluentes atmosféricos provenientes de diversas fontes; permite a análise da relação entre poluição do ar e saúde humana em nosso estado e auxilia na determinação de ações para minimizar os efeitos formados por 22 variáveis. Os resultados do IIMR permitem inserir os municípios em cinco classes de risco para a saúde humana: risco zero, baixo risco, médio risco, alto risco e crítico.

A partir de 2012, como determinação anual do Vigiar Nacional, aplicamos o IIMR nos 22 municípios do estado. Os resultados obtidos no preenchimento desse instrumento, apresentam-se através de uma classificação de riscos. A análise que apresentaremos a seguir refere-se às informações de saúde obtidas através do DATASUS, pertinentes as doenças respiratórias em menores de 05 e maiores de 65 anos; indicador significativo, frente à exposição aos poluentes atmosféricos, uma vez que diz respeito à população mais suscetível a esses agravos.

No estado do acre, 59,1% dos municípios não apresentaram riscos no que se refere às taxas de mortalidade por doenças respiratórias em menores de 05 e maiores de 65 anos; totalizando 21,3% da população do estado (732.793 habitantes). Enquadraram-se na classificação de alto risco, nesse indicador, 13,6% dos municípios e na condição crítica, 9,1% de nossos municípios; representando 15,9% de nossa população residente nos municípios de Brasiléia, Sena Madureira, Tarauacá, Jordão e Porto Acre.

Ao avaliarmos as taxas de morbidade por doenças respiratórias em menores de 05 e maiores de 65 anos, consideramos importante ressaltar que 27,3% dos municípios do estado, representando 60,4% da população, classificaram-se com risco médio; 22,7%, alto risco e

22,7% situação crítica. Portanto 30,5% de nossa população encontra-se inserida nas classes de alto risco e crítica.

Ao analisarmos o estado, considerando as variáveis como um todo, obtivemos o seguinte resultado para a Classificação de Riscos de nossa população quanto à exposição aos poluentes atmosféricos:

Risco zero: Assis Brasil, Manoel Urbano e Porto Walter.

Baixo risco: Capixaba, Epitaciolândia, Marechal Thaumaturgo, Rodrigues Alves e Santa Rosa.

Médio risco: Bujarí, Feijó, Plácido de Castro, Senador Guiomard e Tarauacá.

Alto risco: Mâncio Lima, Xapuri, Acrelândia, Porto Acre e Sena Madureira.

Crítico: Rio Branco, Brasiléia, Cruzeiro do Sul e Jordão.

Considerando os resultados apresentados, ressaltamos a necessidade de implantarmos o Programa nos municípios classificados como críticos e de alto risco; e ainda, implementar as ações de Vigilância em Saúde Ambiental, bem como a formulação de políticas públicas de promoção da saúde, nos municípios que desenvolvem o Programa.

1.1.2.3 EDUCAÇÃO

Segundo definição da UNESCO, “uma pessoa funcionalmente analfabeta é aquela que não pode participar de todas as atividades nas quais a alfabetização é requerida para uma atuação eficaz em seu grupo e comunidade e que lhe permitem, também, continuar usando a leitura, a escrita e o cálculo a serviço do seu próprio desenvolvimento e do desenvolvimento de sua comunidade”.

O MEC aponta que o analfabetismo de jovens e adultos vem sendo reduzido no Brasil passou de 11,5% em 2004 para 8,7% em 2012, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad). Essa redução é ainda mais intensa no Norte e Nordeste, onde estão localizados os maiores índices de analfabetismo do país. Na faixa de 15 a 19 anos, a Pnad de 2012 registra taxa de analfabetismo de 1,2%, muito inferior à média geral, o que demonstra a efetividade das políticas em curso para a educação básica.

Quadro 15 - Taxa de Analfabetismo da População - Acre - 2011-2014

ALFABETIZAÇÃO	Pessoas de 5 anos ou mais (pessoas e percentual)			
	Ano			
	2011	2012	2013	2014
TOTAL	680.000	689.000	705.000	712.000
	100%	100%	100%	100%
Alfabetizadas	565.000	579.000	591.000	602.000
	83%	83,91%	83,85%	84,52%
Não alfabetizadas	116.000	111.000	114.000	110.000
	17%	16,09%	16,15%	15,48%

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2014.

Observa-se que houve redução na taxa de analfabetismo no Estado de 2011 a 2014 com o consequente aumento da taxa de pessoas alfabetizadas.

Quadro 16 - Nível de Escolaridade da População - Acre - 2011-2014

Nível de ensino ou curso que frequentavam	Pessoas que frequentavam escola ou creche (Pessoas e percentual)			
	2011	2012	2013	2014
TOTAL	274.000	266.000	279.000	268.000
	100%	100%	100%	100%
Educação infantil creche	6.000	7.000	10.000	10.000
	2,22%	2,66%	3,50%	3,76%
Educação infantil pré- escolar	23.000	17.000	19.000	14.000
	8,56%	6,38%	6,88%	5,27%
Educação infantil pré- escolar, maternal, jardim de infância etc.	20.000	13.000	15.000	10.000
	7,28%	4,91%	5,25%	3,70%
Educação infantil pré- escolar - Classe de alfabetização	4.000	4.000	5.000	4.000
	1,28%	1,47%	1,63%	1,57%
Alfabetização de adultos	2.000	1.000	2.000	2.000
	0,74%	0,49%	0,69%	0,63%
Fundamental	172.000	166.000	176.000	164.000
	62,74%	62,30%	63,35%	61,38%

Quadro 16 - Nível de Escolaridade da População - Acre - 2011-2014

Nível de ensino ou curso que frequentavam	Pessoas que frequentavam escola ou creche (Pessoas e percentual)			
	2011	2012	2013	2014
Médio	42.000	43.000	42.000	46.000
	15,43%	16,33%	15,07%	17,18%
Superior	28.000	32.000	29.000	32.000
	10,31%	11,85%	10,51%	11,79%

Fonte: IBGE Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

O número de crianças que frequentavam a educação infantil pré-escolar diminuiu no período de 2011 a 2014; os adultos que frequentavam a alfabetização mantiveram-se na mesma quantidade, com uma variação mínima no ano de 2012. O índice de frequência da população no Ensino Fundamental, Médio e Superior teve variação mínima, apresentando-se na maior parte do tempo estável.

Quanto ao ensino técnico, O Instituto de Desenvolvimento de Educação Profissional e Tecnológico Dom Moacyr Grechi – IDM, autarquia do Governo do Estado do Acre, vinculado a Secretaria de Estado de Educação e Esporte, nos últimos 5 anos, conforme sua missão que é Promover educação integrada às políticas de governo que eleve a capacidade de trabalho dos acreanos, ofertou aproximadamente 90 mil vagas sendo 74.668 vagas em cursos de Formação Inicial e Continuada – FIC e 24.332 vagas em cursos Técnicos na modalidade Concomitante e Subsequente.

O IDM atualmente desenvolve suas ações de formação profissional nos 22 municípios do Estado. Para atender essa demanda o IDM conta com 8 Centros de Educação Profissional e Tecnológico, sendo 6 localizados em Rio Branco, 1 no município de Senador Guiomard e 1 em Cruzeiro do Sul.

1.1.2.4 RENDA

Tabela 3 - Rendimento Mensal da População - Acre - 2014

Classes de rendimento mensal	Pessoas de 15 anos ou mais de idade	
	(Pessoas)	(Percentual)
Total	541.000	100
Até 1/2 salários mínimos	58.000	10,81
Mais de 1/2 a 1 salário mínimo	122.000	22,65
Mais de 1 a 2 salários mínimos	117.000	21,56
Mais de 2 a 3 salários mínimos	40.000	7,42
Mais de 3 a 5 salários mínimos	33.000	6,03
Mais de 5 a 10 salários mínimos	18.000	3,35
Mais de 10 a 20 salários mínimos	6.000	1,03
Mais de 20 salários mínimos	1.000	0,25
Sem rendimento ⁽¹⁾	142.000	26,28

Fonte: IBGE Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

(1) A categoria **sem rendimento** inclui as pessoas que receberam somente em benefícios.

Cerca de 55% da população do Estado, em 2014, recebeu até 2 salários mínimos. Chama-se a atenção para o fato de que os 18% que recebem de 3 a 20 salários mínimos, receberam maior monta financeira do que o restante da população economicamente ativa, mesmo sendo a maioria. Isso é reflexo da desigualdade social.

Quadro 17 - Moradores em Domicílios Particulares Permanentes e a Existência de Microcomputador, Acesso à Internet e Tipo de Telefone - Acre - 2011-2014

Existência de microcomputador, acesso à internet e tipo de telefone	Moradores em domicílios particulares permanentes							
	Ano							
	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%
TOTAL	746.000		759.000		766.000		779.000	
Microcomputador – tinham	240.000	32,2	243.000	32,0	256.000	33,4	266.000	34,1
Microcomputador - tinham - com acesso à Internet	213.000	28,5	203.000	26,7	199.000	26,0	193.000	24,8
Microcomputador - não tinham	506.000	67,8	516.000	70,0	511.000	66,7	513.000	65,8
Telefone – tinham	619.000	83,0	633.000	83,4	640.000	83,6	676.000	86,8
Telefone - tinham - somente celular	470.000	63,0	494.000	65,1	506.000	66,0	554.000	71,1
Telefone - tinham - somente fixo convencional	8.000	1,1	2.000	0,2	3.000	0,4	3.000	0,4
Telefone - tinham - celular e fixo convencional	140.000	18,8	137.000	18,0	131.000	17,1	120.000	15,4
Telefone - não tinham	127.000	17,0	126.000	16,6	126.000	16,4	103.000	13,2

Fonte: IBGE Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Adaptado.

No que diz respeito aos domicílios que detém recursos de informática, observa-se que cerca de 70% da população não possuía computador e esse dado teve pequenas variações durante os quatro anos avaliados. Nota-se ainda que mais de 80% da população tinha telefone e mais de 60% usava somente o celular.

1.1.2.5 INDÍCE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Tabela 4 - Índice de Desenvolvimento Humano - IDH - Acre- nos Anos Censitários – 1991/2000/2010

Ano	IDH
1991	0,402
2000	0,517
2010	0,663

Fonte: Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH é um indicador composto por três variáveis referentes aos aspectos de saúde, educação e renda das populações. Seu valor varia entre 0 a 1 e valores mais altos indicam melhores condições de vida. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) considera baixo o IDH-M de 0,00 a 0,499, médio de 0,500 a 0,799 e alto de 0,800 a 1,000.

Conforme o censo de 2010, o Estado do Acre apresenta um IDH igual a 0,663, médio, encontrando-se na 21º posição em relação aos outros estados da federação.

1.1.3 MORBIDADE E MORTALIDADE

1.1.3.1 MORBIDADE

Internações Hospitalares

Nas três regiões de saúde do Acre dentre principais causas de internação nos últimos 4 (quatro) anos foram gravidez, parto e puerpério. Observa-se que as principais internações nas três regiões de saúde, excluindo o parto, a gravidez e o puerpério, têm ordens numéricas diferentes e que as doenças do aparelho digestório aparecem em maior quantidade na região do baixo Acre e Purus.

Quadro 18 - Internações Hospitalares por Diagnóstico Segundo a CID – 10, por Região de Saúde (Alto Acre) 2012-2015.

HOSPITAIS ALTO ACRE	DIAGNOSTICO	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Hospital Epaminondas Jácome	Gravidez, parto e puerpério	1.2 40	1.3 48	1.3 90	1.4 62	5.44 0
	Doenças do aparelho respiratório	435	636	536	367	1.974
	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	510	501	505	235	1.751
	Doenças do aparelho geniturinário	363	429	493	282	1.567
	Lesões envenenamento e alguma outra consequência causas externas	223	222	199	138	782
	Doenças do aparelho digestório	155	137	203	109	604
	Doenças do aparelho circulatório	146	157	181	116	600
	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	143	134	123	163	563
	Sintomas sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	77	66	60	49	252
	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	80	94	84	106	364
TOTAL		3.3 72	3.7 24	3.7 74	3.0 27	13.8 97

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/SUS/MS.

A segunda causa de internação na Região de Saúde do Alto Acre foram as doenças do aparelho respiratório, seguida das doenças infecciosas e parasitárias.

Observa-se que Lesões envenenamento e algumas outras consequências de causas externas vem decrescendo nos últimos anos enquanto que as internações decorrentes da gravidez, parto e puerpério apresentam um comportamento crescente.

O número de internações nos municípios de Brasiléia e Xapuri decresceram quando comparados aos anos anteriores, devido a enchente que atingiu a região e impossibilitou internação nos devidos hospitais.

Quadro 19 – Internações Hospitalares por Diagnóstico Segundo a CID – 10, por Região de Saúde (Baixo Acre e Purus) 2012-2015.

HOSPITAIS BAIXO ACRE E PURUS	DIAGNÓSTICO	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco – HUERB	Gravidez parto e puerpério	11.387	11.240	11.014	11.073	44.714
Fundação Hospital Estadual de Rio Branco – FUNDHACRE	Lesões envenenamento e algumas outras conseq. causas externas	2.926	3.770	3.025	2.982	12.703
Hospital João Câncio Fernandes	Doenças do aparelho digestório	6.439	5.684	5.662	5.767	23.552
Hospital Manoel Marinho Monte	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.535	4.781	4.800	4.440	19.556
Unidade Mista de Saúde de Acrelândia	Doenças do aparelho respiratório	4.492	4.864	4.163	3.615	17.134
Unidade Mista de Saúde de Manoel Urbano						

HOSPITAIS BAIXO ACRE E PURUS	DIAGNÓSTICO	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Hospital Infantil Iolanda Costa e Silva	Doenças do aparelho circulatório	3.298	3.383	3.222	3.633	13.536
Maternidade Bárbara Heliodora						
Hospital de Saúde Mental do Acre	Transtornos mentais e comportamentais	1.249	1.274	3.041	2.913	8.477
Hospital Santa Juliana						
Unidade Mista de Santa Rosa	Neoplasias (tumores)	2.254	2.690	2.742	2.802	10.488
Hospital Dr. Ary Rodrigues						
	Contatos com serviços de saúde	867	650	537	825	2.879
TOTAL		38.447	38.336	38.206	38.050	153.039

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/SUS/MS.

Observa-se que doenças do aparelho circulatório têm aumentado gradativamente dos anos de 2012 a 2014, sendo o aumento de 335 internações no referido ano, enquanto de transtorno mentais e comportamentais o aumento se deu em média de 57% (1.664 internações). A segunda causa de internação na Região de Saúde do Baixo Acre e Purus foram doenças do aparelho digestório com 23.552 internações do ano 2012 a 2015.

Quadro 20 – Internações Hospitalares por Diagnóstico Segundo a CID – 10, por Região de Saúde (Juruá, Tarauacá e Envira) 2012-2015.

HOSPITAIS DO JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA	DIAGNÓSTICO	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Hospital de Dermatologia Sanitária –CZS Santa Casa de Misericórdia de CZS Hospital da Mulher e da Criança do Juruá. Hospital Regional do Juruá Hospital Geral de Feijó Hospital Dr. Abel Pinheiro Maciel Filho Hospital Dr. Sansão Gomes Unidade Mista de Marechal Thaumaturgo Unidade Mista de Saúde de R. Alves Unidade Mista de Porto Walter	Gravidez parto e puerpério	4.779	4.587	5.885	5.250	20.501
	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.901	2.779	2.798	1.918	10.396
	Doenças do aparelho respiratório	1.523	1.710	1.968	1.036	6.237
	Doenças do aparelho digestório	918	1.009	1.148	802	3.877
	Lesões envenenamento e alguma outras consequência por causas externas	896	963	1.042	939	3.840
	Doenças do aparelho geniturinário	715	687	826	736	2.964
	Doenças do aparelho circulatório	487	516	604	747	2.354
	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	189	336	235	156	916
	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	172	229	215	207	823
	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	153	65	179	185	682
TOTAL		12.733	12.981	14.900	11.976	52.590

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/SUS/MS.

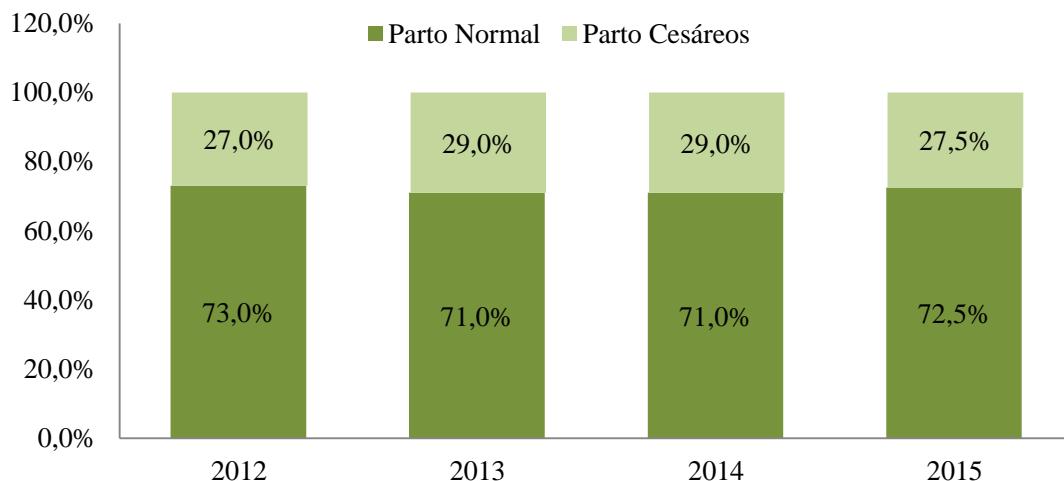
A segunda causa de internação na Região de Saúde do Juruá e Tarauacá /Envira foram as doenças infecciosas e parasitárias, seguida das doenças do aparelho respiratório.

Partos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o percentual de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Essa determinação está fundamentada no preceito de que apenas este percentual de partos apresente indicação cirúrgica.

No Brasil as normas estabelecem limites percentuais de no máximo 25% para partos cesáreos e 75% ou mais para partos normais.

Gráfico 4 – Percentual de Partos Normais e Partos Cesáreos - Acre - 2012-2015.

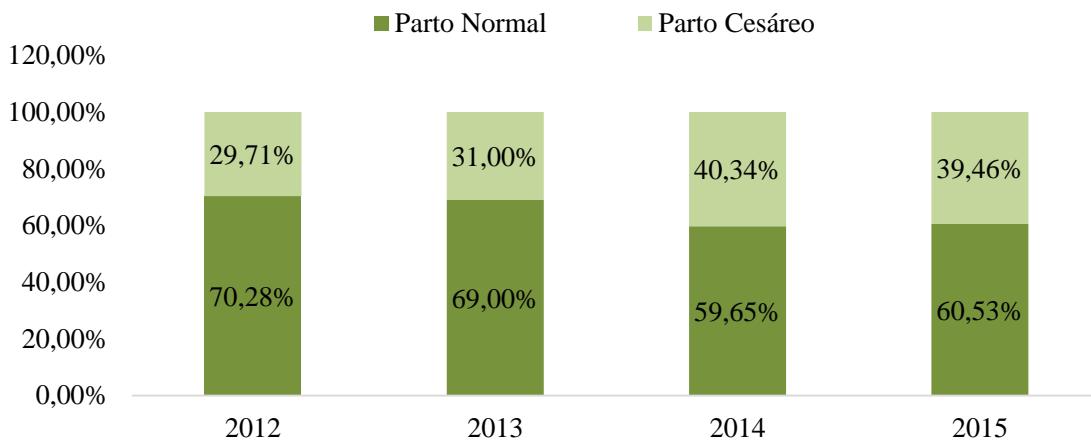


Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/SUS/MS

Observa-se que nesse período o percentual de partos normais esteve muito próximo do parâmetro estabelecido, 75%.

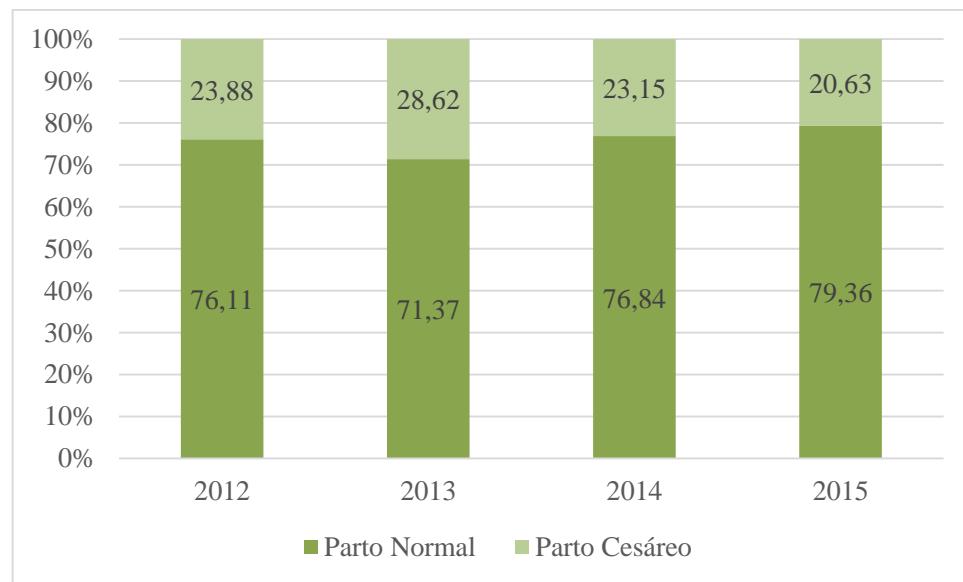
A análise desse mesmo indicador, por região de saúde, demonstra que em todas as regiões de saúde nos anos analisados, o parto normal foi o mais prevalente.

Gráfico 5 – Percentual de Partos Normais e Partos Cesáreos - Região do Alto Acre – 2012-2015.



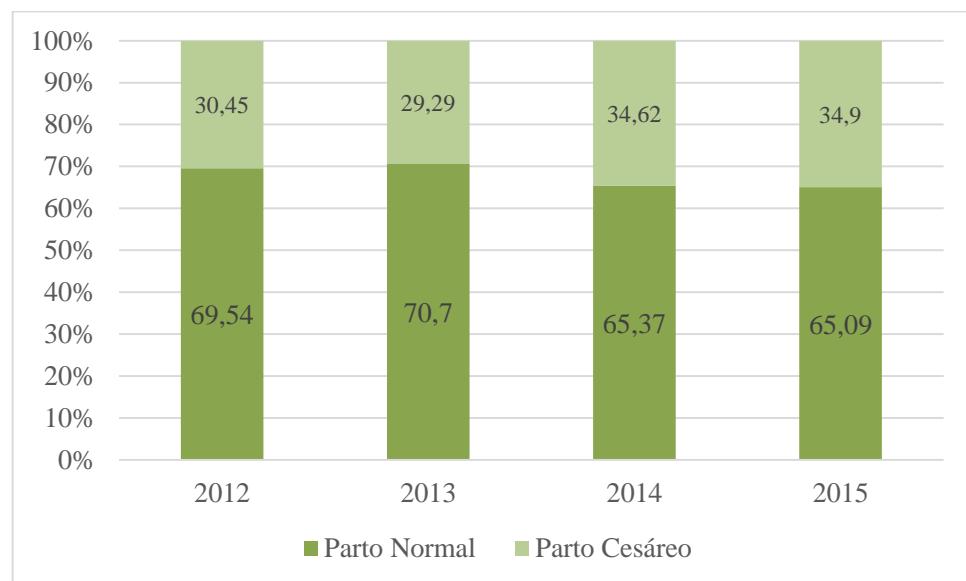
Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/SUS/MS.

Gráfico 6 - Percentual de Partos Normais e Partos Cesáreos - Região do Baixo Acre e Purus- 2012-2015.



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/SUS/MS

Gráfico 7 – Percentual de Partos Normais e Partos Cesáreos Região do Juruá, Tarauacá/Envira - 2012-2015.



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar/SUS/MS

Quadro 21 - Internação por Município de Ocorrência e por Especialidade – Acre - 2012.

MUNICÍPIO	ESPECIALIDADE							TOTAL
	Cirúrgico	Obstétrico	Clínico	Crônico	Psiquiatria	Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	Pediátrico	
Acrelândia	0	15	57	0	0	0	24	96
Assis Brasil	0	75	141	0	0	0	57	273
Brasiléia	62	936	785	0	0	3	396	2.182
Cruzeiro do Sul	2.255	2.394	3.589	0	0	2	1.903	10.143
Feijó	0	389	325	0	2	0	244	960
Jordão	0	0	32	0	0	0	0	32
Mâncio Lima	0	142	64	0	0	0	35	241
Manoel Urbano	0	99	247	0	0	0	213	559
Marechal Thaumaturgo	0	0	0	0	0	0	0	0
Plácido de Castro	0	35	432	0	0	0	180	647
Porto Walter	0	53	57	0	0	0	21	131
Rio Branco	9.341	7.158	8.478	1	1.188	7	2.280	28.453
Rodrigues Alves	0	36	110	0	0	0	102	248
Santa Rosa do Purus	0	27	54	0	0	0	122	203
Sena Madureira	90	791	1.539	0	0	0	1.037	3.457
Senador Guiomard	0	59	482	0	0	0	218	759
Tarauacá	305	782	404	0	0	0	268	1.759
Xapuri	8	178	650	0	0	0	274	1.110
TOTAL	12.061	13.169	17.446	1	1.190	12	7.374	51.253

Os municípios: Bujari, Porto Acre, Epitaciolândia e Capixaba não possuem unidade de internação.

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN_SIH/DRCAA

Quadro 22 - Internação por Município de Ocorrência e por Especialidade - Acre - 2013.

MUNICÍPIO	ESPECIALIDADE						TOTAL
	Cirúrgico	Obstétrico	Clínico	Psiquiatria	Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	Pediátrico	
Acrelândia	0	7	111	0	0	84	202
Assis Brasil	0	74	145	0	0	46	265
Brasiléia	38	1.073	855	0	3	380	2.349
Cruzeiro do Sul	2.390	2.317	4.127	0	0	1.591	10.425
Feijó	0	218	163	0	0	94	475
Mâncio Lima	0	121	160	0	0	43	324
Manoel Urbano	0	95	287	0	0	187	569
Marechal Thaumaturgo	0	0	0	0	0	0	0
Plácido de Castro	0	39	395	0	0	164	598
Porto Walter	0	113	48	0	0	11	172
Rio Branco	8.904	7.479	9.027	1.220	2	2.110	28.742
Rodrigues Alves	0	43	155	0	0	81	279
Santa Rosa do Purus	0	15	76	0	0	53	144
Sena Madureira	26	810	1.468	0	0	1.088	3.392
Senador Guiomard	0	20	342	0	0	124	486
Tarauacá	268	861	499	0	0	337	1.965
Xapuri	7	151	871	0	0	310	1.339
TOTAL	11.633	13.436	18.729	1.220	5	6.703	51.726

Os municípios: Bujari, Porto Acre, Epitaciolândia e Capixaba não possuem unidade de internação.

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN_SIH/DRCAA

Quadro 23 - Internação por Município de Ocorrência e por Especialidade – Acre - 2014.

MUNICÍPIO	ESPECIALIDADE								TOTAL
	Cirúrgico	Obstétrico	Clínico	Crônico	Psiquiatria	Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	Pediátrico	Não discriminado	
Acrelândia	0	29	102	0	0	0	42	0	173
Assis Brasil	0	46	95	0	0	0	24	0	165
Brasiléia	117	1.106	840	0	0	5	346	0	2.414
Cruzeiro do Sul	2.587	3.055	4.578	0	0	0	1.551	0	11.771
Feijó	7	362	136	0	0	0	66	0	571
Mâncio Lima	0	76	211	0	0	0	56	0	343
Manoel Urbano	0	85	296	0	0	0	220	0	601
Marechal Thaumaturgo	0	10	19	0	0	0	16	0	45
Plácido de Castro	0	34	377	0	0	0	221	0	632
Porto Walter	0	90	68	0	0	0	16	0	174
Rio Branco	9.234	6.844	7.778	0	1.071	0	1.608	938	27.473
Rodrigues Alves	0	58	187	0	0	0	138	0	383
Santa Rosa do Purus	0	2	52	0	0	0	24	0	78
Sena Madureira	152	890	1.251	0	0	0	1.190	0	3.483
Senador Guiomard	24	31	427	0	0	0	219	0	701
Tarauacá	375	915	644	0	0	0	518	0	2.452
Xapuri	4	161	954	1	0	0	319	0	1.439
TOTAL	12.500	13.794	18.015	1	1.071	5	6.574	938	52.898

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN_SIH/DRCAA

Quadro 24 - Internação por Município de Ocorrência e por Especialidade – Acre - 2015

MUNICÍPIO	ESPECIALIDADE							TOTAL
	Cirúrgico	Obstétrico	Clínico	Psiquiatria	Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	Pediátrico	Não discriminado	
Acrelândia	0	3	100	0	0	47	0	150
Assis Brasil	0	68	90	0	0	35	0	193
Brasiléia	25	1.170	806	0	2	350	0	2.353
Cruzeiro do Sul	2.154	2.898	3.395	0	0	899	0	9.346
Feijó	0	29	3	0	0	0	0	32
Mâncio Lima	0	110	549	0	0	127	0	786
Manoel Urbano	0	94	342	0	0	240	0	676
Marechal Thaumaturgo	0	0	8	0	0	2	0	10
Plácido de Castro	0	46	483	0	0	192	0	721
Porto Walter	0	77	72	0	0	4	0	153
Rio Branco	10.193	6.800	7.572	1.150	0	1.526	847	28.088
Rodrigues Alves	0	34	195	0	0	64	0	293
Santa Rosa do Purus	0	6	57	0	0	37	0	100
Sena Madureira	39	892	1.081	0	0	815	0	2.827
Senador Guiomard	1	32	563	0	0	235	0	831
Tarauacá	397	705	617	0	0	386	0	2.105
Xapuri	1	150	348	0	0	130	0	629
TOTAL	12.810	13.114	16.281	1.150	2	5.089	847	49.293

Fonte: MS/DATASUS/TABWIN_SIH/DRCAA

Em todos os anos a clínica médica ocupou o primeiro lugar dentre as demais, seguida pela obstetrícia. Do total de internações no período de 2012 a 2015, apenas em 2015 ocorreu uma redução do número total de internações hospitalares.

Controle do Câncer

O câncer é uma doença que vem se tornando um problema de saúde pública para o mundo desenvolvido e também para as nações em desenvolvimento.

No Brasil, a ocorrência dos diferentes tipos de câncer sugere uma transição epidemiológica em andamento. Com o recente envelhecimento da população que projeta o crescimento exponencial de idosos é possível identificar um aumento expressivo na prevalência dessa doença, o que demanda dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) imenso esforço para a oferta de atenção adequada aos doentes. Esta perspectiva deixa clara a necessidade de grande investimento na promoção da saúde e na busca da modificação dos padrões de exposição aos fatores de risco para essa morbidade.

Quadro 25 – Número de Casos por tipo de Câncer e Sexo - Acre - 2011-2014.

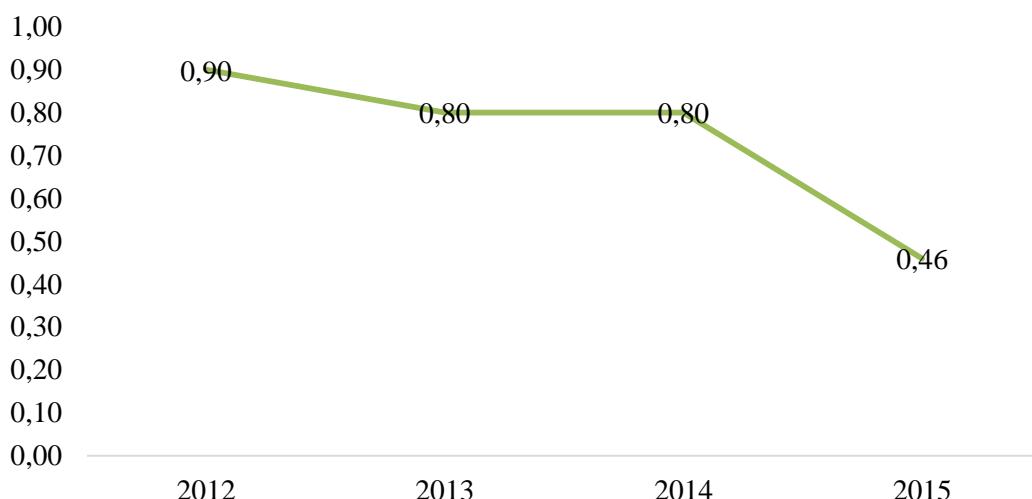
TIPO DE CÂNCER	2011		2012		2013		2014	
	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM
ESTÔMAGO	30	13	34	14	34	20	38	18
FÍGADO	17	5	14	6	15	1	12	3
PULMÃO	28	13	27	17	22	14	26	21
MAMA	0	57	0	85	0	78	0	99
COLO DO ÚTERO	0	80	0	93	0	99	0	83
PRÓSTATA	67	0	71	0	60	0	83	0
OUTRAS LOCALIZAÇÕES	154	156	173	181	133	207	178	142
SUB-TOTAL	296	324	319	396	264	419	337	366
TOTAL	628		715		683		703	

Fonte: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia/AC/Base Estadual.

O câncer com maior número de casos no sexo masculino nos últimos 4 (quatro) anos foi o de próstata, seguido do câncer de estômago, depois pulmão e em quarto lugar o de fígado.

No sexo feminino o câncer com maior número de casos foi o de colo do útero, seguido de mama, estômago, pulmão e fígado.

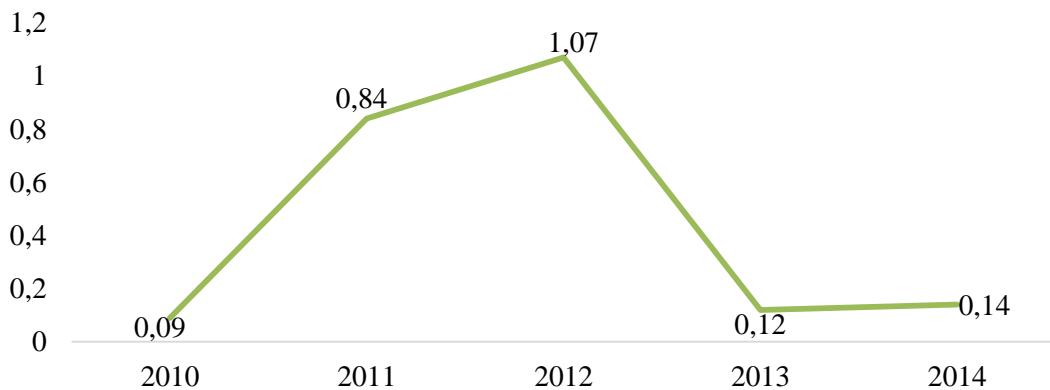
Gráfico 8 – Razão entre Exames Citopatológicos do Colo do Útero em Mulheres de 25 a 64 anos e População Feminina na mesma Faixa Etária - Acre 2012-2015.



Fonte: SISCOLO/2014 - SISCAN/2015/SUS/MS

No Acre, a razão entre exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária, apresentou uma relativa constância no período de 2012 a 2014. No ano de 2015 observou-se uma significante queda do quantitativo de exames realizados. Análises realizadas pela área técnica estadual apontam que tal queda na informação não reflete, de maneira fidedigna, o acesso das mulheres ao exame. Tal fato está relacionado a problemas ocorridos no processo de implantação do novo sistema de captação e registro de dados dos exames citopatológicos (SISCAN), que substituiu em nível nacional o programa anterior, SISCOLO. Essa situação requer um esforço do Ministério da Saúde na solução de problemas relacionados ao software de informação, assim como, do estado e municípios, na reorganização dos fluxos das informações e no resgate de dados.

Gráfico 9 - Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento Realizada em Mulheres de 50 a 69 anos, Acre - 2010-2014.



Fonte: SISCOLO/2014 - SISCAN/2015/SUS/MS.

O indicador “Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento Realizada em Mulheres de 50 a 69 anos” no estado do Acre tinha por meta desde de o ano de 2012 a razão 0,35. Este indicador apresentou uma tendência de crescimento entre os anos de 2010 a 2012, com uma elevada queda no ano de 2013, mantendo-se constante entre os anos de 2013 e 2014, ou seja, entre os anos de 2010 a 2012 o número de exames de mamografias realizados em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos aumentou, chegando a passar do parâmetro nacional que é de 1 exame. No ano de 2013 aconteceu uma queda na realização destes exames e entre os anos de 2013 e 2014 a quantidade de exames realizados se mantiveram contínuos.

1.1.3.1.1 INDICADORES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

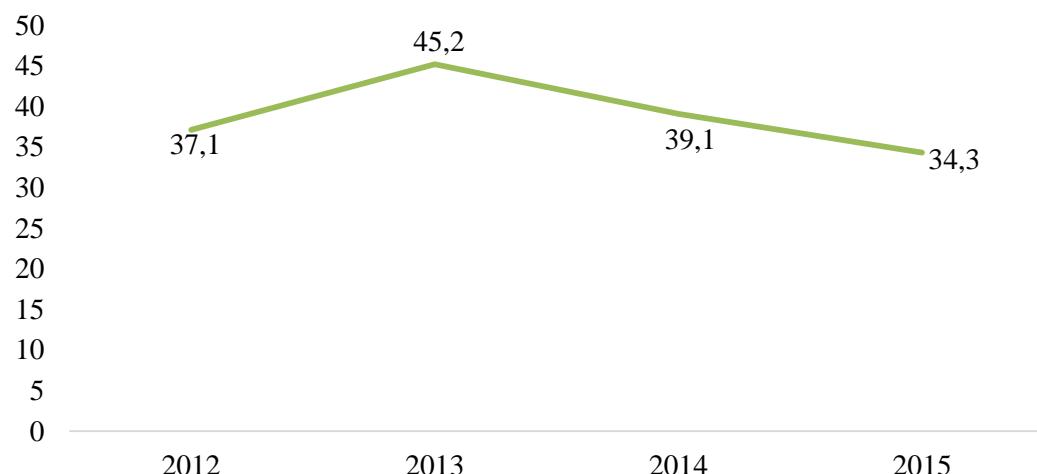
Malária

A malária é uma doença característica da região Amazônica e composta pelos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e Maranhão. E cerca de 99% dos casos se concentram nesta região (BRASIL,2003).

A transmissão na região amazônica está relacionada a fatores biológicos (presença de alta densidade de mosquitos vetores, agente etiológico e população suscetível); geográficos (altos índices de pluviosidade, amplitude da malha hídrica e a cobertura vegetal); ecológicos (desmatamentos, construção de hidroelétricas, estradas, sistemas de irrigação, açudes) e sociais

(presença de numerosos grupos populacionais, morando em habitações com ausência completa ou parcial de paredes laterais e trabalhando próximo ou dentro das matas).

Gráfico 10 – Índice Parasitário Anual -IPA – Acre – 2012-2015.

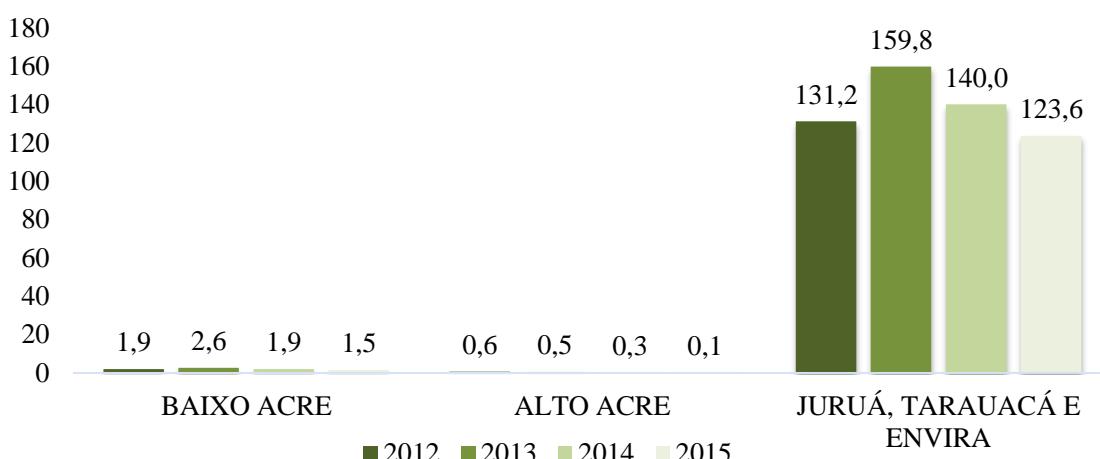


Fonte: SIVEP_Malaria/SUS/MS.

Observa-se uma tendência decrescente do Índice Parasitário Anual de Malária (IPA) no Acre, no período de 2014 a 2015. Apesar disso, o estado não alcançou a meta pactuada junto ao Ministério da Saúde, de redução de 15%.

Houve redução de 13,5 % de 2013 para 2014 e de 12,3% de 2014 para 2015.

Gráfico 11 – Índice Parasitário Anual –IPA - Região de Saúde - Acre - 2012-2015.



Fonte: SIVEP_Malaria/SUS/MS.

A região do Juruá, Tarauacá e Envira se destacou consideravelmente em relação às outras regiões, concentrando mais de 95% dos casos de malária de todo o estado. Observa-se tendência de redução nos últimos 2 (dois) anos.

Dengue

O número de casos notificados de dengue no país chegou a 1,6 milhão em todo o ano de 2015, período em que o país registrou uma das piores epidemias da doença transmitida pelo mosquito Aedes aegypti.

Quadro 26 – Casos de Dengue – Acre - 2012-2015.

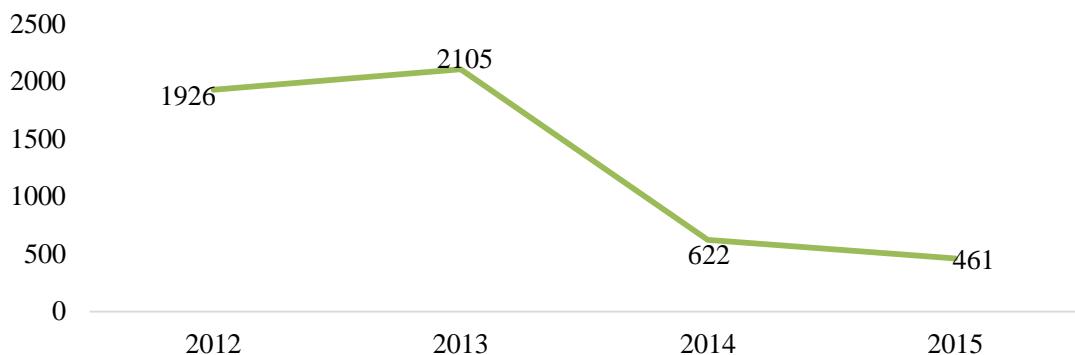
TIPO	2012	2013	2014	2015	Total
Dengue Clássico	2.279	2.425	27.286	5.019	32.305
Descartado	6.103	6.764	8.318	7.842	16.160
Inconclusivo	20	39	734	760	1.494
Ign/Branco	62	104	8	334	342
Dengue com sinais de alarme	0	0	20	3	23
Dengue grave	0	0	1	1	2

Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

Os casos de *dengue clássico* aumentaram expressivamente no ano de 2014, porém, houve uma substancial redução no ano de 2015.

No que se refere aos tipos de dengue, na dengue com sinais de alarme e grave o número de casos foi relativamente baixo ao longo do período analisado.

Gráfico 12 – Casos Confirmados de Dengue - Região do Baixo Acre e Purus - 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

Houve uma significativa queda dos casos confirmados a partir do ano de 2013.

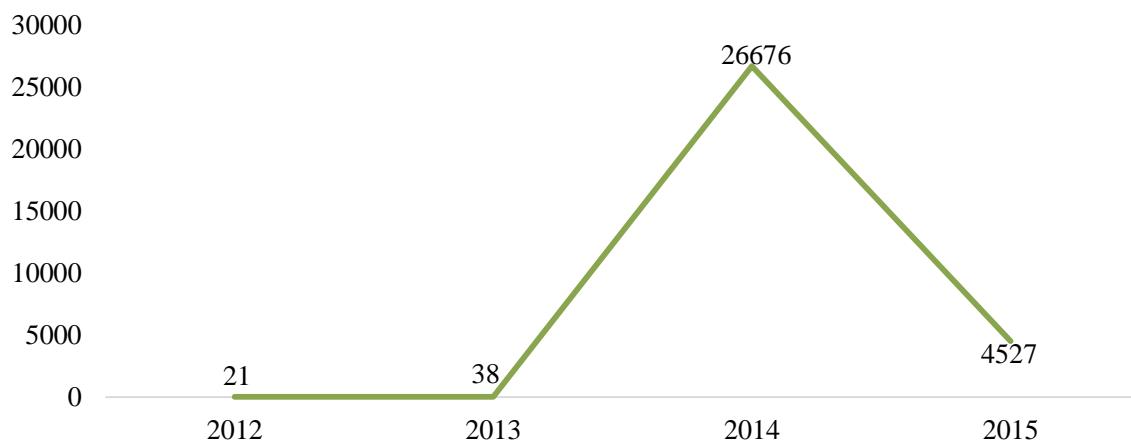
Gráfico 13 – Casos Confirmados de Dengue - Região do Alto Acre- 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

Apesar da redução significativa de 2013 para 2014, o aumento nos casos confirmados de 2014 para 2015 é preocupante e deve ser observado.

Gráfico 14 - Casos Confirmados de Dengue - Região do Juruá, Tarauacá/Envira - 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

A região do Juruá, Tarauacá/ Envira enfrentou uma epidemia da doença no ano de 2014, entretanto, alcançou uma redução significativa em 2015.

Hepatites Virais

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Tal patologia tem grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de suas complicações.

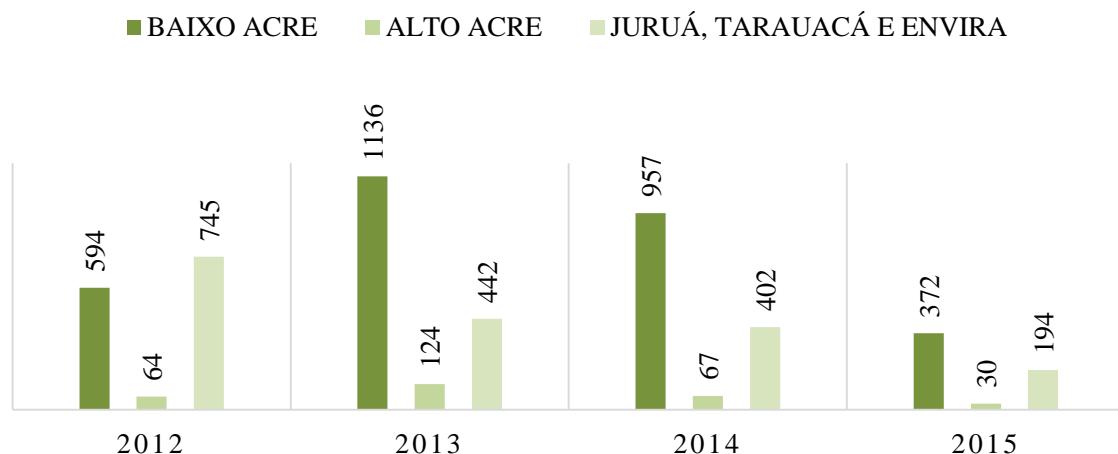
Gráfico 15 - Casos Confirmados de Hepatites Virais - Acre - 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

Os dados apontam uma queda significativa no número de casos confirmados de hepatites virais no Acre no período de 2013 a 2015, situação positiva.

Gráfico 16 - Casos Confirmados de Hepatites Virais - Regiões de Saúde – Acre, 2012-2015.



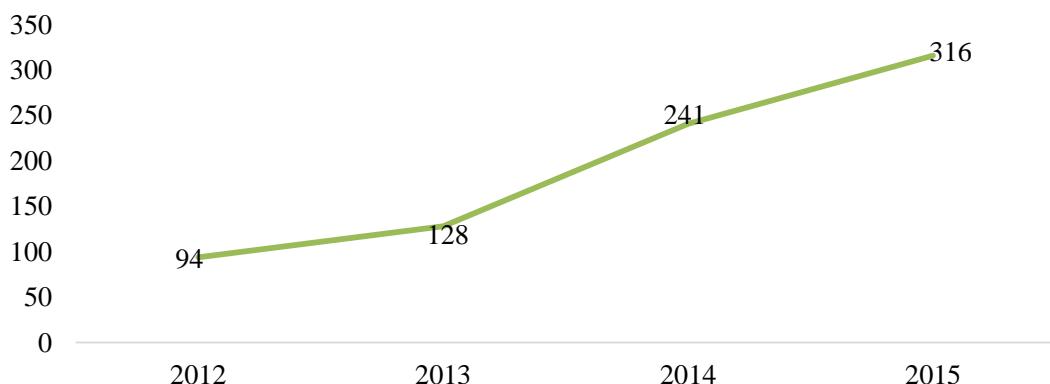
Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

A região do Juruá, Tarauacá/Envira apresenta uma tendência de redução que pode ser considerada positiva. Apesar da queda no número de casos nas três regiões, na região do Baixo Acre e Purus, nos últimos 2 (dois) anos, ela foi mais significativa.

Sífilis

A sífilis é uma doença sistêmica e de evolução crônica. Sua erradicação tem desafiado os profissionais de saúde, as autoridades sanitárias e a sociedade em geral ao longo dos anos.

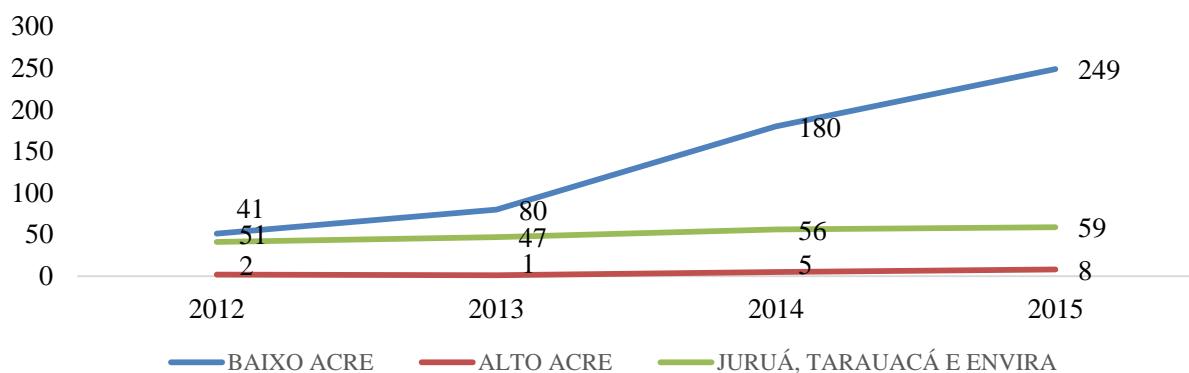
Gráfico 17 - Notificação de Casos de Sífilis em Gestantes - Acre, 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

O número de casos notificados de sífilis em gestantes apresentou tendência de crescimento de 2012 a 2015, fato grave que deve ser observado.

Gráfico 18 - Notificação de Casos de sífilis em Gestantes - Regiões de Saúde - Acre, 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

A região do Baixo Acre foi a que apresentou maior número de notificação de casos, concentrando 249 casos, o equivalente a 78,79% de todos os casos notificados em gestantes no último ano.

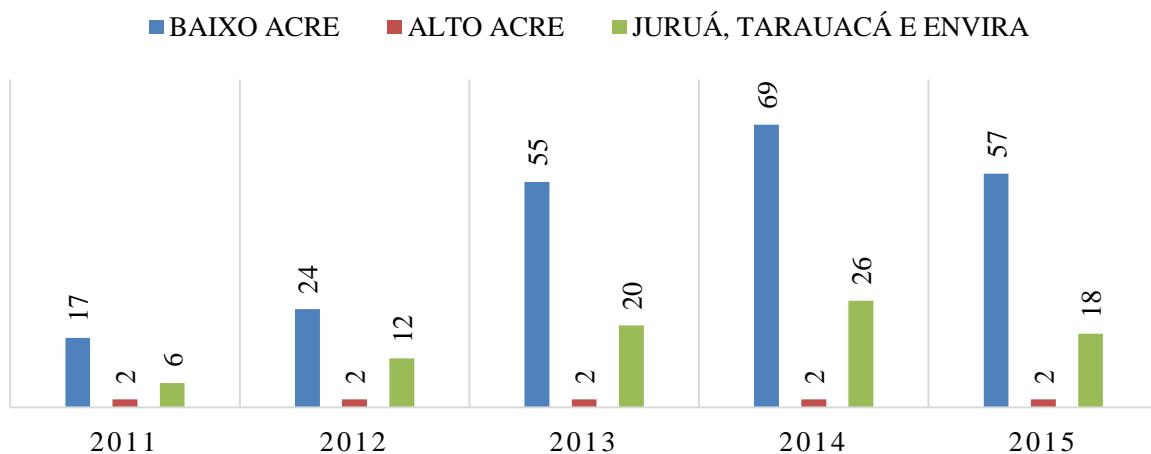
Gráfico 19 - Notificação de Casos de Sífilis Congênita - Acre - 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

Em relação à transmissão vertical desta patologia, observa-se um aumento da notificação de casos de sífilis congênita no período de 2012 a 2014, com um ligeiro declínio no ano de 2015.

Gráfico 20 - Notificação de Casos de Sífilis Congênita por Regiões de Saúde - Acre – 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

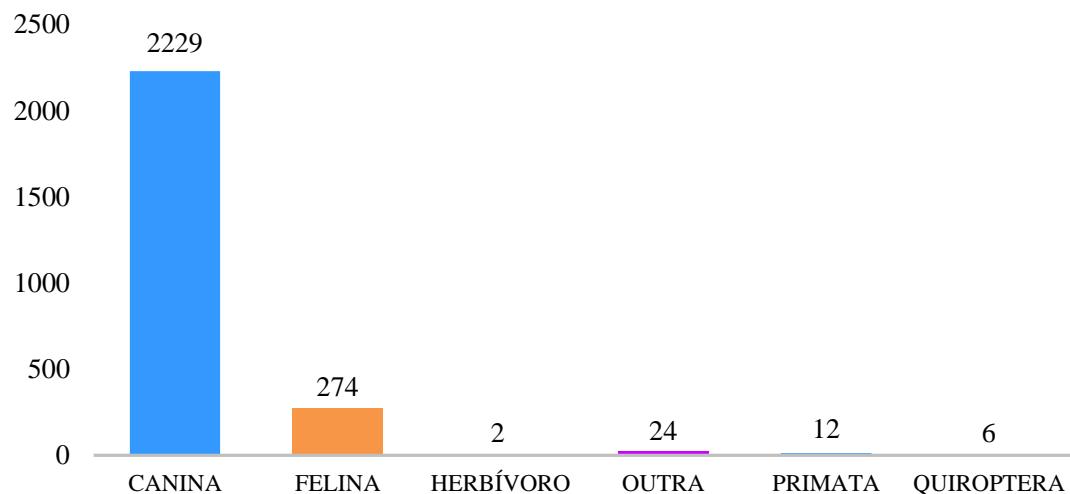
Observa-se aumento das notificações nas regiões de saúde do Baixo Acre e Purus e do Juruá, Tarauacá/Envira nos anos de 2012 a 2014, enquanto a região do Alto Acre manteve uma constância ao longo dos anos analisados.

Zoonoses

Raiva humana e agressões por outros tipos de animais

A raiva é uma zoonose viral que se caracteriza como uma encefalite progressiva aguda e letal. O atendimento antirrábico é medida imprescindível na prevenção da raiva humana e deve ser prescrito de acordo com o protocolo de tratamento profilático definido pelo Ministério da Saúde e com notificação compulsória dos casos.

Gráfico 21 - Frequência de Atendimento Antirrábico por Espécie Agressora – Acre - 2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

No Acre a agressão por cão teve 2.229 registros, 87%, representando a maioria dos casos notificados de atendimentos antirrábicos, acima do padrão nacional, que é de 84% (MS/SVS-2010).

Quadro 27 – Frequência de Casos Notificados de Agressões por Animais - Acre - 2012-2015.

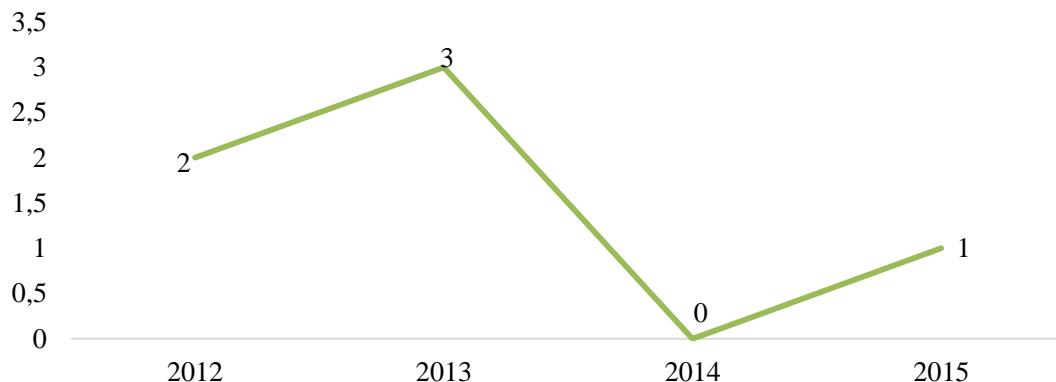
TIPO DE ANIMAL	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Serpente	435	484	506	545	1.970
Escorpião	166	175	188	227	756
Outros	110	91	68	106	375
Aranha	84	77	88	96	345
Abelha	70	87	90	90	337
Ign/Branco	20	30	15	23	88
Lagarta	16	14	24	10	64
Total	901	958	979	1.097	3.935

Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

Em relação à notificação de agressões por outros tipos de animais, no período 2012 a 2015 se destacaram as agressões por serpentes e escorpiões.

Os acidentes por animais peçonhentos e em particular os acidentes ofídicos, foram incluídos pela Organização Mundial da Saúde - OMS, na lista das doenças tropicais negligenciadas e que acometem na maioria dos casos entre populações pobres que vivem em áreas rurais.

Gráfico 22 - Frequência de Óbitos Causados por Animais Peçonhentos (Serpentes) – Acre- 2015.



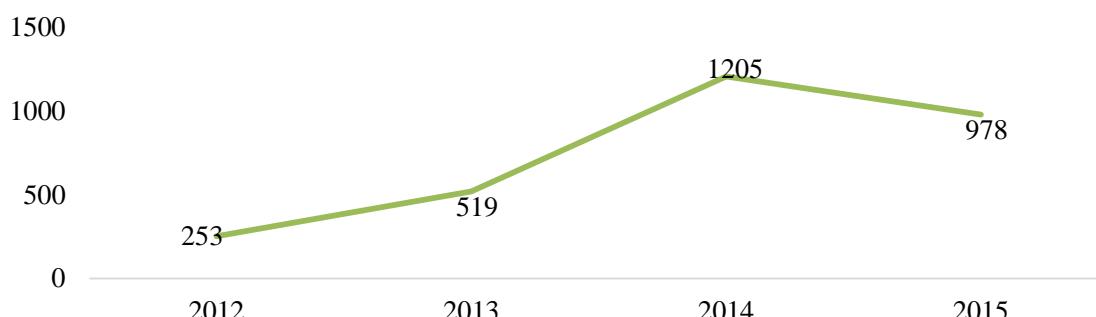
Fonte: SIM/SUS/MS.

No estado foi registrado um total de 06 (seis) óbitos por agressão de serpentes no período de 2012 a 2015.

Leptospirose

A leptospirose é uma doença infecciosa sistêmica, de distribuição mundial, transmitida principalmente pelo contato com água contaminada pela urina de ratos infectados. Considerada uma zoonose de grande relevância, ela está diretamente relacionada a níveis pluviométricos aumentados, situação que favorece a ocorrência de enchentes e aumenta os riscos de transmissão da doença.

Gráfico 23 - Frequência de Casos Notificados de Leptospirose – Acre- 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

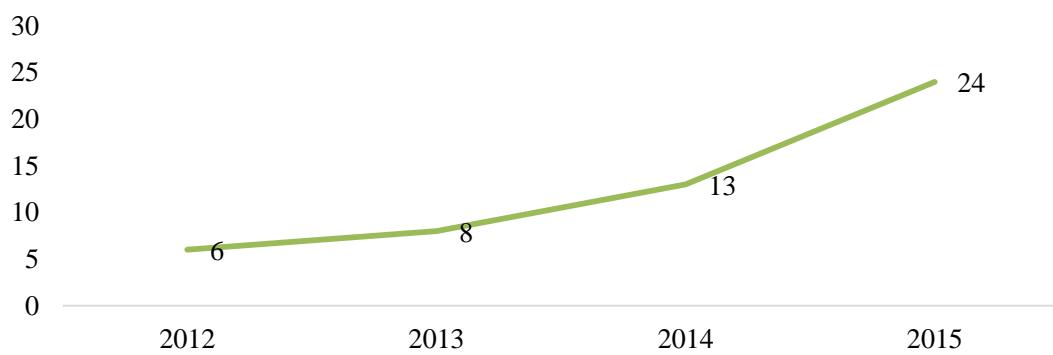
Observa-se um aumento significativo de registro de casos de leptospirose no ano de 2014, com tendência de manutenção no ano de 2015. O referido aumento esteve relacionado diretamente com os episódios de grandes enchentes ocorridas nesses dois anos que atingiram todo o estado, em especial a capital Rio Branco, na região do Baixo Acre e Purus, o município de Brasiléia, no Alto Acre e o município de Cruzeiro do Sul, na região Juruá Tarauacá/ Envira.

Gráfico 24 - Número de Casos Notificados de Leptospirose - Região do Baixo Acre e Purus - 2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

Gráfico 25 - Número de Casos Notificados de Leptospirose - Região do Alto Acre - 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

Gráfico 26 - Número de Casos Notificados de Leptospirose - Região do Juruá Tarauacá/Envira – 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

A distribuição de casos de leptospirose por região de saúde evidencia que as regiões do Baixo Acre e Purus e o Juruá, Tarauacá/ Envira, foram as que mais tiveram casos no período de 2014 e 2015, sendo juntas, responsáveis por mais de 98 % dos registros de casos da doença. Apesar do fenômeno das enchentes ter atingido nos anos mencionados, todo o estado, na região do Alto Acre, se relacionado às demais regiões de saúde, o registro de leptospirose foi inexpressivo.

Gráfico 27 - Frequência de Óbitos por Leptospirose - Acre - 2012-2015.



Fonte: SIM/SUS/MS.

O maior registro ocorreu no ano de 2014, correlacionando-se com o maior número de casos da doença naquele ano.

Leishmaniose

No Brasil a Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA é um problema endêmico, com surtos epidêmicos esporádicos tanto em zonas rurais como também urbanas.

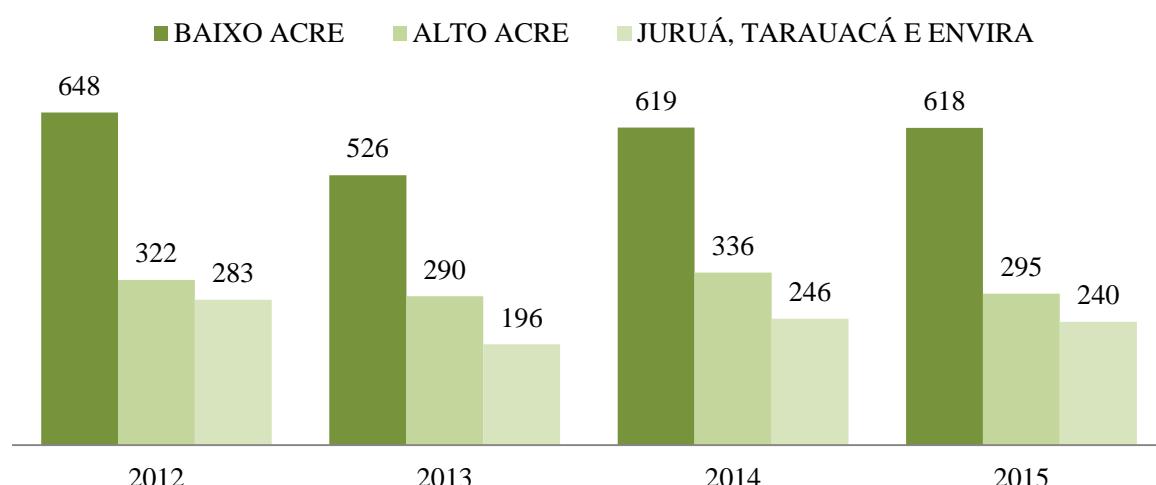
Gráfico 28 – Frequência de Casos Notificados de Leishmaniose Tegumentar Americana -LTA - Acre- 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

O número de casos de LTA apresentou uma variação cíclica. Entre os anos de 2012 a 2015 houve uma leve redução de 8% de casos notificados.

Gráfico 29 - Frequência de Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA - Regiões de Saúde- 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

O número de casos notificados da doença foi maior na região do Baixo Acre e Purus, seguida da região do Alto Acre e a que teve menor número de casos notificados foi a região do Juruá, Tarauacá/ Envira.

Doença de Chagas

A doença de Chagas é considerada uma antropozoonose, uma doença que liga o homem aos animais, a partir da domiciliação dos vetores, deslocados de seus nichos silvestres originais pela ação do homem sobre o ambiente.

Nos últimos anos a ocorrência de Doença de Chagas Aguda – DCA tem sido observada nos estados da Amazônia Legal, com ocorrência de casos isolados em outros estados.

Quadro 28 – Frequência de Casos Notificados de Doença de Chagas – Acre – 2012-2015.

MUNICIPIO	2012	2013	2014	2015
Rodrigues Alves	0	0	0	1
Jordão	0	0	0	2
Mâncio lima	0	0	1	1
Feijó	0	1	0	0
Tarauacá	0	0	0	2
Porto Walter	0	0	0	1
TOTAL	0	1	1	7

Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

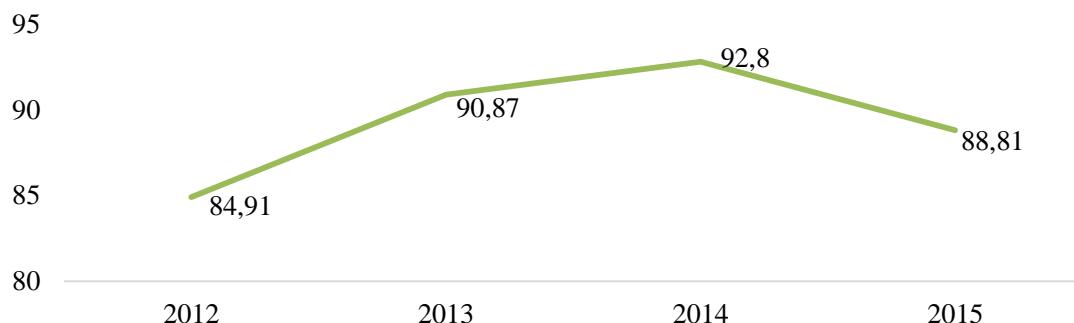
A partir de 2013 foi notificado um caso no município de Feijó. Em 2014, um caso em Mâncio Lima e em 2015, 07 casos, assim distribuídos: Rodrigues Alves (01), Jordão (02), Mâncio Lima (01), Tarauacá (02) e Porto Walter (01). O aumento na notificação sinaliza para uma ação emergencial de combate ao vetor em todo o estado, em especial no Juruá, região de saúde onde houve maior número de registros de casos.

Tuberculose

A tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

Além disso, a associação da tuberculose com a infecção pelo HIV e a emergência e propagação de cepas resistentes, representam desafios adicionais em escala mundial.

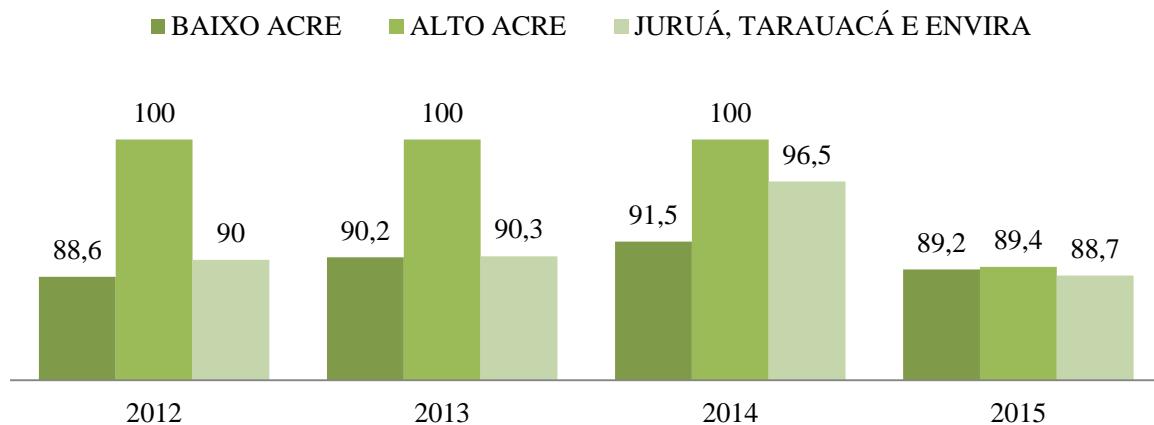
Gráfico 30 - Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera – Acre – 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

A proporção de cura de casos novos de tuberculose apresentou uma tendência crescente entre os anos de 2012 a 2014, com um decréscimo no ano de 2015. Contudo, no período em análise, o indicador se manteve superior ao parâmetro nacional que é de no mínimo 85% de cura para os casos novos.

Gráfico 31 – Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera – Regiões de saúde - 2012-2015.



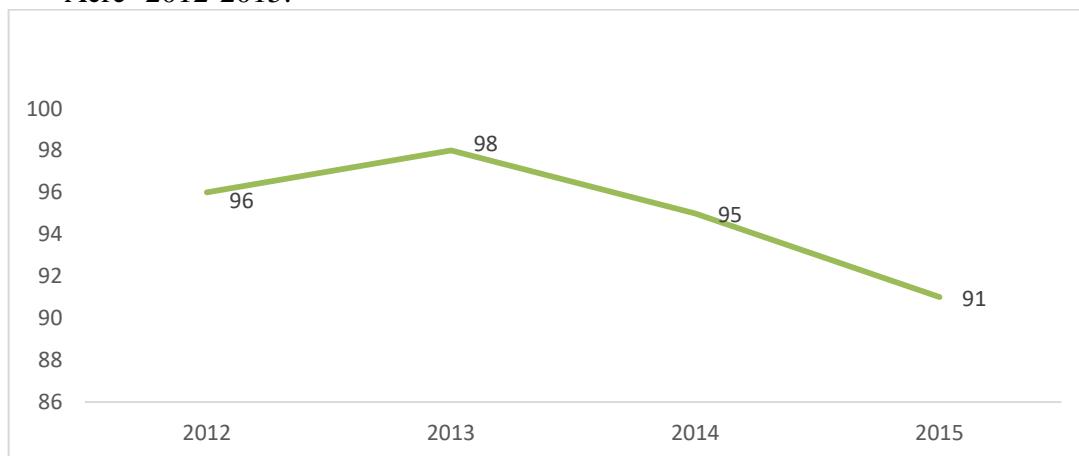
Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

Observa-se um declínio na cura de tuberculose em todas as regiões de saúde no ano de 2015.

Hanseníase

O Ministério da Saúde vem implantando políticas públicas de combate à hanseníase nos últimos anos, focando na detecção e tratamento precoce dos casos novos da doença, de forma a reduzir sua prevalência no país.

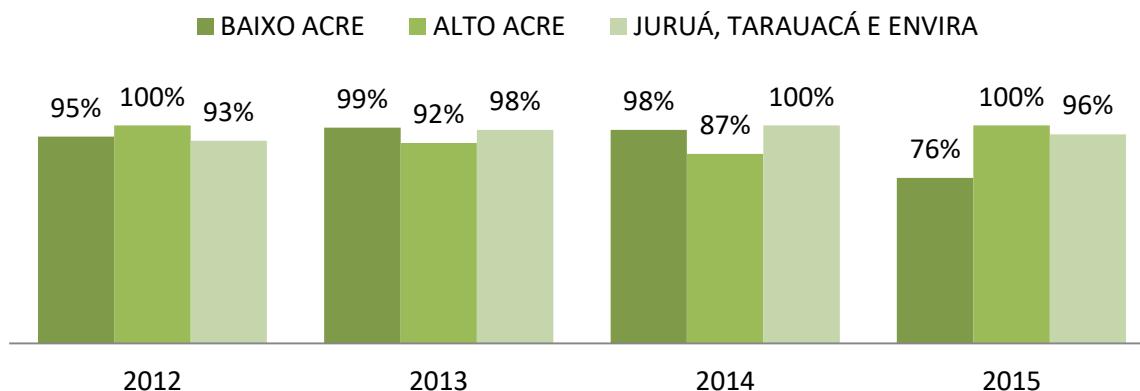
Gráfico 32 - Proporção de Cura entre os Casos Novos de Hanseníase nas Coortes – Acre- 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

A meta nacional para proporção de cura de casos novos de hanseníase na coorte é de 90%. No Estado do Acre essa meta foi alcançada e ultrapassada no período de 2012 a 2015. Apesar da avaliação positiva em relação à meta nacional, a tendência de declínio a partir de 2013 é preocupante e deve ser observada.

Gráfico 33 - Proporção de Cura entre os Casos Novos de Hanseníase - Regiões de Saúde – 2012-2015.



Fonte: SINAN-NET/SUS/MS.

A proporção de cura de casos novos de hanseníase nas regiões de saúde também se manteve acima da meta nacional, 90%, excetuando-se nas regiões do Alto Acre em 2014, 87% e Baixo Acre e Purus em 2015, 76%.

Cobertura Vacinal

A vacinação é uma das medidas mais estratégicas de prevenção contra doenças.

O Ministério da Saúde oferece vários tipos de vacinas e promove, conjuntamente com estados e municípios, campanhas para manter a saúde pública do país. As ações são coordenadas pelo Programa Nacional de Imunizações - PNI, da Secretaria de Vigilância em Saúde e tem o objetivo de erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis.

A cobertura vacinal esperada para os imunobiológicos que fazem parte do Calendário Básico de Vacinação da Criança, em conformidade com os parâmetros nacionais são: $\geq 90\%$ para a BCG e Rotavírus; $\geq 95\%$ para a Poliomielite, Penta-valente, Pneumocócica, Meningocócica e Tríplice viral e $\geq 100\%$ para febre amarela.

O alcance das coberturas vacinais requer a adoção de medidas importantes e eficazes, quais sejam: programação de atividades diárias nas unidades de saúde da família, postos e centros de saúde, busca ativa dos não vacinados, assim como, o rápido monitoramento da cobertura.

Quadro 29 – Cobertura Vacinal Acumulada em Crianças Menores de 01 ano e Tríplice Viral de 01 ano- Região do Alto Acre - 2015.

REGIÃO DO ALTO ACRE									
MUNICIPIO	BCG	ROTAVIRUS	POLIO	PENTA	PNEUMO	MENINGO	T.VIRAL	FEBRE AMARELA	
ASSIS BRASIL	45,71	37,14	58,57	55,71	42,38	57,14	53,33	42,86	
BRASILÉIA	108,33	75,00	64,39	79,55	68,18	72,54	73,11	60,23	
EPITACIOLÂNDIA	13,45	99,64	134,18	94,18	84,36	104,73	70,18	84,73	
XAPURI	28,91	108,50	163,95	112,93	107,48	118,03	103,74	94,56	
TOTAL	60,44	81,64	100,54	86,30	76,28	87,07	76,21	70,31	

Fonte: SI-PNI/SUS/MS.

Quadro 30 – Cobertura Vacinal Acumulada em Crianças Menores de 01 ano e Tríplice viral de 1 ano -Região do Baixo Acre e Purus - 2015.

REGIÃO DO BAIXO DO ACRE E PURUS									
MUNICIPIO	BCG	ROTAVIRUS	POLIO	PENTA	PNEUMO	MENINGO	T.VIRAL	FEBRE AMARELA	
ACRELANDIA	33,07	52,92	45,91	54,47	54,09	54,47	63,81	71,98	
BUJARI	107,92	100,00	118,32	122,28	117,33	120,79	95,54	84,65	
CAPIXABA	112,5	86,46	70,83	90,10	88,02	100,52	98,96	86,46	
JORDAO	59,41	61,99	71,59	71,22	68,27	78,23	88,56	60,52	
MANOEL URBANO	46,46	88,94	123,45	99,12	60,18	80,09	87,61	77,88	
PLACIDO DE CASTRO	37,92	108,87	258,41	112,54	129,36	228,44	94,5	139,14	

REGIÃO DO BAIXO DO ACRE E PURUS									
MUNICIPIO	BCG	ROTAVIRUS	POLIO	PENTA	PNEUMO	MENINGO	T.VIRAL	FEBRE AMARELA	
RIO BRANCO	128,81	89,15	78,98	84,21	71,91	88,80	82,55	68,21	
SANTA ROSA DO PURUS	87,17	76,55	74,78	82,30	63,72	100	96,46	52,65	
SENADOR GUIOMARD	18,48	58,29	58,06	59,24	43,60	70,62	64,22	46,21	
SENA-MADUREIRA	83,18	80,40	72,94	77,51	72,83	84,97	85,41	56,46	
PORTO ACRE	9,94	50,83	45,86	41,44	41,99	56,35	58,84	35,36	
TOTAL	106,03	84,75	82,55	82,10	71,82	90,74	82,27	67,82	

Fonte: SI-PNI/SUS/MS.

Quadro 31 – Cobertura Vacinal Acumulada em Crianças Menores de 01 ano e Tríplice Viral de 01 ano-Região do Juruá, Tarauacá e Envira - 2015.

REGIÃO DO JURUÁ, TARAUACÁ E ENVIRA.									
MUNICIPIO	BCG	ROTAVIRUS	POLIO	PENTA	PNEUMO	MENINGO	T.VIRAL	FEBRE AMARELA	
CRUZEIRO DO SUL	124,46	69,5	61,61	77,85	66,69	78,8	86,81	50,85	
FEIJÓ	69,5	46,12	39,26	44,98	36,59	45,49	52,48	32,78	
MANCIO-LIMA	99,75	58,9	67,92	64,16	66,42	81,70	81,70	59,65	
MARECHAL THAUMA-TURGO	44,89	25,68	34,03	11,48	29,02	43,01	52,19	31,94	

REGIÃO DO JURUÁ, TARAUACÁ E ENVIRA.								
MUNICÍPIO	BCG	ROTAVÍRUS	POLIO	PENTA	PNEUMO	MENINGO	T.VIRAL	FEBRE AMARELA
PORTO WALTER	106,03	89,72	98,58	100	93,97	99,29	98,58	84,04
RODRIGUES ALVES	95,58	99,17	86,74	90,61	91,16	95,03	74,31	99,17
TARAUACÁ	103,1	79,81	114,44	84,94	83,79	83,17	101,24	77,86
TOTAL	99,33	66,52	71,37	69,36	65,54	73,89	80,95	58,06

Fonte: SI-PNI/SUS/MS.

Apesar de alguns municípios atingirem metas pontuais nas coberturas de rotina, não houve homogeneidade no alcance das metas entre as vacinas e nem entre as regiões de saúde, fato grave, suscitando para a possibilidade de aumento na ocorrência de doenças imunopreveníveis.

Quadro 32 – Cobertura Vacinal Acumulada em Crianças Menores de ano e Tríplice Viral de 01 ano - Acre - 2015.

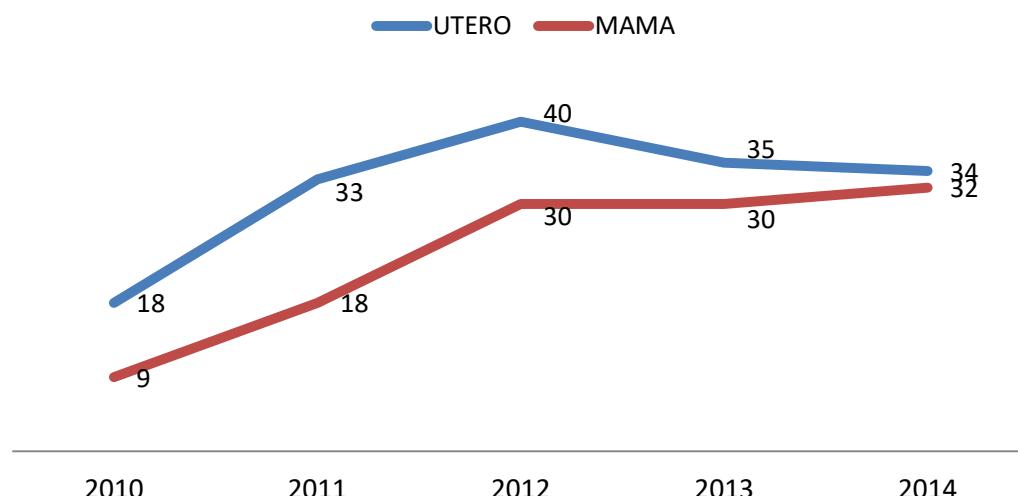
ACRE							
BCG	ROTAVÍRUS	POLIO	PENTA	PNEUMO	MENINGO	T.VIRAL	FEBRE AMARELA
100,48	78,92	80,51	78,52	70,24	85,30	81,40	65,02

Fonte: SI-PNI/SUS/MS.

O Estado alcançou cobertura vacinal apenas para BCG.

1.1.3.2 MORTALIDADE

Gráfico 34 – Número de Óbitos por Câncer de Colo do Útero e de Mama - Acre – 2010-2014.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/SUS/Base Estadual.

O câncer de colo do útero e de mama continua a ser uma importante causa de morte entre mulheres, o que levou o Brasil a assumir nos anos 80 o seu controle como prioridade nas políticas de atenção à saúde da mulher, com foco nas ações de detecção precoce destas patologias, por meio da ampliação do acesso aos exames citopatológicos do colo do útero e às mamografias.

Observa-se que o número de óbitos por câncer de colo do útero no estado aumentou no período de 2011 a 2012 e declinou a partir desse ano, porém, é mais alto que o de câncer de mama.

O número de óbitos por câncer de mama teve um incremento no período analisado, acompanhando a alta incidência que ocorre no restante do Brasil.

Quadro 33 - Principais Óbitos por Neoplasias – Acre - 2011-2014.

CAUSA	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Neoplasia maligna dos brônquios e pulmões	51	65	75	77	268
Outras neoplasias malignas	47	51	56	80	234
Neoplasia maligna do estômago	40	49	54	51	194
Neoplasia maligna do fígado e vias biliares	37	46	31	45	159
Neoplasia maligna da próstata	34	41	38	38	151
Neoplasia maligna do colo do útero	29	37	35	33	134
Neoplasia maligna da mama	19	33	30	32	114
Neoplasia maligna do encéfalo	18	23	17	19	77
Neoplasia maligna s/ especificação do local	18	14	13	20	65
Neoplasia maligna do pâncreas	8	16	19	14	57
Leucemia mieloide	8	10	13	10	41
Neoplasia maligna de laringe	8	8	14	5	35
Neoplasia maligna de esôfago	8	8	12	3	31
Neoplasia maligna do cólon	1	5	11	13	30
Neoplasia maligna secundária dos aparelhos respiratórios e digestivo	6	9	4	9	28
Leucemia linfóide	8	3	7	8	26
Linfoma não Hodgkin de outros tipos	4	6	10	5	25
Neoplasia maligna outra local mal definida	10	6	3	5	24
Neoplasia maligna do reto	7	4	6	4	21
Neoplasia maligna secundária de outra localização	8	3	1	5	17
Neoplasia maligna de útero porção NE	1	4	3	3	11
TOTAL	370	441	452	479	1742

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/SUS/Base Estadual.

No período de 2011 a 2014 os tipos de neoplasias que mais ocasionaram óbitos foram: 1º, neoplasias de brônquios e pulmões; 2º, outras neoplasias malignas; 3º, neoplasia de estômago, seguidos em 4º lugar por neoplasias do fígado e vias biliares e em 5º, neoplasia de próstata.

Quadro 34 - Mortalidade Geral - Regiões de Saúde - Acre - 2012 - 2015.

REGIÃO DE SAÚDE	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
Baixo Acre e Purus	2.348	2.416	2.497	2.468	9.729	68,15
Juruá, Tarauacá e Envira	801	817	868	905	3.391	23,75
Alto Acre	296	279	288	293	1.156	8,10
TOTAL	3.445	3.512	3.653	3.666	14.276	100%

Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

A mortalidade geral por região de saúde demonstra que a maior concentração de óbitos, 68,15 %, ocorreu na região de maior densidade populacional, o Baixo Acre e Purus. Na sequência, nas regiões do Juruá Tarauacá/Envira e do Alto Acre.

Quadro 35 – Principais Causas de Mortalidade Geral – Acre- 2015.

PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE GERAL	TOTAL
1. Doenças do Aparelho Circulatório	810
2. Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade	479
3. Neoplasias	474
4. Doenças do Aparelho Respiratório	461
5. Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	308
6. Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório não Classificados em Outra Parte.	300
7. Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas.	204
8. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	184
9. Doenças do Aparelho Digestivo	144
10. Doenças do Aparelho Geniturinário	74
11. Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas.	72
12. Doenças do Sistema Nervoso	63
TOTAL	3.573

Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

Em consonância com o cenário nacional, no Acre as doenças do aparelho circulatório se configuram como a principal causa de óbitos. Os óbitos por causas externas, que ocupam no ranking nacional de mortalidade a terceira posição, ocupou no estado, o segundo lugar, seguido das neoplasias.

Quadro 36 – Principais Causas de Mortalidade Geral por Faixa Etária CAP. da CID 10 – Acre - 2015

CAUSA	0 < 01a	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+	Ign	TOTAL
Doenças do aparelho circulatório	7	0	0	0	1	13	22	51	108	147	190	293	1	833
Neoplasias (tumores)	2	3	2	4	6	11	33	61	79	94	129	75	0	499
Doenças do aparelho respiratório	28	4	5	0	5	8	9	15	40	68	100	200	0	482
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	19	4	0	0	1	3	2	10	22	40	55	57	0	213
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	17	8	6	1	1	9	19	20	35	30	18	24	5	193
Doenças do aparelho digestivo	4	2	0	3	0	5	10	29	25	33	16	28	0	155
Doenças do sistema nervoso	6	2	2	5	4	6	1	6	2	5	10	15	0	64
Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	2	1	5	6	2	4	4	5	0	29
Doenças sangue órgãos hematopoiético trans. imunitária	2	0	0	0	1	0	4	5	1	3	4	8	0	28

CAUSA	0 < 01a	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+	Ign	TOTAL
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	1	0	0	1	5	1	2	1	1	2	0	14
TOTAL	85	23	16	13	21	57	110	204	316	425	527	707	6	1484

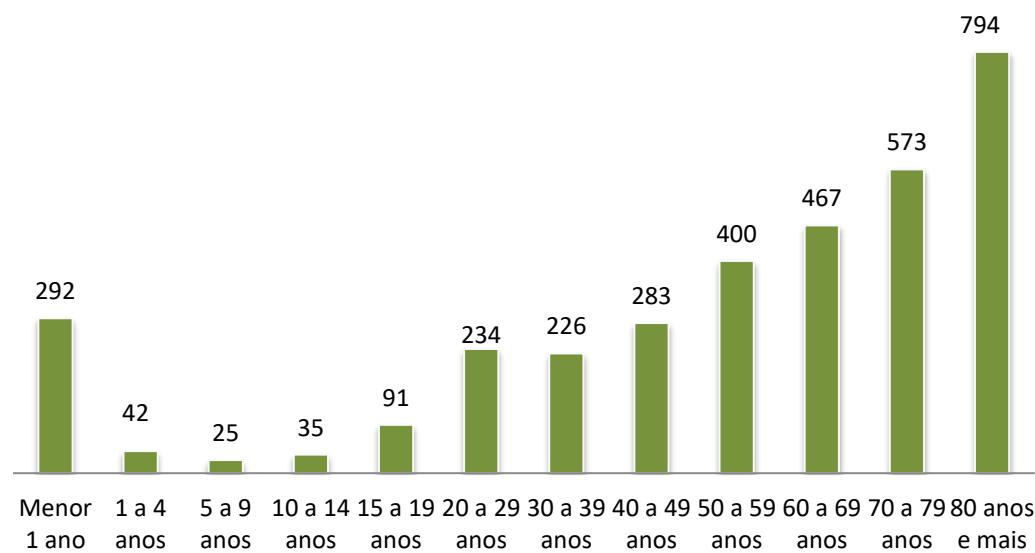
Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

Na distribuição por faixa etária, observa-se que o maior número de óbitos foi registrado na população idosa, na faixa etária de 80 anos e mais, seguida das faixas etárias: 70 a 79 anos e 60 a 69 anos.

As principais causas de morte entre os idosos (60 e mais anos) são, sequencialmente: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e neoplasias.

Entre a população jovem e adulta, compreendida no intervalo de 20 a 59 anos, destacaram-se como principais causas de óbitos: doenças do aparelho circulatório e neoplasias.

Gráfico 35 - Mortalidade Geral por Faixa Etária – Acre - 2014.



Fonte: SINASC/SINAN/SIM/SESACRE, 2016

Observa-se um número de óbitos considerável em menores de um ano, em jovens de 15 a 29 anos e em maiores de 70 anos.

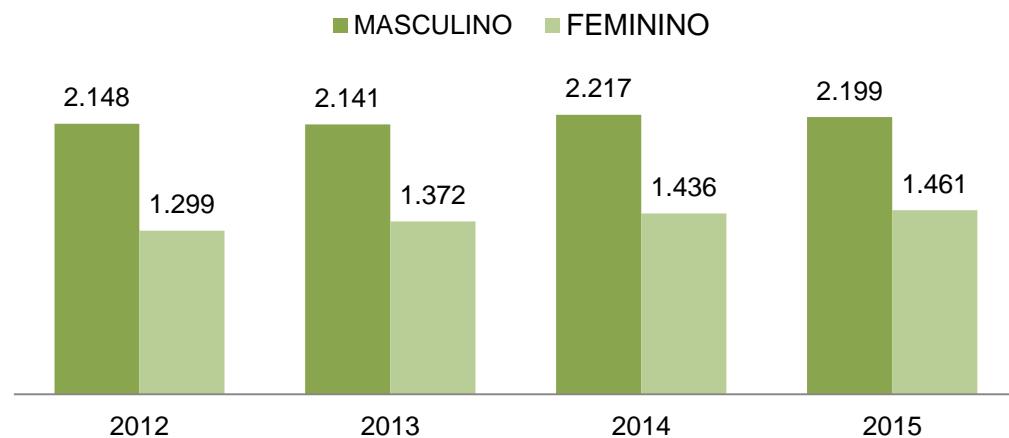
Quadro 37 - Óbitos por Residência, por Faixa Etária - Regiões de Saúde – Acre- 2014

Região de Saúde	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
Alto Acre	16	1	2	6	4	14	15	25	33	35	50	61	1	263
Baixo Acre e Purus	181	24	17	19	58	156	151	197	304	342	393	556	7	2.405
Juruá e Tarauacá /Envira	95	17	6	10	29	64	60	61	63	90	128	177	-	800
TOTAL	292	42	25	35	91	234	226	283	400	467	571	794	8	3.468

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM / Situação da base nacional em 23/12/2015 / Acesso: em 04 de/03/2016.

Observa-se que a maior ocorrência de óbitos nas três regiões de saúde se deu em idosos, 60 anos e mais. Estudos revelam que o perfil de morbimortalidade do Brasil está sendo alterado pelo envelhecimento populacional, fazendo com que o cenário caracterizado por uma população jovem, transforme-se em outro, típico de uma população mais envelhecida, onde predominam agravos crônicos e o consequente aumento nos custos assistenciais, gerados pelas alterações na utilização dos serviços de saúde, tais como: aumento das hospitalizações e necessidade de incremento de serviços de reabilitação.

Gráfico 36 – Mortalidade Geral por Sexo – Acre - 2012-2015.



Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

Em relação ao gênero o maior número de óbitos no estado concentrou-se na população masculina, com média no período analisado de 61% de óbitos em homens e 39% em mulheres.

Quadro 38 – Mortalidade Geral por Causas Externas -Município de Residência – Acre- 2012-2015.

MUNICÍPIO	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Acrelândia	8	6	8	10	32
Assis Brasil	4	4	4	4	16
Brasiléia	21	21	17	14	73
Bujari	5	9	8	11	33
Capixaba	8	8	4	10	30
Cruzeiro do Sul	55	41	39	46	181
Epitaciolândia	11	8	8	8	35
Feijó	15	19	23	26	83
Jordão	11	5	4	1	21
Mâncio Lima	6	14	9	9	38
Manoel Urbano	6	11	9	8	34
Marechal Thaumaturgo	1	2	6	2	11
Plácido de Castro	15	12	11	10	48
Porto Acre	16	13	15	8	52
Porto Walter	4	2	6	0	12
Rio Branco	257	265	291	232	1.045
Rodrigues Alves	3	2	11	3	19
Santa Rosa do Purus	0	0	0	1	1
Sena Madureira	34	32	27	25	118
Senador Guiomard	14	16	17	16	63
Tarauacá	26	19	24	28	97
Xapuri	9	10	7	5	31
TOTAL	532	523	548	479	2.082

Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

O estado apresentou no período de 2012 a 2015 um coeficiente de 2,59 óbitos/1.000 habitantes. Quando se analisa este indicador por município, percebe-se que o município de Manoel Urbano se destaca com 3,93 mortes para cada grupo de 1000 habitantes, seguido do município do Bujari com 3,53 óbitos/1.000.

Mortalidade Feminina

Atualmente os estados e municípios brasileiros assumem como compromisso a notificação e investigação de todos os óbitos de mulheres, principalmente em idade fértil, no intuito de promover um maior conhecimento da magnitude e das principais causas de morte neste grupo populacional.

Quadro 39 – Óbitos em Mulheres por Faixa Etária – Acre – 2011-2015.

FAIXA ETÁRIA	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
10-14 anos	19	17	14	18	9	77
15-19 anos	26	19	27	18	21	111
20-29 anos	40	55	48	54	41	238
30-39 anos	75	78	61	69	62	345
40-49 anos	89	91	92	90	104	466
50-59 anos	144	136	132	147	138	697
60-69 anos	156	160	216	176	193	901
70-79 anos	215	213	221	253	258	1160
80 e+	294	301	292	372	379	1638
Total	1058	1070	1103	1197	1205	5633

Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

O maior número de óbitos ocorreu na faixa etária de 80 anos e mais, seguida da faixa de 70 a 79 anos e 60 a 69 anos, ou seja, na população idosa. O menor número de óbitos foi registrado nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos.

Quadro 40 – Principais Causas de Óbitos em Mulheres – Acre – 2012-2015.

CAUSA	2012	2013	2014	2015	Total
Doenças do aparelho circulatório	274	305	333	347	1259
Neoplasias (tumores)	205	205	235	203	848
Doenças do aparelho respiratório	165	171	212	207	755
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	88	90	103	93	374
Sintomas sinais e achados anormais exames clínicos e laboratório	102	79	67	105	353
Causas externas de morbidade e mortalidade	75	76	78	49	278
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	35	47	47	58	187
Doenças do aparelho digestivo	37	44	40	57	178
Doenças do aparelho geniturinário	29	28	33	21	111
Doenças do sistema nervoso	18	18	17	24	77
Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	8	16	8	11	43
Doenças sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	16	7	9	10	42
Gravidez parto e puerpério	10	10	8	11	39
Transtornos mentais e comportamentais	4	3	2	4	13
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	2	1	5	11
Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	1	1	3	0	5
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	1	1	0	2
TOTAL	1070	1103	1197	1205	4575

Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

As três principais causas de óbito em mulheres em todas as idades foram: as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório.

Mortalidade Feminina em Idade Fértil

A análise da mortalidade feminina em idade fértil (10 a 49 anos) indica a qualidade de vida e de saúde de uma população, visto que as mulheres em idade reprodutiva falecem frequentemente por causas consideradas evitáveis.

A legislação sanitária estabelece que os óbitos de mulheres em idade fértil independente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, visando identificar fatores determinantes, possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar eventos semelhantes.

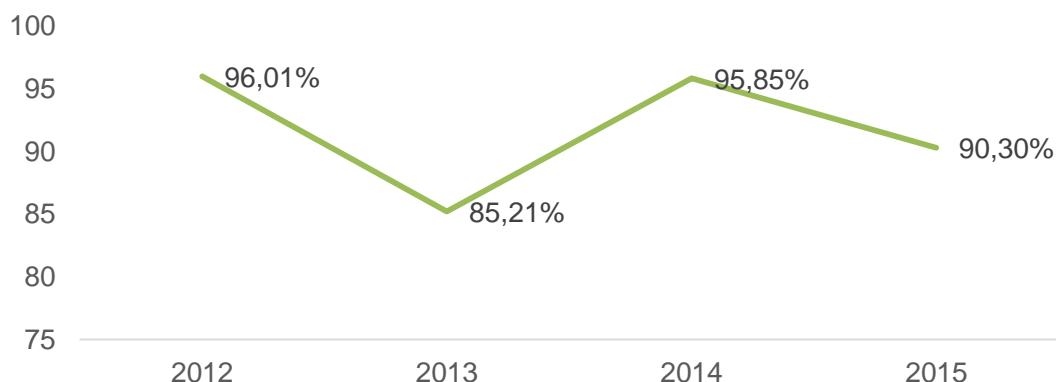
Quadro 41 – Principais Causas de Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil – Acre- 2012-2015.

CAUSA	2012	2013	2014	2015	Total
Neoplasias (tumores)	74	46	74	62	256
Causas externas de morbidade e mortalidade	47	59	51	37	194
Doenças do aparelho circulatório	30	40	32	31	133
Doenças do aparelho respiratório	24	18	12	17	71
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16	20	18	16	70
Sintomas sinais e achados anormais exames clínicos e laboratório	15	12	17	12	56
Gravidez, parto e puerpério	10	10	8	11	39
Doenças do aparelho digestivo	5	9	7	14	35
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	11	6	7	7	31
Doenças do sistema nervoso	7	9	6	9	31
TOTAL	239	229	232	216	916

Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

As três principais causas de óbitos de mulheres em idade fértil no período de 2012 a 2015 não divergiram do cenário nacional, com prevalência para causas, em princípio, consideradas evitáveis. Foram estas: 1º, neoplasias, 2º, causas externas de morbidade e mortalidade e 3º, doenças do aparelho circulatório.

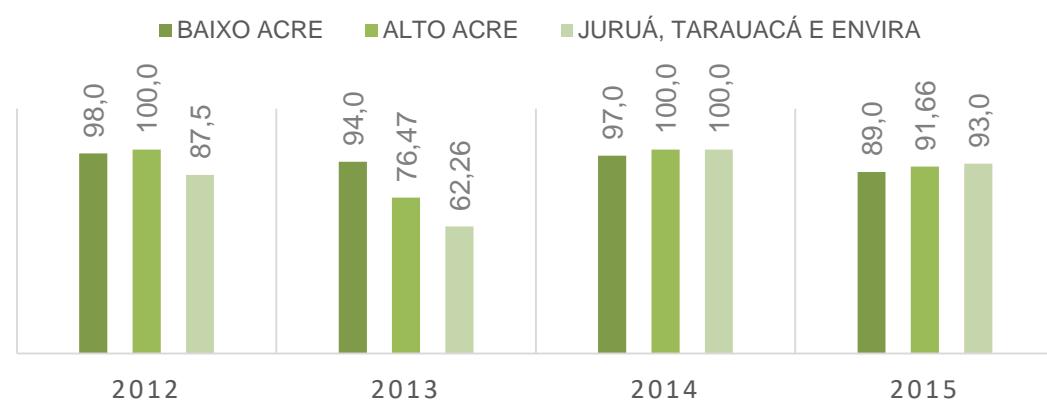
Gráfico 37 - Proporção de Óbitos em Mulheres em Idade Fértil Investigados – Acre - 2012-2015.



Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

A investigação de óbitos em mulheres em idade fértil vem apresentando variações cíclicas, com um declínio maior registrado nos anos de 2013 e 2015.

Gráfico 38 - Proporção de óbitos em Mulheres em Idade Fértil investigados – MIF-Regiões de Saúde – 2012-2015.



Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

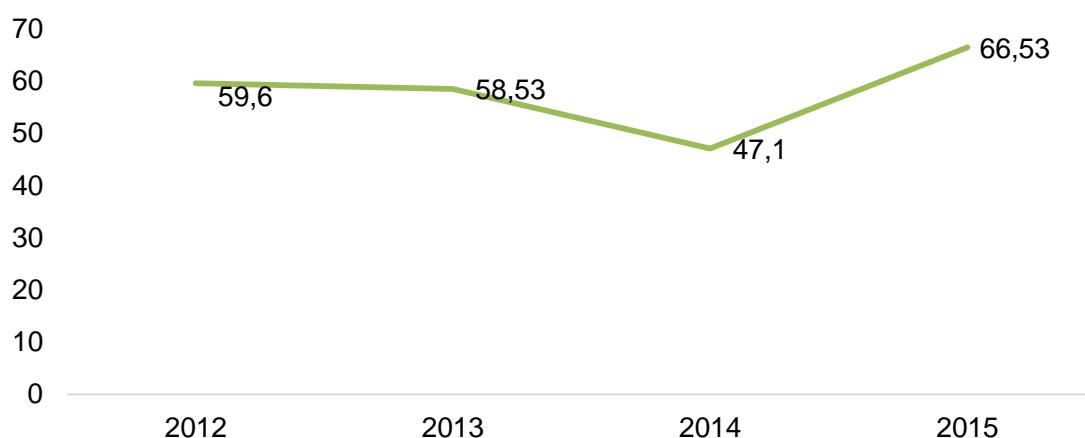
Em 2013 houve uma redução nas investigações nas três regiões de saúde, porém, em 2014 e 2015 houve incremento positivo nas investigações nas três regiões.

Mortalidade Materna

A taxa de mortalidade materna considerada aceitável pela OMS é de 20 mortes de mulheres grávidas por 100 mil nascidos vivos.

De acordo com dados divulgados em 2015 pelo Ministério da Saúde, o Brasil registrou 62 óbitos maternos a cada 100 mil nascimentos.

Gráfico 39 – Razão de Mortalidade Materna – Acre – 2012-2015.



Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

Houve declínio no período de 2012 a 2014, no entanto, houve aumento significativo em 2015. Um fato preocupante que precisa ser levado em consideração, para que se possam traçar estratégias de melhoria da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Quadro 42 - Número Absoluto de Mortalidade Materna por Faixa Etária – Acre-2012-2015.

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	Total
15-19 anos	1	3	1	4	9
20-29 anos	6	4	2	2	14
30-39 anos	3	3	5	2	13
40-49 anos	0	0	0	3	3
Total	10	10	8	11	39

Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

No período de 2012 a 2015 observa-se um maior registro na faixa etária de 20-29 anos, seguido da faixa etária de 30-39 anos.

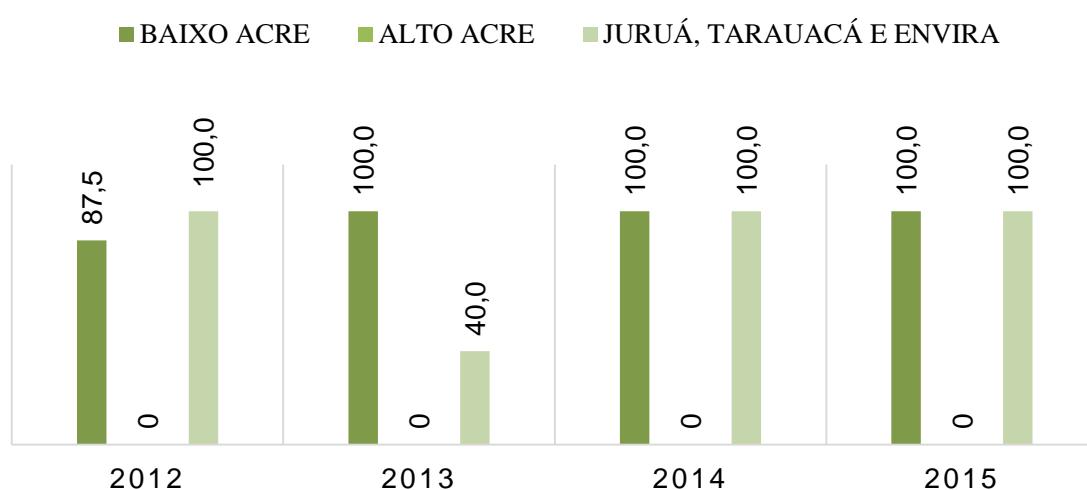
Gráfico 40 - Proporção de Óbitos Maternos Investigados – Acre – 2012-2015.



Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

Nos últimos dois anos o Estado conseguiu investigar 100% dos óbitos maternos.

Gráfico 41 - Proporção de Óbitos Maternos Investigados - Regiões de Saúde - 2012-2015.



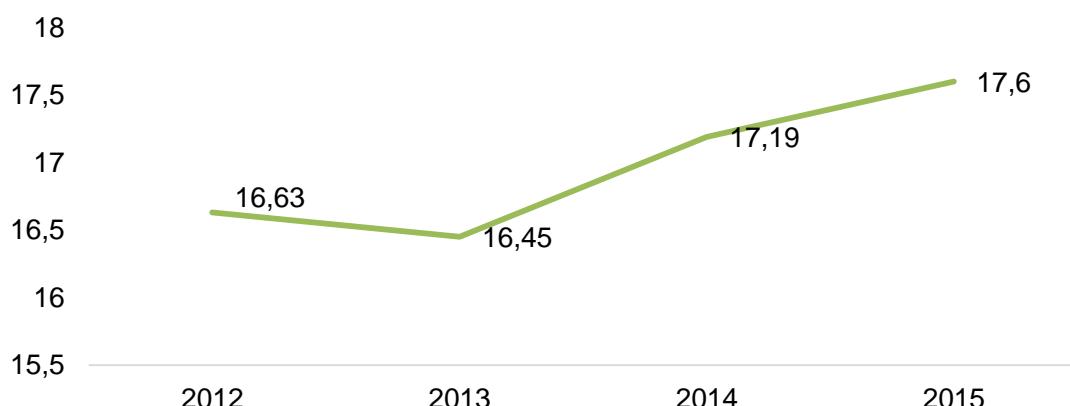
Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

As regiões do Juruá, Tarauacá/Envira e Baixo Acre e Purus investigaram nos dois últimos anos, 100% dos óbitos ocorridos. Na região do Alto Acre não houve registro de óbitos maternos no período analisado.

Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde classificam o valor da taxa de mortalidade infantil de 50 por mil ou mais como alta, de 20 a 49 mil sendo média e menos de 20 mil, baixa. Desta forma o resultado da taxa de mortalidade infantil no Acre, nos últimos cinco anos foi classificado como baixa. No entanto, manteve-se acima do resultado do Brasil, que é de 12,89 óbitos infantis/1.000 nascidos vivos.

Gráfico 42 – Coeficiente de Mortalidade Infantil – Acre – 2012-2015.



Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

Apesar dos esforços na reorganização dos serviços que prestam assistência à mulher e à criança através da Rede Cegonha, com foco na qualificação de profissionais de saúde e investimentos na estruturação das Unidades Básicas de Saúde, hospitais e maternidades, o indicador apresentou uma tendência de aumento a partir de 2013, fato grave e preocupante.

Alguns fatores contribuíram para o resultado da taxa de mortalidade infantil no Acre, dentre eles, o alto registro de óbitos em menores de 01 ano nas aldeias indígenas, onde epidemias de diarreia, alta incidência de desnutrição e baixa prevalência de aleitamento materno nesta população, contribuem para elevar o número de óbitos infantis no Estado.

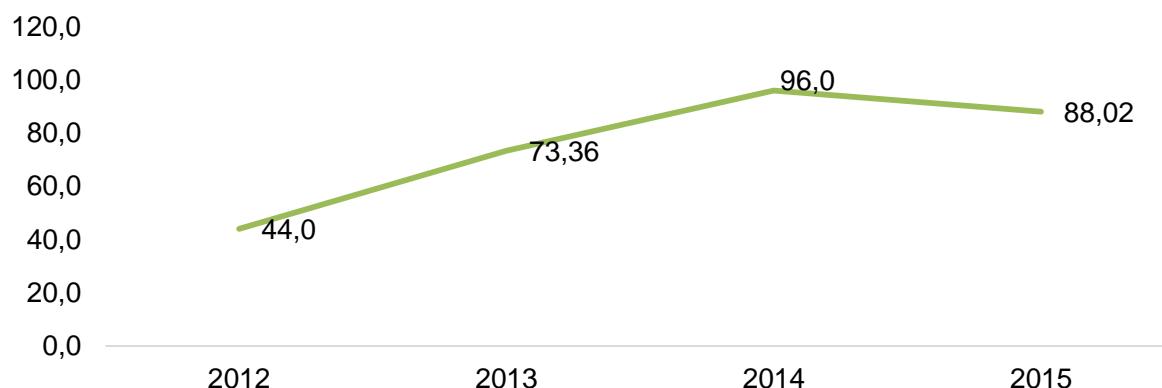
Quadro 43 – Número de Óbitos Infantis por Município e Regiões de Saúde – Acre - 2012-2015.

Munic Resid - AC	2012	2013	2014	2015
Acrelândia	4	3	5	2
Bujari	3	1	1	2
Capixaba	5	1	6	2
Jordão	12	5	6	4
Manoel Urbano	5	4	9	8
Plácido de Castro	2	6	2	8
Porto Acre	6	5	11	4
Rio Branco	82	95	108	102
Santa Rosa do Purus	11	12	10	11
Sena Madureira	17	21	14	8
Senador Guiomard	10	6	9	6
SUB-TOTAL - BAIXO ACRE	157	159	181	157
Assis Brasil	4	2	4	7
Brasiléia	10	14	8	14
Epitaciolândia	9	3	2	2
Xapuri	5	4	2	4
SUB- TOTAL -ALTO ACRE	28	23	16	27

Munic Resid - AC	2012	2013	2014	2015
Cruzeiro do Sul	26	29	22	20
Feijó	17	30	19	26
Mâncio Lima	5	2	5	9
Marechal Thaumaturgo	7	5	14	7
Porto Walter	6	7	1	4
Rodrigues Alves	5	2	8	6
Tarauacá	28	24	26	35
SUB-TOTAL - JURUÁ	94	99	95	107
ACRE	279	281	292	291

A distribuição por região de saúde dos óbitos infantis apontou a maior ocorrência na região do Baixo Acre e Purus, seguido do Juruá, Tarauacá/Alto Acre.

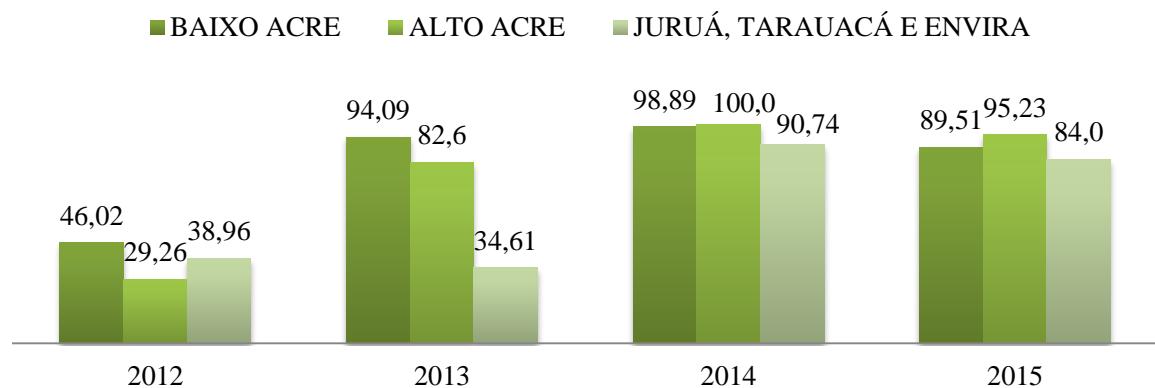
Gráfico 43 - Proporção de Óbitos Infantis e Fetais Investigados - Acre - 2012-2015.



Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

Apesar de redução de 2014 para 2015 no período analisado, houve uma melhora significativa na investigação de óbitos infantis e fetais no Acre, sendo o melhor resultado registrado no ano de 2014, quando 96 % dos óbitos foram investigados.

Gráfico 44 - Proporção de Óbitos Infantis e Fetais Investigados - Regiões de Saúde – 2012-2015.



Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

Observa-se que a partir do ano de 2013 houve uma melhoria significativa do desempenho desse indicador nas três regiões de saúde, com destaque para o Alto Acre, que no ano de 2014 conseguiu investigar 100% dos óbitos ocorridos.

Quadro 44 – Principais Causas de Mortalidade Infantil - Acre - 2012-2015.

CAUSAS DE MORTALIDADE	2012		2013		2014		2015	
	Nº de óbitos	%	Nº de óbitos	%	Nº de óbitos	%	Nº de óbitos	%
Algumas afecções originadas no período perinatal	126	45,16	150	53,57	126	43,15	141	48,45
Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas	43	15,41	42	15,00	45	15,41	56	19,24
Doenças do aparelho respiratório	22	7,89	24	8,57	34	11,64	28	9,62
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	11	3,94	22	7,86	26	8,90	17	5,84
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23	8,24	9	3,21	27	9,25	16	5,50
Sintomas sinais e achados anormais exames clínicos e laboratório	28	10,04	15	,36	4	1,37	9	3,09
Doenças do aparelho circulatório	7	2,51	2	0,71	3	1,03	7	2,41
Doenças do sistema nervoso	3	1,08	5	1,79	9	3,08	6	2,06
Doenças do aparelho digestivo	4	1,43	6	2,14	3	1,03	4	1,37
Doenças sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	3	1,08	1	0,36	1	0,34	2	0,69
TOTAL	270	96,78	276	98,84	278	95,2	286	98,27

Fonte: SIM/SUS/Base Estadual

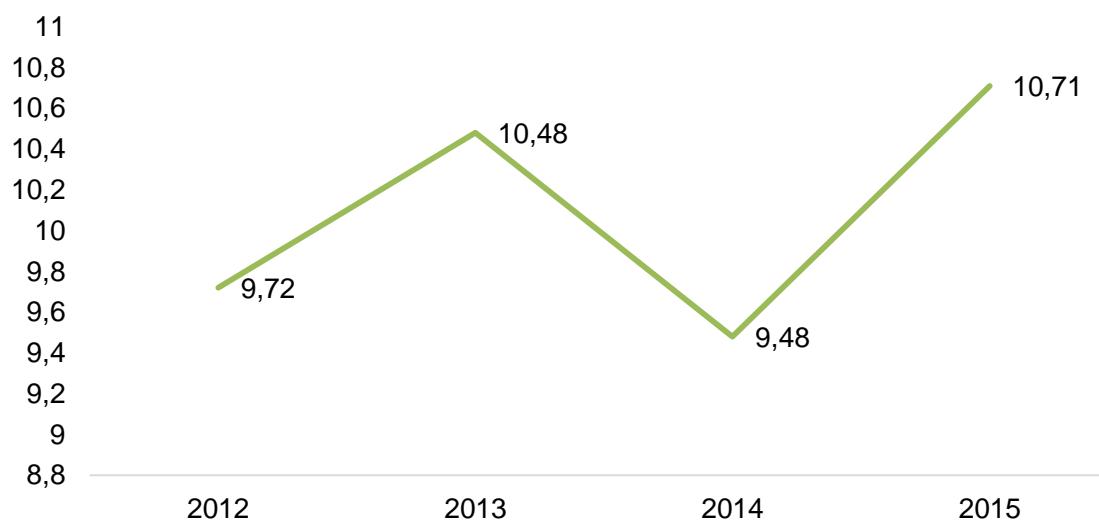
Destaca-se como principal causa de óbitos em crianças menores de um ano, as afecções originadas no período perinatal, seguindo a mesma tendência dos dados nacionais. Esse tipo de morbidade está diretamente associado à qualidade da assistência a gravidez, ao parto e ao recém-nascido e às condições da criança no nascimento.

A vigilância do óbito infantil e fetal se constitui como importante estratégia e deve mostrar as circunstâncias que levaram ao óbito, subsidiando no planejamento de ações para prevenção de eventos semelhantes. Isso se torna especialmente importante no nível regional, pois reflete a realidade local e ações adequadas às prioridades e aos recursos disponíveis.

Mortalidade Neonatal e Pós-Neonatal

No Brasil, a mortalidade neonatal (0 - 27 dias de vida) é o principal componente da mortalidade infantil desde a década de 1990. Infelizmente essa problemática vem se mantendo em níveis elevados até os dias atuais, refletindo de um lado as condições socioeconômicas e de saúde da mãe e por outro, a importância de investimentos consistentes na assistência materno-infantil em todo o território nacional.

Gráfico 45 – Coeficiente de Mortalidade Neonatal - Acre - 2012-2015.



Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

Gráfico 46 – Coeficiente de Mortalidade Pós - Neonatal - Acre - 2012-2015.



Fonte: SIM/SUS/Base Estadual.

No Acre, a mortalidade neonatal e pós-neonatal apresentou grande oscilação no período analisado. De 2014 a 2015 houve aumento na mortalidade neonatal.

1.2 ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

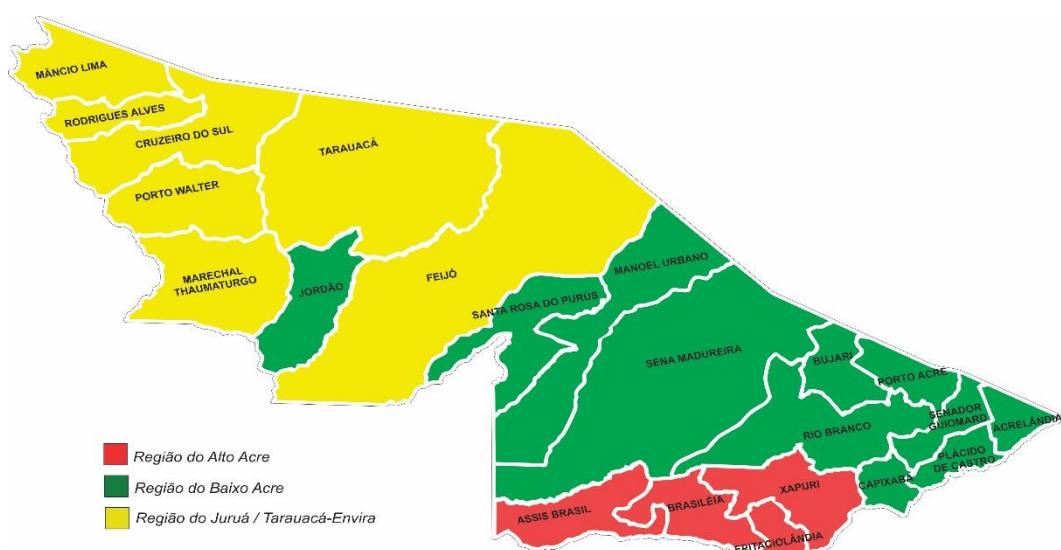
1.2.1 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Regionalização da Saúde

Entende-se por Região de Saúde o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Este mesmo decreto define que para ser considerada uma região, este agrupamento de municípios limítrofes deve conter no mínimo as ações e serviços de: atenção básica; urgência e emergência; atenção psicossocial; ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (Decreto Presidencial nº 7.508/2011).

A regionalização é a diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre entes públicos. No Estado do Acre está representada por 03 regiões de saúde: Baixo Acre e Purus, Alto Acre e Juruá/Tarauacá-Envira e uma macrorregião de saúde tendo como município sede, Rio Branco.

Figura 2 - Mapa da Regionalização da Saúde no Estado Acre



Fonte: SAPG/DGRSBAP/SESACRE, 2015.

A região de saúde do **Baixo Acre e Purus** é composta por 11 (onze) municípios: Acrelândia, Bujarí, Capixaba, Jordão, Manoel Urbano, Plácido de Castro, Porto Acre, Rio Branco, Santa Rosa do Purus, Sena Madureira, Senador Guiomard; a região do **Alto Acre** composta por 4 (quatro) municípios: Brasiléia, Epitaciolândia, Assis Brasil e Xapuri e a do **Juruá, Tarauacá/Envira**, composta por 7 (sete) municípios: Cruzeiro do Sul, Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Mal. Thaumaturgo, Porto Walter, Feijó e Tarauacá. Há 1 (uma) macrorregião de saúde, Rio Branco, onde se estrutura e realiza-se as ações de média e alta complexidade, que atende 100% da demanda que as regionais não absorvem por questões de capacidade instalada. Cada região tem uma Comissão Intergestores Regional – CIR, espaço de negociação e pactuação das ações e serviços de saúde no âmbito da região.

Quadro 45 - Distribuição da População - Município - Regiões de Saúde - Acre -2010/2015.

REGIÕES DE SAÚDE	POPULAÇÃO RESIDENTE	
	Ano 2010	Ano 2015
JURUÁ E TARAUACÁ/ENVIRA		
Mâncio Lima	15.206	17.173
Rodrigues Alves	14.389	16.974
Cruzeiro do Sul	78.507	81.519
Porto Walter	9.176	10.759
Marechal Thaumaturgo	14.227	16.895
Tarauacá	35.590	38.819
Feijó	32.412	32.385
Total	199.507	214.524
BAIXO ACRE E PURUS		
Jordão	6.577	7.509
Santa Rosa do Purus	4.691	5.809
Manoel Urbano	7.981	8.641
Sena Madureira	38.029	41.750
Bujari	8.471	9.339
Plácido de Castro	17.209	18.159
Porto Acre	14.880	16.757
Rio Branco	336.038	370.550
Senador Guiomard	20.179	21.182
Acrelândia	12.538	13.869
Capixaba	8.798	10.498
Total	475.391	524.063
ALTO ACRE		
Assis Brasil	6.072	6.738

REGIÕES DE SAÚDE	POPULAÇÃO RESIDENTE	
	Ano 2010	Ano 2015
Brasiléia	21.398	23.849
Epitaciolândia	15.100	16.731
Xapuri	16.091	17.608
Total	58.661	64.926
ESTADO	733.559	803.513

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2016.

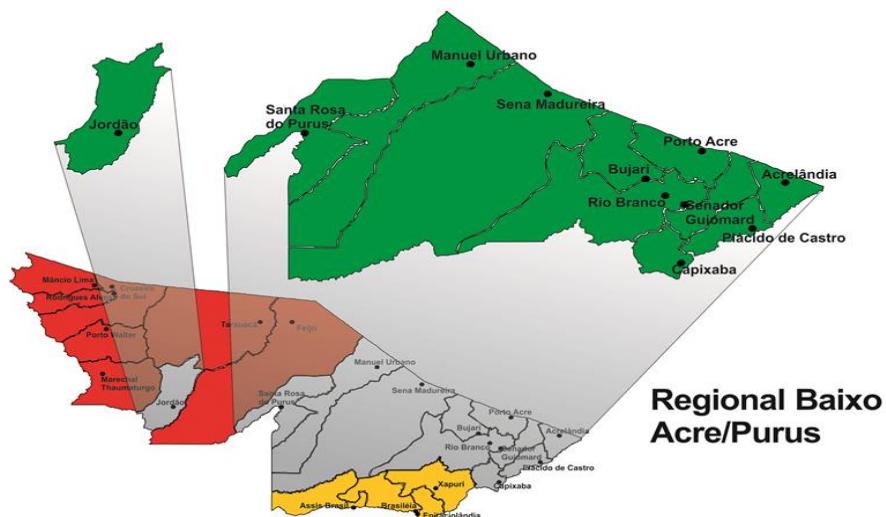
A região do Baixo Acre e Purus é composta de 11 (onze) municípios e é a mais populosa, representando 65,22% do total da população. É nesta região que fica a capital, Rio Branco; a região do Juruá, Tarauacá/Envira, com 07 (sete) municípios, representando 26,70% da população total e a região do Alto Acre, constituída por 04 (quatro) municípios, representando 8,08% do total da população, portanto, a menos populosa.

Objetivos da regionalização

- Garantir acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde;
- Garantir a integralidade na atenção à saúde, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso, em todos os níveis complexidade do Sistema;
- Reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, sem distinção entre as pessoas, sem preconceitos ou privilégios, produzindo uma discriminação positiva para os mais necessitados;
- Fortalecer o papel do estado e dos municípios para que exerçam suas funções gestoras, visando racionalizar os gastos, otimizando a aplicação dos recursos.

Caracterização das Regiões de Saúde

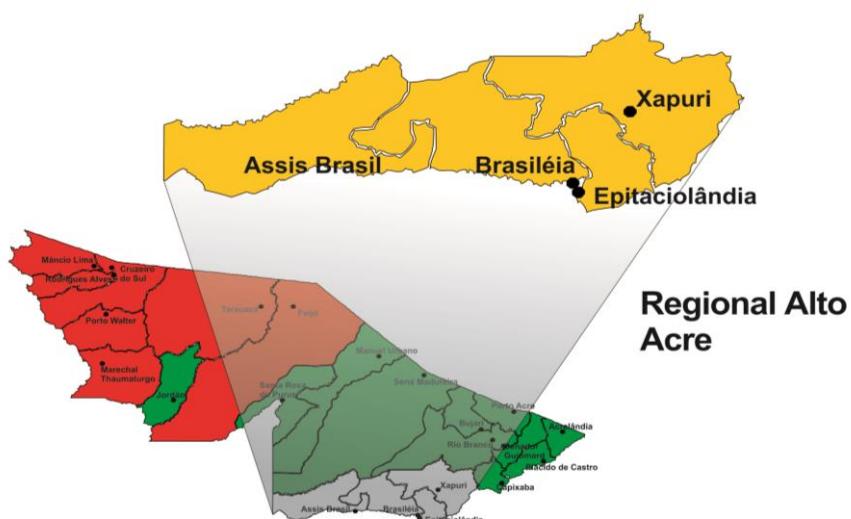
Figura 3 - Região do Baixo Acre e Purus



Fonte: Rede Cegonha/Acre, 2012.

A População da Região do Baixo Acre e Purus é de 524.063 habitantes, de acordo com os dados do IBGE (2015). Sua Área é de 68.139,157 km² representando 41,5 % do Estado, 1,77 % da Região Norte e 0,80 % de todo o território brasileiro.

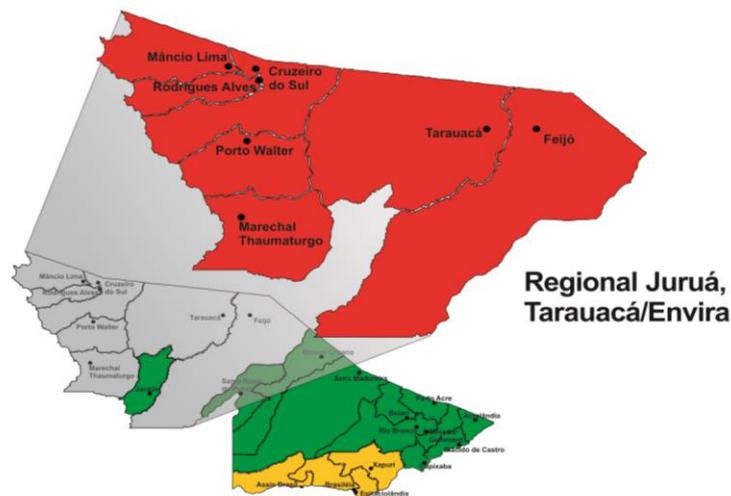
Figura 4 – Região do Alto Acre



Fonte: Rede Cegonha/Acre, 2012.

A População da Região do Alto Acre é de 64.926 habitantes, de acordo com os dados do IBGE (2015). Sua Área é de 15.892,756 km² representando 9,7 % do Estado, 0,41% da Região Norte do país e 0,19 % de todo o território brasileiro.

Figura 5- Região do Juruá, Tarauacá/Envira



Fonte: Rede Cegonha/Acre, 2012.

A População Total da Região do Juruá, Tarauacá / Envira é de 214.524 habitantes, de acordo com os dados do IBGE (2015). Sua Área é de 80.090,371 km² representando 48,8 % do Estado, 2,08% da Região Norte do país e 0,94 % de todo o território brasileiro.

1.2.2 ESTRUTURA FÍSICA DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE

Quadro 46 – Tipo de Estabelecimento de saúde - Município - Regiões de Saúde - Acre - 2016.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	REGIÃO JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA							REGIÃO BAIXO ACRE E PURUS							REGIÃO ALTO ACRE			TOTAL					
	Mâncio Lima	Rodrigues Alves	Cruzeiro do Sul	Porto Walter	Marechal	Tarauacá	Feijó	Jordão	Santa Rosa do Purus	Manoel Urbano	Sena Madureira	Bujari	Plácido de Castro	Porto Acre	Rio Branco	Senador Guiomard	Acrelândia	Capixaba	Assis Brasil	Brasiléia	Epitaciolândia	Xapuri	
ACADEMIA DA SAÚDE	2	2	1	-	-	-	2	-	1	1	-	-	-	3	5	1	-	-	1	-	-	-	19
CENTRAL DE REGULAÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	3
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-CAPS	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	1	6
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA DE SAUDE	5	3	25	1	3	8	8	2	1	2	15	3	8	5	84	5	5	1	3	8	7	5	207
CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO ESPECIALIZADO	-	-	8	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	36	-	-	-	-	-	-	1	46
CONSULTORIO	-	-	14	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	250	1	-	-	-	-	-	-	266

TIPO DE ESTABELECIMENTO	REGIÃO JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA							REGIÃO BAIXO ACRE E PURUS							REGIÃO ALTO ACRE			TOTAL	
	Mâncio Lima	Rodrigues Alves	Cruzeiro do Sul	Porto Walter	Marechal	Tarauacá	Feijó	Jordão	Santa Rosa do Purus	Manoel Urbano	Sena Madureira	Bujari	Plácido de Castro	Porto Acre	Rio Branco	Senador Guiomard	Acrelândia	Capixaba	
FARMACIA	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	1	11
HOSPITAL ESPECIALIZADO	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	5
HOSPITAL GERAL	1	-	3	-	-	1	1	-	-	-	1	-	1	-	5	1	-	-	16
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2
POLICLINICA	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	6	-	1	-	10
POSTO DE SAUDE	1	-	6	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	5	3	3	-	21
PRONTO ANTEDIMENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	4
SECRETARIA DE SAUDE	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	25
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	2	-	3	1	1	1	1	1	1	1	-	-	-	-	2	-	-	-	14
UNIDADE DE SERVICO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	1	-	6	1	1	2	1	-	-	-	2	-	-	-	25	-	1	-	46
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	1	1	3	-	-	1	1	-	1	1	1	-	1	-	3	1	-	1	21
UNIDADE MISTA	-	1	1	1	1	1	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-	1	-	10
UNIDADE MOVEL DE	1	1	4	-	-	1	1	-	-	-	1	-	2	-	15	1	1	-	32

TIPO DE ESTABELECIMENTO	REGIÃO JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA						REGIÃO BAIXO ACRE E PURUS								REGIÃO ALTO ACRE				TOTAL				
	Mâncio Lima	Rodrigues Alves	Cruzeiro do Sul	Porto Walter	Marechal	Tarauacá	Feijó	Jordão	Santa Rosa do Purus	Manoel Urbano	Sena Madureira	Bujari	Plácido de Castro	Porto Acre	Rio Branco	Senador Guiomard	Acrelândia	Capixaba	Assis Brasil	Brasiléia	Epitaciolândia	Xapuri	
NIVEL PRE-HOSP-URGENCIA/EMERGENCI																							
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TELESAÚDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Total por município	16	9	86	6	8	20	16	5	7	7	21	4	15	9	455	16	13	7	9	20	12	13	774
Total por regional	161						559								54								

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES/DP/SESACRE 2016.

Dos 774 estabelecimentos em saúde registrados, a maioria está na região do Baixo Acre, no município de Rio Branco, sede da macrorregião de Saúde, onde se concentra a execução da maioria das ações de média e alta complexidade. Nas regiões de saúde do Juruá/Tarauacá Envira e do Alto Acre, não contamos com centrais de regulação. Na região do Alto Acre não contamos com ambulatórios especializados e na região do Juruá/Tarauacá e envira não contamos com laboratórios de saúde pública.

Quadro 47 – Tipo de Prestador - Município - Regiões de Saúde - Acre - 2016.

TIPO DE PRESTADOR	REGIÃO JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA							REGIÃO BAIXO ACRE E PURUS							REGIÃO ALTO ACRE			TOTAL					
	Mâncio Lima	Rodrigues Alves	Cruzeiro do Sul	Porto Walter	Marechal Thaumaturgo	Tarauacá	Feijó	Jordão	Santa Rosa do Purus	Manoel Urbano	Sena Madureira	Bujari	Plácido de Castro	Porto Acre	Rio Branco	Senador Guiomard	Acrelândia	Capixaba	Assis Brasil	Brasiléia	Epitaciolândia	Xapuri	
Público municipal	13	7	43	4	7	14	13	4	6	6	18	4	10	9	102	14	9	7	7	13	10	10	330
Público estadual	2	2	13	1	1	2	2	1	1	1	1		4		35	2	2		2	4	1	2	79
Privado municipal			16			2							1		284		2						305
Privado estadual	1		14	1		2	1				2				33					3	1	1	59
Filantrópico															1								1
Total																							774

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES/DP/SESACRE 2016.

Observa-se no quadro acima que apesar dos serviços privados terem apresentado uma expansão nos últimos anos, os serviços públicos ainda continuam apresentando a maior oferta.

Quadro 48 - Quantidade de Leitos por Especialidade - Município – Acre - 2016.

MUNICIPIO	CIRURGICO		CLINICO		OBSTETRICO		PEDIATRICO		OUTROS		TOTAL	
	SUS	NÃO SUS	SUS	NÃO SUS	SUS	NÃO SUS	SUS	NÃO SUS	SUS	NÃO SUS	SUS	NÃO SUS
Acrelândia	0	0	8	0	2	0	4	0	2	0	16	0
Assis Brasil	0	0	6	0	2	0	3	0	1	0	12	0
Brasiléia	6	0	18	0	8	0	6	0	4	0	42	0
Bujari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Capixaba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cruzeiro do Sul	44	0	96	2	25	0	27	9	6	0	198	11
Epitaciolândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Feijó	4	0	8	0	10	0	5	0	2	0	29	0
Jordão	0	0	7	0	2	0	1	0	0	0	10	0
Mâncio Lima	0	0	11	0	6	0	6	0	2	0	23	0
Manoel Urbano	0	0	13	0	4	0	4	0	2	0	23	0
Marechal Thaumaturgo	0	0	8	0	3	0	2	0	0	0	13	0
Plácido de Castro	0	0	27	0	7	0	10	0	2	0	46	0
Porto Acre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Porto Walter	0	0	8	0	2	0	4	0	0	0	14	0
Rio Branco	177	48	218	42	100	14	67	51	81	26	643	181
Rodrigues Alves	0	0	8	0	2	0	5	0	1	0	16	0

MUNICIPIO	CIRURGICO		CLINICO		OBSTETRICO		PEDIATRICO		OUTROS		TOTAL	
	SUS	NÃO SUS	SUS	NÃO SUS								
Santa Rosa do Purus	0	0	9	0	2	0	2	0	2	0	15	0
Senador Guiomard	9	0	13	0	3	0	3	0	2	0	30	0
Sena Madureira	6	0	22	0	10	0	8	0	4	0	50	0
Tarauacá	6	0	14	0	12	0	8	0	2	0	42	0
Xapuri	1	0	11	0	3	0	7	0	3	0	25	0
SUBTOTAL	253	48	505	44	203	14	172	60	116	26	1.249	192
TOTAL GERAL	301		549		217		232		142		1.441	

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde -CNES/DRCAA/DP/SESACRE /2016

Atualmente o Estado do Acre possui 1.441 leitos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, dos quais 1.249 pertencem ao SUS. Ainda que em algumas localidades, como é o caso de Epitaciolândia, Bujari, Capixaba e Porto Acre não disponham de unidades de internação, os leitos existentes e cadastrados SUS no Estado do Acre, são suficientes para o atendimento das demandas existentes, tanto por Regional de Saúde, como no âmbito geral. O superávit em leitos gerais no estado, supera a casa de 52,6% da necessidade expressa com base nos parâmetros populacionais. Assim, o estado, com base na sua população e por conseguinte internações esperadas, tem uma necessidade de 816 leitos gerais para a cobertura, enquanto que, conforme pode ser obtido nos registros do CNES, em Dezembro de 2015 apresentava um volume de 1.246 leitos. Há que se registrar que, no caso de Epitaciolândia, onde a população é coberta pelos leitos ofertados em Brasiléia (Hospital Dr. Raimundo Chaar) se somadas, a necessidade em leitos para cobertura aos 2 municípios é de 31 leitos, e a unidade em Brasiléia oferta 42, portanto oferece suficiência na cobertura.

1.2.3 SAÚDE SUPLEMENTAR

Saúde suplementar é a atividade que envolve a operação de planos e seguros privados de assistência médica à saúde (os planos ou seguros de saúde). As ações e serviços privados de saúde são prestados por meio de planos de saúde, oferecidos por operadoras. Essa operação é regulada pelo poder público, representado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e as operadoras compreendem seguradoras especializadas em saúde, medicinas de grupo, cooperativas, instituições filantrópicas e autogestões.

A regulação da saúde suplementar foi iniciada em 1999 com a entrada em vigor da lei 9.656/98, que dispõe sobre os planos de saúde. No ano seguinte, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada para atuar na regulamentação, criação e implementação de normas, controle e fiscalização das atividades do segmento. Antes da lei 9.961/2000, que criou a ANS, as seguradoras de saúde eram reguladas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP).

Na Saúde Suplementar, as ações e os serviços desenvolvidos não têm vínculo com o Sistema Único de Saúde - SUS, exceto os advindos das normas jurídicas emanadas pelos órgãos de regulação do sistema (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, entre outros).

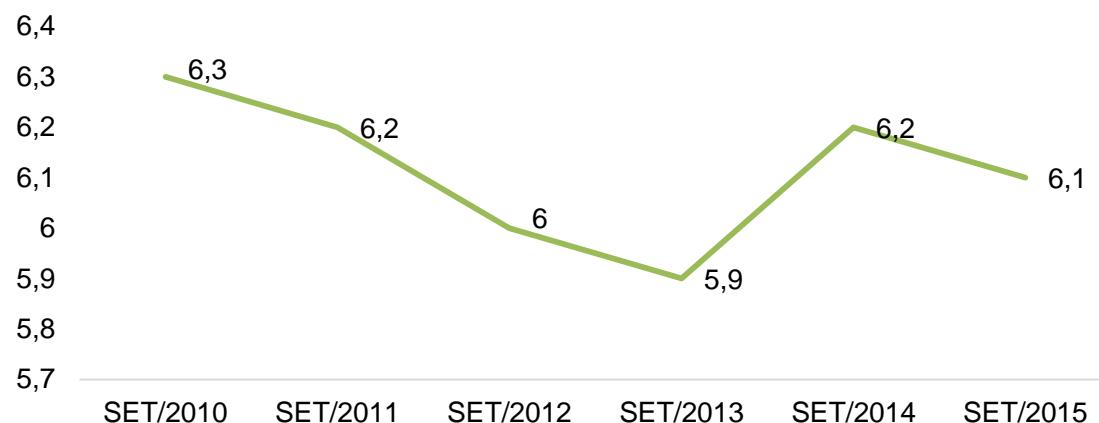
O percentual da população SUS dependente segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar é de 94,5%.

Quadro 49 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde – Acre - set 2010 - set 2015.

Tipo de cobertura	Ano	Set/2010	Set/2011	Set/2012	Set/2013	Set/2014	Set/2015
		Set/2010	Set/2011	Set/2012	Set/2013	Set/2014	Set/2015
Assistência médica	6,3	6,2	6,0	5,9	6,2	6,1	
Exclusivamente odontológica	0,9	1,0	1,3	1,4	1,6	1,7	

Fonte: SIB/ANS/MS

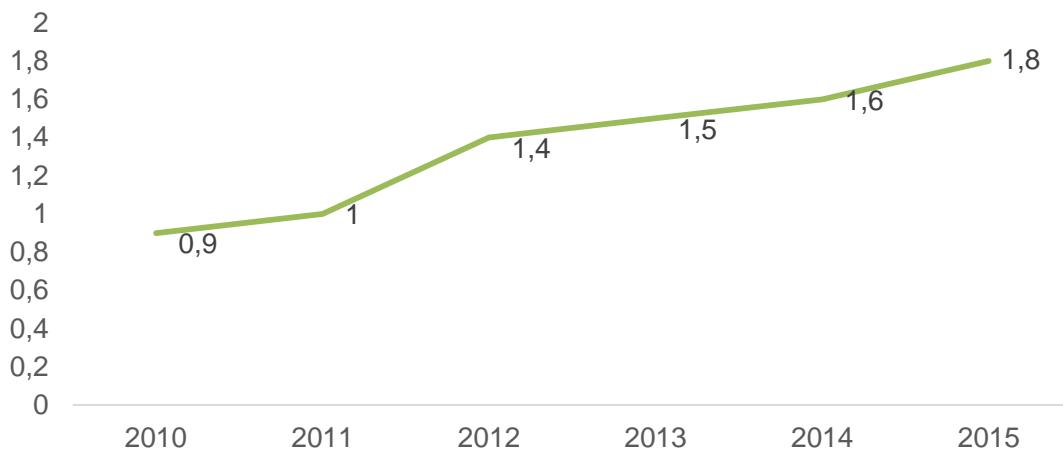
Gráfico 47 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde - Assistência médica - Acre - set.2010- set.2015



Fonte: SIB/ANS/MS

Observa-se que a taxa de cobertura de planos de saúde da assistência médica obteve uma redução significativa em 2013, voltando a crescer a partir de 2014.

Gráfico 48 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde - Exclusivamente odontológico -Acre -set.2010 - set 2015



Fonte: Sistema de Informação do Beneficiário/ANS/MS

A taxa de cobertura dos planos odontológicos apresentou contínuo crescimento com o avançar dos anos.

1.2.4 ATENÇÃO BÁSICA

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

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

As Unidades Básicas de Saúde, instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar essas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil está enfrentando.

A Política Nacional de Atenção Básica tem suas diretrizes e ações definidas pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

Equipes e Cobertura da Estratégia de Saúde da Família

O Estado do Acre apresenta cobertura de Atenção Básica de 90,81 % e com a Estratégia Saúde da Família, cobertura de 78,43 %, conforme o demonstrado nas tabelas 5 e 6.

Tabela 5 - Situação Atual da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde - Acre-2016.

Equipes	Número de municípios com ESF/ACS	Teto	Credenciado	Implantado	Proporção de cobertura populacional estimada
ESF	22	380	226	209	78,43
ACS	22	2.120	2.081	1.609	97,09

Fonte: DAB/MS

Tabela 6 - Cobertura de Atenção Básica - Regiões de Saúde- Acre - 2011-2015.

MUNICÍPIO	2011	2012	2013	2014	2015
Região do BAIXO ACRE E PURUS	42,26	70	67,21	78,43	96,40
Acrelândia	100	100	100	100	100
Bujarí	100	100	100	100	100
Capixaba	100	100	100	100	100
Jordão	100	100	100	100	100
Manoel Urbano	86,46	42,54	100	100	100
Plácido de Castro	100	100	100	100	100
Porto Acre	100	100	100	100	100
Rio Branco	23,61	52,41	48,53	58,43	60,41
Santa Rosa	100	100	100	100	100
Sena Madureira	90,72	98,04	96,4	96,4	100
Senador Guiomard	100	100	100	100	100
Regional do ALTO ACRE	100	100	96,32	100	100
Assis Brasil	100	100	100	100	100
Brasiléia	96,74	100	100	100	100
Epitaciolândia	100	100	100	100	100
Xapuri	64,37	63,23	62,2	100	100
Região do JURÁ, TARAUACÁ/ENVIRA	100	92,06	92,5	100	76,03
Cruzeiro do Sul	92,28	95,86	100	100	100
Feijó	53,22	74,34	74,17	74,17	74,17
Mâncio Lima	100	100	100	100	100
Marechal Thaumaturgo	97	70,49	22,81	100	68,44
Porto Walter	75,2	73,03	71,05	100	100
Rodrigues Alves	100	100	100	100	100
Tarauacá	96,94	95,34	93,84	93,84	65,69
ACRE	100	70	67,21	78,43	90,81

Fonte: DAB/MS

Equipe de Saúde da Família Ribeirinha - ESFR

Constituem Equipes de Saúde da Família Ribeirinha as equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que pela grande dispersão territorial necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As ESFR são vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde que pode estar localizada na sede do município, ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adscrita.

Tabela 7 - Situação atual da implantação da (s) Equipe (s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde – Acre-2016.

HABILITADAS		IMPLANTADAS		
ESFR	ESFRSB	ESFR MAIS MÉDICOS/ PROVAB	ESFR	ESFRSB
14	5	4	6	4

Fonte: DAB/MS

Tabela 8 - ESFR implantadas – Municípios - Regiões de Saúde – Acre- 2016.

Município	ESF-M1 Ribeirinha	ESF-M2 Ribeirinha	ESF Ribeirinha
Região do BAIXO ACRE e PURUS	2	2	6
Bujarí	1	1	1
Jordão	1	1	1
Manoel Urbano	-	-	1
Sena Madureira	-	-	3
Região do ALTO ACRE	0	0	0
-	-	-	-
Região do JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA	3	3	4
Marechal Thaumaturgo	3	3	4
ACRE	5	5	10

Fonte: DAB/MS

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

Considerando a necessidade de adotar medidas no campo da saúde que objetivem a melhoria e a modernização do sistema de gerenciamento de informações e a necessidade de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, para um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a Atenção Básica e garantindo o registro individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde - CNS, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, foi instituído pela Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013.

A operacionalização do SISAB é feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica, denominada e-SUS/AB. A estratégia é composta por dois sistemas de “software” que instrumentalizam a coleta de dados através da: Coleta de Dados Simplificada, CDS e prontuário eletrônico do cidadão.

O SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica.

Tabela 9 - Status de Implantação do E-SUS AB – Municípios- Regiões de Saúde- Competência: Janeiro - 2016

Município	Nº de ESF	Estágios de implantação			Situação
		I	II	III	
Região do BAIXO ACRE E PURUS					
Acrelândia	05	0	4	1	Implantado
Bujarí	04	0	3	0	Implantado
Capixaba	04	0	0	4	Implantado
Jordão	03	0	2	1	Implantado
Manoel Urbano	04	0	0	4	Implantado
Plácido de Castro	06	3	4	0	Implantado
Porto Acre	05	0	1	4	Implantado
Rio Branco	58	0	33	16	Implantado
Santa Rosa	02	0	1	1	Implantado
Sena Madureira	11	0	4	9	Implantado
Senador Guiomard	08	0	3	4	Implantado
Região do ALTO ACRE					
Assis Brasil	03	0	0	3	Implantado
Brasiléia	09	0	0	9	Implantado
Epitaciolândia	06	0	0	6	Implantado
Xapuri	06	0	0	6	Implantado
Região do JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA					
Cruzeiro do Sul	36	0	2	34	Implantado
Feijó	07	0	0	7	Implantado
Mâncio Lima	08	0	1	5	Implantado
Marechal	05	0	0	5	Implantado
Thaumaturgo	05	0	1	0	Implantado
Porto Walter	03	0	1	0	Implantado
Rodrigues Alves	05	0	2	0	Implantado
Taraúacá	10	0	0	10	Implantado

Fonte: DAB/MS

Programa Mais Médicos para o Brasil

O programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. Além de estender o acesso, o programa provoca melhorias na qualidade e humaniza o atendimento, com médicos que criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade.

Tabela 10 – Quantitativo Mais Médicos nas ESF- Município - Regiões de Saúde- Acre - 2016.

Município		ESF	ESFSB	ESFR	ESFRSB	ESFF
Região do BAIXO ACRE	E	75	41	3	-	-
PURUS						
Acrelândia		04	04	-	-	-
Bujarí		1	1	-	-	-
Capixaba		2	2	-	-	-
Jordão		-	-	-	-	-
Manoel Urbano		3	2	1	-	-
Plácido de Castro		1	1	-	-	-
Porto Acre		2	2	-	-	-
Rio Branco		56	24	-	-	-
Santa Rosa		2	2	-	-	-
Sena Madureira		4	3	2	-	-
Senador Guiomard		-	-	-	-	-
Região do ALTO ACRE		22	18	-	-	-
Assis Brasil		3	3	-	-	-
Brasiléia		9	9	-	-	-
Epitaciolândia		4	3	-	-	-
Xapuri		6	3	-	-	-
Região do JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA		39	24	1	1	1
Cruzeiro do Sul		14	6	-	-	1
Feijó		7	3	-	-	-
Mâncio Lima		5	5	-	-	-
Marechal Thaumaturgo		1	1	1	1	-
Porto Walter		3	1	-	-	-
Rodrigues Alves		1	1	-	-	-
Tarauacá		8	7	-	-	-
ACRE		136	83	4	1	1

Fonte: DAB/MS

O Programa Mais Médicos somou-se a um conjunto de ações e iniciativas do governo para o fortalecimento da Atenção Básica do país. A Atenção Básica é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), que está presente em todos os municípios e próxima de todas as comunidades. É neste atendimento que 80% dos problemas de saúde são resolvidos.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família - ESF, as equipes de atenção básica para populações específicas, Consultórios na Rua - ECR, equipes ribeirinhas - ESFR e fluviais - ESFF e com o Programa Academia da Saúde.

Os NASF têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil ampliando a oferta de saúde na rede de serviços, assim como, a resolutividade e a abrangência das ações. É regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e complementado pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

Quadro 50 – Situação atual da implantação do (s) Núcleo (s) de Apoio à Saúde da Família-Acre- 2016.

NASF	Tipo	Nº de Municípios	Credenciado		Implantado	
			16	16	4	4
	I	11	II	4	III	1
	III	1		<th></th> <td>1</td>		1

Fonte: DAB/MS

Tabela 11 – Cobertura de Equipes NASF – Acre – 2011-2015.

MUNICÍPIO	2011			2012			2013			2014			2015		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Região do BAIXO ACRE E PURUS	02	-	-	05	01	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-
Acrelândia	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bujarí	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capixaba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-
Jordão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Manoel Urbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plácido de Castro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Porto Acre	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rio Branco	-	-	-	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Rosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sena Madureira	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senador Guiomard	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Região do ALTO ACRE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	01	-	-	-	-
Assis Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasiléia	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-
Epitaciolândia	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-
Xapuri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-
Região do JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA	-	01	03	01	-	-	03	01	-	01	-	-	01	-	-
Cruzeiro do Sul	-	-	03	01	-	-	01	-	-	01	-	-	-1	-	-
Feijó	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-
Mâncio Lima	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marechal Thaumaturgo	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-
Porto Walter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rodrigues Alves	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-
Taraúacá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ACRE	01	01	03	05	01	-	03	01	01	03	01	-	01	-	-

Fonte: DAB/MS

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ

O principal objetivo deste programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

No 1º e 2º ciclo o processo de certificação das equipes determinou o volume dos recursos a serem transferidos aos municípios.

Desde 2011, buscando a melhoria da qualidade e a ampliação do acesso na AB, as *ESF* do estado vêm aderindo de maneira crescente ao *PMAQ*. No 1º ciclo do programa, que ocorreu em 2011/2012 o estado aderiu com 32 ESF, avançando em seu 2º ciclo 2013/2014 com a adesão de mais 73 equipes, totalizando 105 estratégias no programa, que tem como compromisso garantir maior transparência e efetividade das ações direcionadas à AB. Em 2015, o programa iniciou a adesão ao seu 3º ciclo, e durante os 24 meses de duração do mesmo, a DAP/SESACRE buscará fortalecer as ações de saúde desenvolvidas pelas ESF, buscando incentivar os gestores e as equipes a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, propondo apoio institucional e estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

Em 2015, o programa iniciou o processo de adesão ao seu 3º ciclo e nesta nova fase o programa é composto por 3 (três) fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento. O ciclo terá a duração de 24 meses e seu eixo transversal proporcionará às equipes aderidas ao programa um processo de avaliação contínua nos seguintes elementos: Auto avaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional e cooperação horizontal.

Tabela 12 - Comparativo de Adesão aos Ciclos do PMAQ das Equipes de Atenção Básica do Estado – 2016

MUNICÍPIO	ADESÕES		
	1º CICLO	2º CICLO	3º CICLO*
Regional do BAIXO ACRE	26	54	107
Acrelândia	-	05	05
Bujarí	-	02	04
Capixaba	01	01	04
Jordão	-	02	03
Manoel Urbano	-	01	04
Plácido de Castro	04	07	08
Porto Acre	05	05	05
Rio Branco	11	22	57
Santa Rosa	-	-	02
Sena Madureira	04	08	11
Senador Guiomard	01	01	04
Regional do ALTO ACRE	03	12	24
Assis Brasil	01	01	03
Brasiléia	-	07	09
Epitaciolândia	-	02	06
Xapuri	02	02	06
Regional do JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA	03	39	70
Cruzeiro do Sul	-	16	36
Feijó	-	02	08
Mâncio Lima	01	04	05
Marechal Thaumaturgo	-	04	05
Porto Walter	-	01	02
Rodrigues Alves	01	04	05
Taraúacá	-	08	09
ACRE	32	105	203

Fonte: DAB/MS

Tabela 13 - Comparativo de Adesão aos Ciclos do PMAQ das Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do Estado – 2016.

MUNICÍPIO	2º CICLO	3º CICLO*
Regional do BAIXO ACRE	05	08
Acrelândia	01	01
Bujarí	01	01
Capixaba	-	01
Jordão	-	-
Manoel Urbano	-	-
Plácido de Castro	01	01
Porto Acre	01	01
Rio Branco	-	02
Santa Rosa	-	-
Sena Madureira	01	01
Senador Guiomard	-	-
Regional do ALTO ACRE	0	03
Assis Brasil	-	-
Brasiléia	-	01
Epitaciolândia	-	01
Xapuri	-	01
Regional do JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA	04	09
Cruzeiro do Sul	03	05
Feijó	-	01
Mâncio Lima	-	01
Marechal Thaumaturgo	-	01
Porto Walter	-	-
Rodrigues Alves	01	01
Tarauacá	-	-
ACRE	09	20

Fonte: DAB/MS

Tabela 14 - Comparativo do Desempenho das Equipes PMAQ do 1º e 2º ciclo - Acre- 2016.

MUNICÍPIO	1º CICLO					2º CICLO				
	MA ¹	AM ²	MAM ³	IN*	EX**	MA	AM	MAM	IN	EX
Regional do BAIXO ACRE	-	01	20	-	-	03	04	46	-	01
Acrelândia	-	-	-	-	-	-	-	05	-	-
Bujari	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-
Capixaba	-	-	01	-	-	-	-	01	-	-
Jordão	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-
Manoel Urbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Plácido de Castro	-	01	03	-	-	03	03	01	-	-
Porto Acre	-	-	-	-	-	-	-	05	-	-
Rio Branco	-	-	11	-	-	-	01	21	-	-
Santa Rosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sena Madureira	-	-	04	-	-	-	-	08	-	-
Senador Guiomard	-	-	01	-	-	-	-	01	-	-
Regional do ALTO ACRE	-	-	03	-	-	-	-	12	-	-
Assis Brasil	-	-	01	-	-	-	-	01	-	-
Brasiléia	-	-	-	-	-	-	-	07	-	-
Epitaciolândia	-	-	-	-	-	-	-	02	-	-
Xapuri	-	-	02	-	-	-	-	02	-	-
Regional do JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA	-	-	02	-	-	-	-	07	26	01 03
Cruzeiro do Sul	-	-	-	-	-	-	05	10	01	-
Feijó	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-
Mâncio Lima	-	-	01	-	-	-	02	01	-	-
Marechal	-	-	-	-	-	-	-	04	-	-
Thaumaturgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Porto Walter	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-
Rodrigues Alves	-	-	01	-	-	-	-	01	-	03
Tarauacá	-	-	-	-	-	-	-	08	-	-
ACRE	0	01	25	0	01	03	11	84	01	04

Fonte: DAB/MS 1. MA: Muito acima da média; 2. AM: Acima da média; 3. MAM: Mediano ou abaixo da média; * IN: Insatisfatório; ** EX: Excluída.

PROGRAMA “ MELHOR EM CASA”.

Este programa tem por finalidade apoiar os gestores locais a expandir e qualificar a atenção domiciliar no SUS, por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar - SAD. Tem como objetivos a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. É destinada aos usuários que demandem cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais, em função de seu quadro clínico (ex. realização de curativos complexos; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias, antibioticoterapia endovenosa).

Na atenção domiciliar os cuidados aos usuários são realizados pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar - EMAD e Equipes Multiprofissionais de Apoio-EMAP. Elas realizam o atendimento aos pacientes vindos dos serviços de urgência e emergência, serviços hospitalares, oriundos da Atenção Básica. Caso o município tenha uma EMAD, poderá contar com o apoio de uma EMAP. A cada três 3 (três) EMAD a mais, o município poderá contar com o apoio de mais uma EMAP.

Para aderir ao programa o município precisa ser coberto por SAMU ou serviço móvel de urgência próprio (possibilidade apenas para municípios com mais de 40 mil habitantes) e ter hospital de referência (municipal ou regional). A gestão deve elaborar um Projeto de implantação do Serviço de Atenção Domiciliar de acordo com a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013.

O serviço de atenção domiciliar conta no estado Acre, com 03 equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e apoio do *Programa Melhor em Casa*. O município contemplado com essa estratégia, além de ser coberto pelo Serviço Móvel de Urgência conta com uma equipe que tem o objetivo de reduzir a demanda do atendimento hospitalar, reduzindo a permanência de pacientes internados e ampliando a autonomia do usuário e trazendo para a família a corresponsabilização do cuidado continuado.

Tabela 15 - Número de Equipes de Atenção Domiciliar- Acre - 2016.

Município	Nome do Estabelecimento	CNES	TIPO EMAD	Nº EMAD	Nº DE EMAP
Regional do JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA					
Cruzeiro do Sul	Unidade Saúde da Família 25 de Agosto	2002914	Tipo 1	1	1
Regional do BAIXO ACRE E PURUS					
Rio Branco	URAP Dr. Cláudia Vitorino HUERB (Hospital Geral de Clinicas de Rio Branco)	2001306 2001578	Tipo 1 Tipo 1	1 1	0 0

Fonte: DAB/MS

PROGRAMA “ACADEMIA DA SAÚDE”.

O Programa Academia da Saúde, Portaria nº 2.681 de 7 de novembro de 2013, tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados. Compõe a Rede de Atenção à Saúde - RAS, como componente da Atenção Básica, fazendo parte das linhas de cuidado.

Quadro 51 - Implantação do Programa Academia da Saúde com Construção de Polos – Municípios- Regiões de saúde- Acre 2016.

MUNICÍPIO	Ano de Habilitação	Modalidade			Situação da Obra	Situação de custeio
		B ¹	I ²	A ³		
Regional do BAIXO ACRE		11	10	01		
Acrelândia	2012	-	01	-	Iniciada	Não apto
Bujari	2012	01	-	-	Iniciada	Não apto
Capixaba	2012	01	-	-	Iniciada	Não apto
	2012	-	01	-	Iniciada	Não apto
Jordão	2011	01	-	-	Iniciada	Não apto
Manoel Urbano	2012	01	-	-	Concluída	Apto
Plácido de Castro	2011	01	-	-	Concluída	Apto
	2011	01	-	-	Iniciada	Não apto
	2012	01	-	-	Concluída	Apto
Porto Acre	2011	-	01	-	Concluída	Apto
	2012	01	-	-	Em ação preparatória	Não apto
	2011	-	01	-	Concluída	Apto
	2011	-	01	-	Concluída	Apto
Rio Branco	2011	-	01	-	Concluída	Apto
	2011	01	-	-	Concluída	Apto
Santa Rosa	2011	-	-	01	Concluída	Apto

MUNICÍPIO	Ano de Habilitação	Modalidade			Situação da Obra	Situação de custeio
		B ¹	I ²	A ³		
Sena Madureira	2012	-	01	-	Concluída	Apto
	2012	-	01	-	Concluída	Apto
	2012	01	-	-	Concluída	Apto
	2012	-	01	-	Concluída	Apto
	2012	01	-	-	Concluída	Apto
Senador Guiomard	2012	-	01	-	Concluída	Apto
Regional do ALTO ACRE		05	02	03		
Assis Brasil	2011	-	01	-	Concluída	Apto
	2012	-	-	01	Concluída	Apto
Brasiléia	2011	01	-	-	Iniciada	Não apto
	2011	01	-	-	Iniciada	Não apto
	2012	01	-	-	Iniciada	Não apto
	2012	-	-	01	Iniciada	Não apto
	2012	-	01	-	Iniciada	Não apto
Epitaciolândia	2012	01	-	-	Concluída	Apto
Xapuri	2011	-	-	01	Iniciada	Não apto
	2012	01	-	-	Iniciada	Não apto
Regional do JURUÁ, TARAUACÁ/ENVIRA		04	05	04		
Cruzeiro do Sul	2011	-	01	-	Concluída	Apto
Feijó	2011	-	-	01	Iniciada	Não apto
	2012	-	01	-	Iniciada	Não apto
Mâncio Lima	2011	-	-	01	Concluída	Apto
	2012	01	-	-	Concluída	Apto
Regional do BAIXO ACRE E PURUS		11	10	01		
Marechal	2011	-	-	01	Concluída	Apto
Thaumaturgo	2012	-	01	-	Concluída	Apto
	2011	-	-	01	Concluída	Apto
Rodrigues Alves	2012	-	01	-	Concluída	Apto
	2012	01	-	-	Concluída	Apto
	2012	-	01	-	Iniciada	Não apto
Tarauacá	2011	01	-	-	Concluída	Apto
	2012	01	-	-	Iniciada	Não apto
ACRE		20	17	08		

Fonte: DAB/MS

¹B: Básico ²I: Intermediário ³A: avançado

Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica- ICSAP

As Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde - CSAP são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidades podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz. Quando a Atenção Primária não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. Essa demanda excessiva inclui um percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP, um indicador que vem sendo utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução por parte da atenção primária.

Quadro 52 – Número Absoluto de Internações por Condições Sensíveis à AB –Município-Regiões de Saúde – Acre- 2011 – 2015.

MUNICÍPIO	2011	2012	2013	2014	2015
Região do Baixo Acre e Purus	26	25	31	15	15
Acrelândia	12	23	25	4	32
Bujari	8	14	9	4	14
Capixaba	18	27	21	18	22
Jordão	22	23	15	4	8
Manoel Urbano	42	36	41	49	38
Plácido de Castro	43	37,5	35	44	46
Porto Acre	13	14	12	7	11
Rio Branco	10	10	11	8	8
Santa Rosa	42	13	24	23	27
Sena Madureira	42	47	30	40	38
Senador Guiomard	35	35	37	34	31
Região Alto Acre	22,5	29	21	33	25
Assis Brasil	15	22	21	25	21
Brasiléia	28	32	30	32	24
Epitaciolândia	27	31	31	29	25
Xapuri	20	30	23	38	27
Região Juruá,Tarauacá/Envira	24	24	29	22	29
Cruzeiro do Sul	29	30	28	20	20
Feijó	20	21	17	8	10
Mâncio Lima	22	22	23	30	28
Marechal Thaumaturgo	17	16	17	33	12
Porto Walter	33	31	17	15	20
Rodrigues Alves	36	32	30	33	31
Tarauacá	13	19	23	24	21
ESTADO	24	26	23	19	17

Fonte: DAB/MS

Este indicador durante 05 anos vem apresentando uma queda considerável, tendo em 2011 a proporção de 24% que foi reduzida a 17% no ano de 2015. A tendência de redução observada pode estar refletindo melhoria na qualidade e na capacidade resolutiva da atenção

primária.

A proporção da cobertura de Atenção Básica vem crescendo consideravelmente no estado. Este resultado se dá pelo avanço nas adesões aos programas do MS e ao fortalecimento das ações que a Divisão de Atenção Primária / SESACRE. Com o avanço dos programas do MS e o aumento da cobertura de atenção básica, foi necessário modernizar o sistema de gerenciamento de informações produzidas pelas estratégias de saúde da família, através do SISAB (E-SUS). No estado essa iniciativa avançou durante o ano de 2015, onde a equipe técnica da divisão ofereceu assessoria aos 22 municípios e foi notório o avanço nos 3 (três) cenários de implantação do sistema, alcançando em outubro de 2015 o percentual de 100% de implantação do sistema. Este fato garante aos municípios os fins para financiamento do MS e favorece a adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Com o *Programa Mais Médicos* que possui profissional atuando em 21 municípios, a estratégia de saúde da família ficou fortalecida, garantindo um atendimento qualificado para a população, provocando melhorias na qualidade e humanizando o atendimento. Com o fortalecimento do vínculo entre pacientes/profissionais de saúde, o Estado conta ainda com 21 (vinte e uma) equipes multiprofissionais, dos *NASF*, que atuam de forma integrada com as *ESF*, tendo como objetivo consolidar a atenção básica, ampliando as ofertas especializadas de saúde na rede de serviços, garantindo resolutividade e maior abrangência de ações. Compondo as *RAS* e fazendo parte das linhas de cuidado as equipes *NASF* e municípios ainda sem equipes multiprofissionais, contam com 45 polos do *Programa Academia da Saúde*, que voltam suas ações para a promoção da saúde e produção do cuidado, através de modos de vida saudável, na busca de reduzir os índices de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes, obesidade e câncer.

Diante de tantos programas, o MS propõe desde 2011, ainda na tentativa de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizar e qualificar o atendimento à população, com a construção de novas e mais amplas unidades de saúde, recuperação e ampliação das estruturas físicas existentes, além de prover a informatizar as UBS. No Acre, são 122 propostas de construção, 50 ampliações e 60 reformas.

Com base nos programas do MS, a DAP/SESACRE procura ampliar a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de sua área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios, fortalecendo o vínculo pessoa/profissional através da construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo.

1.2.5 SAÚDE DA CRIANÇA

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, foi construída ao longo de 4 (quatro) anos, através de um processo participativo de articulação interfederativa, com 10 (dez) Encontros Nacionais de Coordenações de Saúde da Criança de Estados e Capitais, instituída através da Portaria Nº1130/2015.

Anteriormente a esta Política, as coordenações estaduais e municipais trabalhavam com linhas prioritárias em consonância com os compromissos do Brasil e com os objetivos de Desenvolvimento do Milênio, como o Pacto pela Saúde.

A PNAISC estrutura-se em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados:

- Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
- Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;
- Atenção integral às crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
- Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
- Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

A Divisão de Saúde da Criança (DSC/DAPE/SESACRE) da Secretaria de Estado de Saúde do Acre é responsável por executar as ações de atenção integral à saúde da criança desde a gestação da mulher até os 9 (nove) anos de idade. Também tem como finalidade reduzir a mortalidade infantil e garantir o pleno crescimento e desenvolvimento da criança, apoiando a implementação da rede de atenção à saúde em seu componente específico, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade.

1.2.6 SAÚDE DA MULHER

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984). O programa se estrutura em diretrizes e objetivos específicos, com finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da mulher, avaliando as especificidades sociais e culturais, bem como uma atenção integral ao ciclo gravídico-puerperal, e redução e prevenção das vulnerabilidades e outros agravos, a seguir relacionados:

- O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.
- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher através de um conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde.
- O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo

responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.

- As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.
- As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.

A Divisão de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado de Saúde do Acre é responsável por executar as ações de atenção à saúde da mulher, acompanhamento das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), atenção à gestação, parto e puerpério, planejamento reprodutivo, combate às violências e fortalecimento da rede de assistência à saúde.

1.2.7 SAÚDE BUCAL

A Divisão de Saúde Bucal tem o objetivo de garantir o desenvolvimento da política nacional de Saúde Bucal no Estado do Acre, **BRASIL SORRIDENTE**, promovendo e inserindo outras ações de acordo com necessidades detectadas, monitorando e avaliando uma Política de Promoção de Saúde que priorize de forma universal, igualitária e equânime a Atenção à Saúde Bucal.

Política Estadual De Saúde Bucal

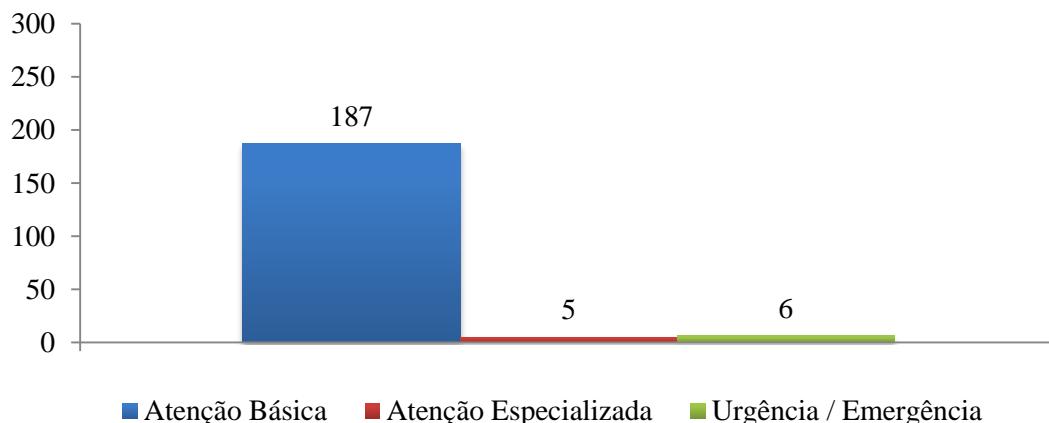
- Implantação de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família como forma de reorganizar a Atenção Básica;
- Atendimento odontológico à alunos da rede pública estadual e municipal escolares através do Programa Estadual Saúde na Escola;

- Atenção especializada através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias;
- Programa de Reabilitação e assistência ao Fissurado da Face – PRAFF;
- Ortodontia Preventiva direcionada a escolares do Ensino Público Fundamental;
- Atendimento ambulatorial e hospitalar voltados para a pessoa com deficiência;
- Atenção as urgências e emergências odontológicas nas UPAS;e
- Cirurgias buco-maxilo facial.

O Ministério da Saúde ainda oferece outro programa, denominado Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ para o fortalecimento da Atenção à Saúde Bucal, propõe um conjunto de estratégias de qualificação acompanhamento e avaliação do processo de trabalho das equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família, Atenção Básica e Centro de Especialidades Odontológicas.

Capacidade Instalada

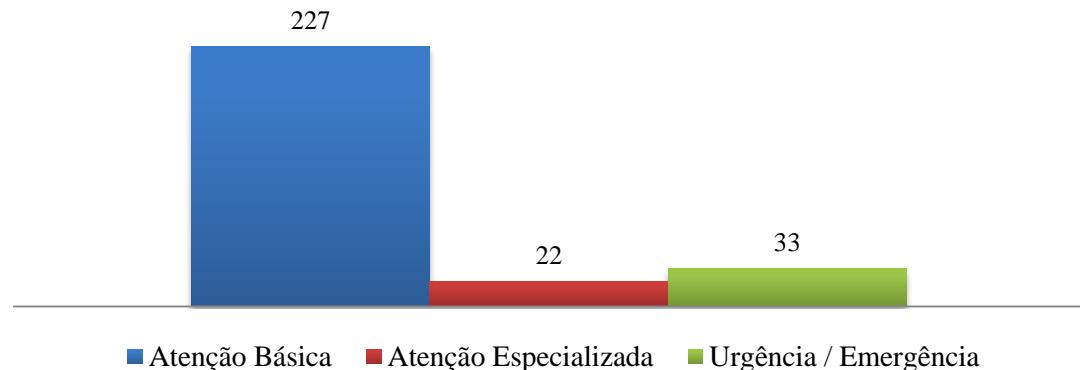
Gráfico 49 - Número de Serviços Odontológicos- Acre - 2016.



Fonte: CNES/DAB/MS

O maior número de serviços de Saúde Bucal está implantado na Atenção Básica, seguido dos serviços de urgência e emergência e por último, na atenção especializada.

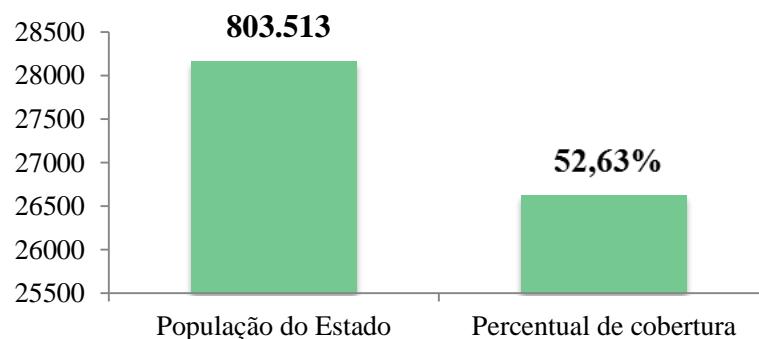
Gráfico 50 - Número de Cirurgiões Dentistas- Acre - 2016.



Fonte: CNES/DAB/MS

O maior número de profissionais está na Atenção básica, seguida da urgência e emergência e a menor quantidade encontra-se na atenção especializada.

Gráfico 51 – Cobertura CDS –Acre- janeiro - 2015.



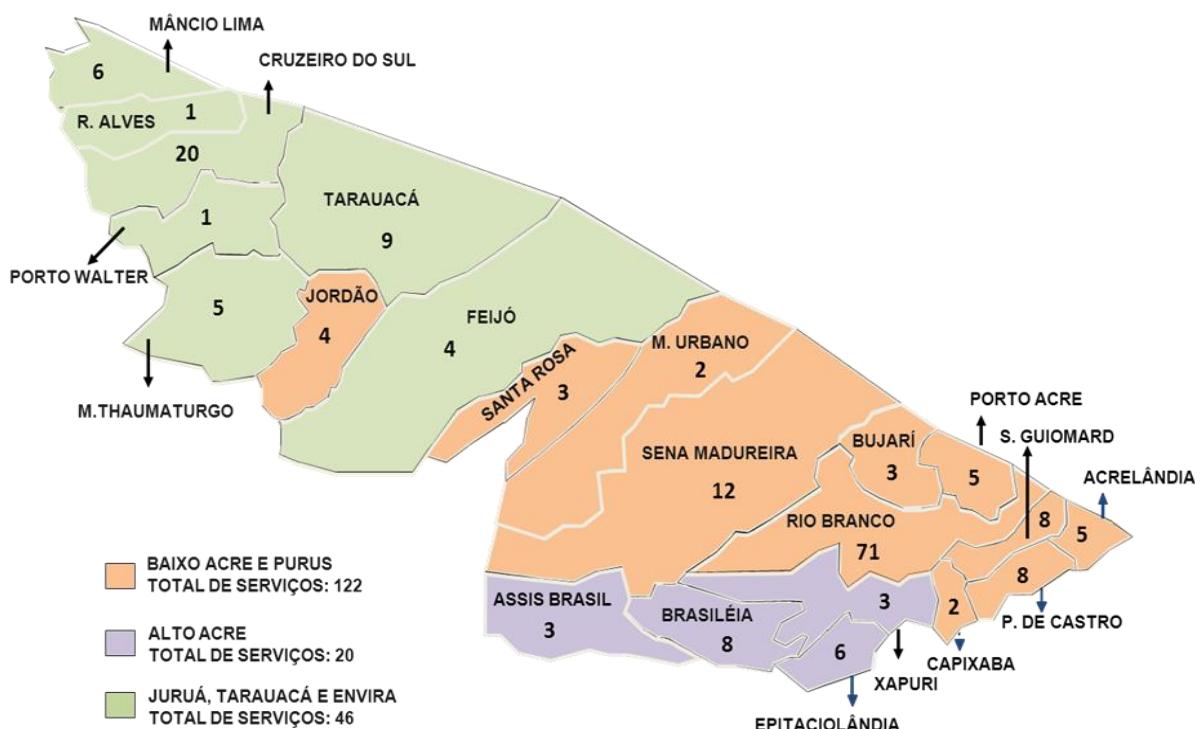
Fonte: CNES/DAB/MS

Considerando um Cirurgião Dentista para 1500 habitantes, temos uma cobertura ainda baixa, de pouco mais de 50%.

A Secretaria de Estado de Saúde gerencia os seguintes serviços de Saúde Bucal:

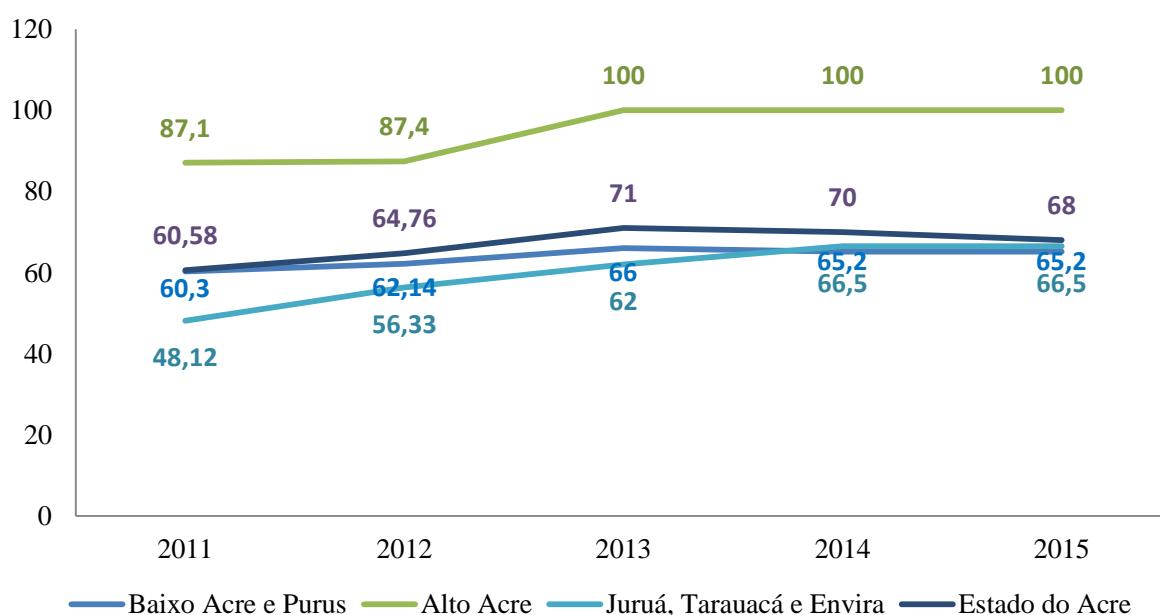
RELAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE BUCAL EM TODO O ESTADO DO ACRE, DEZEMBRO 2015								
Serviços de Saúde Bucal gerenciados pelo Estado								
Atenção Básica	Municípios	Quantidade	Média Complexidade	Municípios	Quantidade	Urgências e Emergências em Saúde Bucal	Municípios	Quantidade
Programa Saúde na Escola	Rio Branco	14	Centro de Especialidades Odontológicas – CEO TIPO II	Rio Branco	1	Unidade de Pronto Atendimento do 2º Distrito	Rio Branco	1
	CZS	2						
Serviço de Assistência Especializada – SAE	Rio Branco	1	Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD	Rio Branco	1	Unidade de Pronto Atendimento Franco Silva	Rio Branco	1
Hospital de Saúde Mental do Acre – HOSM AC						Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco – HUERB	Rio Branco	1
Unidade Mista Ana Nery – Vila Campinas	Plácido de Castro	1	Programa de Reabilitação e Assistência ao Fissurado da Face	Rio Branco	1	Hospital Raimundo Chaar	Brasiléia	1
						Hospital Regional	Cruzeiro do Sul	1
						Hospital João Câncio Fernandes	Sena Madureira	1
						Hospital Dr. Sansão Gomes	Tarauacá	1
Serviços de Saúde Bucal gerenciados pelos Municípios								
Atenção Básica	Municípios	Quantidade	Média Complexidade	Municípios	Quantidade			
Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família	22 Municípios	136	Laboratório Regional de Prótese Dentária	Rio Branco	1			
Equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica	Rio Branco	26	Centro de Especialidades Odontológicas - CEO TIPO I	Rio Branco	1			

Figura 6 – Número de Serviços Odontológicos por Região de Saúde.



Fonte: CNES/DAB/MS

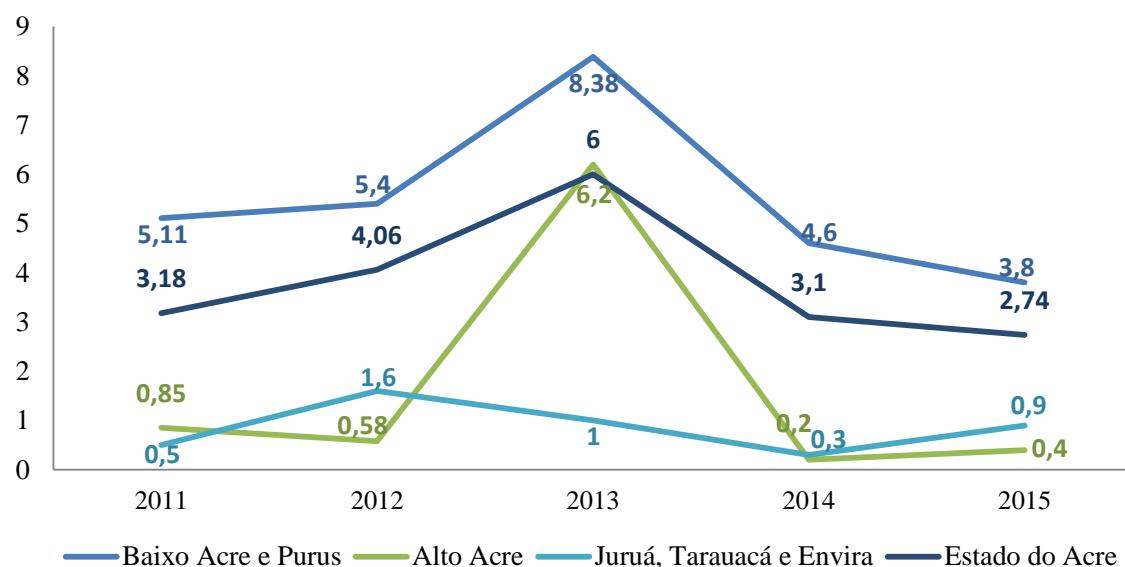
Gráfico 52 - Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal- Regiões de Saúde- Acre – 2011-2015



Fonte: SIA/DATASUS

A região com melhor cobertura é a do Alto Acre que vem mantendo cobertura de 100% nos três últimos anos. As regiões do Baixo Acre e Purus e Juruá, Tarauacá / Envira vêm mantendo nesse mesmo período, coberturas entre 62 e 66%. No Estado a tendência decrescente é preocupante.

Gráfico 53 - Média Anual da Ação Coletiva de Escovação Supervisionada- Regiões de Saúde –Acre - 2011-2015.

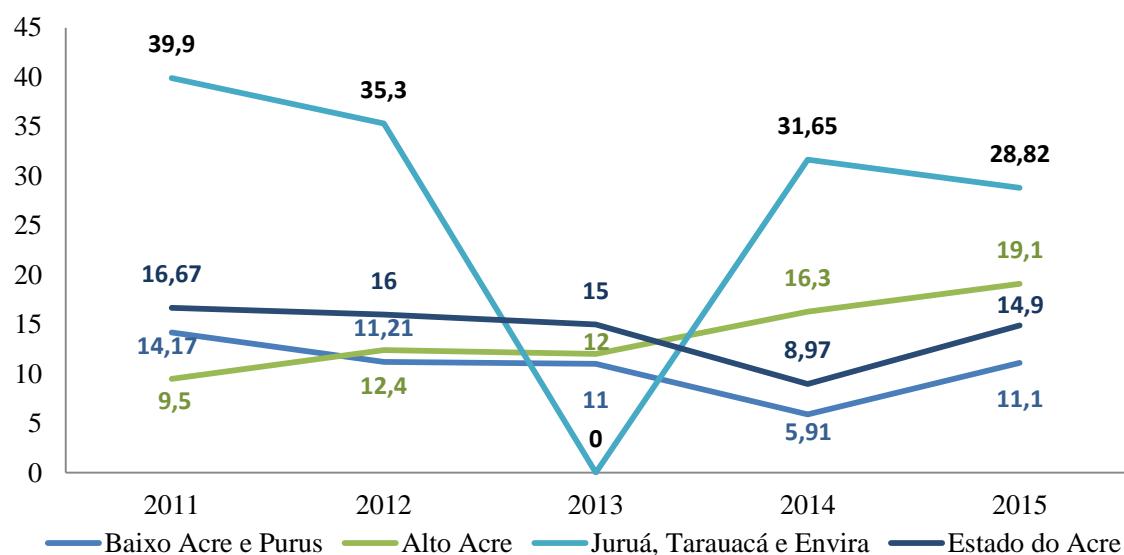


Fonte: SIA/DATASUS

Na região do Baixo Acre e Purus, nos últimos três anos a redução é grave e deve ser observada, assim como, no Alto Acre, apesar de um pequeno incremento nesta região de 2014 para 2015.

Na região do Juruá, Tarauacá/Envira, apesar da redução significativa de 2012 para 2014, de 2014 para 2015 houve um incremento na média dos procedimentos. A tendência de redução no Estado é grave e preocupante.

Gráfico 54 - Proporção de Exodontias em Relação aos Procedimentos – Regiões de Saúde – Acre – 2011-2015



Fonte: SIA/DATASUS

Este indicador reflete, em forma percentual, a proporção das exodontias de dentes permanentes em relação às demais ações básicas individuais em odontologia. Assim, este indicador estabelece a relação da quantidade de exodontias em relação a outros procedimentos de saúde bucal, podendo demonstrar se o modelo de saúde praticado pelo município é de promoção a saúde ou apenas assistencial.

A única região onde houve redução de 2014 para 2015 foi a região do Juruá, Tarauacá/Envira. No Estado também não houve redução, fato grave que deve ser observado.

Este indicador PODE revelar:

- A falta de acesso da população aos serviços de odontologia, gerando uma demanda acumulada de exodontias, resultado da história natural da cárie dentária;
- O tipo de prática desenvolvida pelos profissionais, independente das condições disponíveis para realizar atendimento preventivo/conservador;
- A falta de investimento do município em ações preventivas de longo prazo;
- O tipo de gestão desenvolvida, que pode não priorizar investimentos em materiais e equipamentos odontológicos para garantir a mudança de práticas mais conservadoras como restaurações, limpezas, endodontia, ortodontia, realização das exodontias por conta de apinhamento dentário, próteses por acidentes que concorrem causando quebra dos dentes, etc.;
- Uma realidade cultural de algumas comunidades que podem ter como expectativa de uma

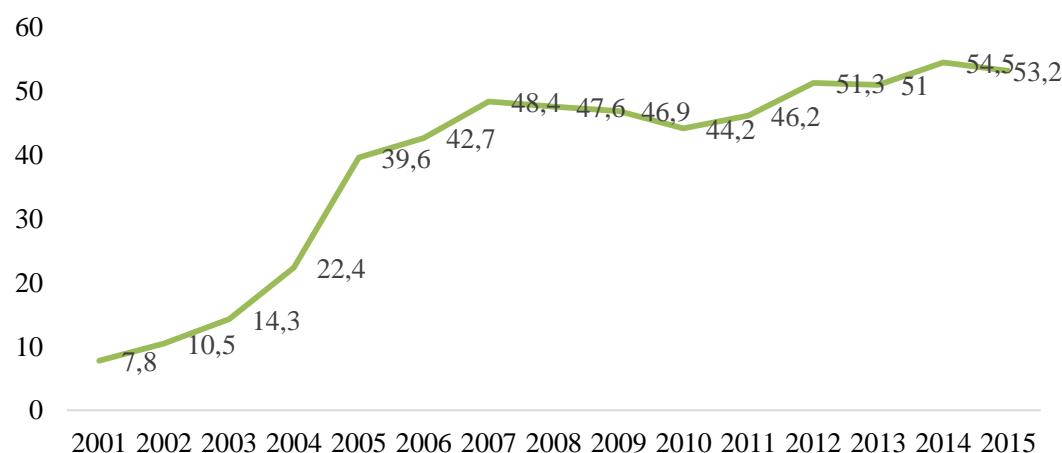
boa estética bucal a extração dos dentes naturais e colocação de prótese total.

- A Cobertura de Primeira Consulta Odontológica, porque quanto maior o acesso da população aos serviços odontológicos, maiores são as chances do indicador sentinelas reduzir a médio prazo, desde que a prática implementada seja preventivo/restauradora.

Equipes de saúde bucal no Estado do Acre

As Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família começaram a ser implantadas no Estado a partir de 2001, criando-se a possibilidade de se instituir um novo paradigma de planejamento e programação da Atenção Básica, representando a mais importante iniciativa de assistência pública, expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com as diretrizes do SUS.

Gráfico 55 - Cobertura de Equipes de Saúde Bucal – Acre – 2001-2015.



Fonte: DAB/MS.

Observa-se crescente cobertura das Equipes de Saúde Bucal, sendo que 2005 foi o ano de maior implantação onde o percentual de cobertura pulou de 22,4% para 39,6%.

Nos anos seguintes observa-se uma queda da cobertura que se deve ao fato tanto do aumento da população, como também, da perda de equipes em alguns municípios, tendo em vista a falta de profissionais ou irregularidades no Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.

1.2.8 SAÚDE DO ADOLESCENTE

A adolescência, segundo OMS – Organização Mundial de Saúde possui faixa etária entre 10 e 19 anos e é o período da vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. O estado trabalha com base nas diretrizes e estratégias da Política Nacional de Saúde do Adolescente que tem a finalidade de promover, integrar, apoiar e incentivar práticas do cuidado integral ao adolescente nos municípios, organizações não governamentais e outras instituições. Deve interagir com outros setores no sentido da promoção da saúde, da identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos dessa faixa etária, sempre de forma integral, multisectorial e interdisciplinar.

Promove a atenção ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, saúde sexual e saúde reprodutiva, ações para a redução da mortalidade por violência e acidentes. Visa reduzir a incidência de doenças e agravos e melhorar a qualidade de vida dessa população. Possibilita a implementação de políticas públicas de acesso ao Sistema Único de Saúde – SUS, com atenção integral e formulação de programas e instrumentos para reorientação de ações de forma humanizada, como apoio institucional e incentivo à formação de redes de cuidado em saúde, atendendo às necessidades de adolescentes e jovens.

O Estado é responsável pelo acolhimento e garantia de acesso de toda a população de 10 a 19 anos nos serviços de saúde para promoção, prevenção e assistência, considerando a parceria com os programas de Saúde na Escola - PSE e Secretarias Municipais de Saúde nos 22 (vinte e dois) municípios e por coordenar e apoiar a execução da Política de Saúde de Adolescentes, tendo atualmente como referência as seguintes redes ordenadoras e as seguintes portarias:

- Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens através das redes temáticas: Rede de Atenção à Saúde (RAS), Rede Psicossocial (RAPS), com determinações das portarias;
- Portaria nº 3147/09 que define a implantação e implementação da Caderneta de Saúde de Adolescentes; Apoio institucional às ações realizadas pelos municípios através das secretarias municipais de saúde; acompanhamento da vacinação HPV (09 a 13 anos);
- Portaria nº 1082/1083 de maio de 2014, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em

meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13/07/1990).

➤ **Objetivo Geral :** Sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens.

➤ **FOCO NA ATENÇÃO**

Atenção Integral a saúde com foco no Crescimento e Desenvolvimento saudável

Ações de promoção e prevenção para redução da Violência Intrafamiliar e Violência Sexual

Ações de promoção e prevenção para redução da Mortalidade por causas externa

Ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento com foco na Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

A Atenção Integral dos adolescentes e jovens para prevenção e recuperação no uso abusivo de álcool e de outras drogas.

1.2.9 SAÚDE DO IDOSO

Atualmente, o envelhecimento populacional é um fato marcante deste século. Fruto de conquistas científicas, tecnológicas e sociais ao longo do século XX, a maior expectativa de vida experimentada pela população mundial vem desafiando todos os setores sociais e irá afetar todas as dimensões da vida em sociedade.

O ano de 2006 pode ser considerado um marco para a saúde da população idosa brasileira na medida em que, pela primeira vez na história do SUS, através do Pacto pela Saúde, esta parcela da população entrou na agenda de prioridades das três esferas governamentais. Após a publicação do Pacto pela Saúde, outros dois fatores relevantes para a área foram: o lançamento da Política Nacional da Pessoa Idosa aprovada pela portaria nº 2.528/06 e a instituição da internação domiciliar no âmbito do SUS aprovado pela portaria nº 2.529/06.

Dentre as primeiras ações implantadas pelo Pacto de Saúde está a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que se trata de um instrumento de cidadania onde a pessoa idosa tem em mãos informações relevantes sobre a sua saúde possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

- a) Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Objetivos:

Priorizar a saúde da população idosa na atenção primária com a implementação de programas e integração dos profissionais e coparticipação comunitária. Assim como promover o acesso a atenção especializada, visando o atendimento integral a saúde do idoso.

Diretrizes

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Possibilitar o fortalecimento e viabilidade de execução da Política Nacional e Estadual de Saúde do Idoso, contribuindo para a promoção do envelhecimento saudável e ativo da população, preservar sua capacidade funcional, autonomia e manter o nível de qualidade de vida.

Incentivar ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na Política Nacional do Idoso.

Criar mecanismos para a organização e implantação da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso.

Fortalecer o desenvolvimento de ações que visem ao incremento das Diretrizes Essenciais da Política Nacional do Idoso, como a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Elaborar, executar e adequar os planos, programas, projetos e atividades da Política Nacional e Estadual de Saúde do Idoso.

Articular entre diferentes setores do Estado a implementação da rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

Estabelecer cooperação com os centros colaboradores de Geriatria e Gerontologia, com vista a capacitar equipes multiprofissionais em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde.

Prestar cooperação e orientação técnica aos municípios na implantação e implementação das ações referentes à saúde da pessoa idosa.

Apoiar propostas de estudos e pesquisas estrategicamente importantes para a

implementação, avaliação ou orientação das questões relativas à Saúde do Idoso.

Fomentar a adoção, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de Campanhas Educativas.

Estimular as Secretarias Municipais de Saúde a formar grupos de autoajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.

Estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidade de cuidado diurno, hospital – dia, centro – dia, de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para idosos.

Para a efetivação da rede de atenção à saúde da pessoa idosa, se faz necessária a implantação de um centro de referência em Assistência à Saúde do Idoso, atualmente está em processo de discussão com os pares.

Para fortalecimento da Redec de Atenção à saúde do Idoso, é necessário o estabelecimento de protocolos e fluxos assistenciais para atendimento aos idosos vítimas de violência. Uma vez que o número de idosos vítimas de violência e com quebra de vínculos familiares e abandonados é crescente, como aponta o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O estado e/ou municípios necessitam urgentemente de uma Instituição de Longa Permanência Para Idosos-ILPI e uma casa de acolhimento.

Ações em 2013:

- Discussão para elaboração do fluxo de atendimento a pessoa idosa;
- Implantação de uma equipe mínima necessária para o atendimento domiciliar;
- Articulação para o financiamento da construção de centros de convivência nas três regiões de saúde do estado.
- Articulação junto a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), Conselho Estadual de Saúde, Coordenadoria do Idoso, promotoria do Idoso, Secretaria Estadual de Assistência Social e a Divisão Estadual de Saúde do Idoso para a elaboração do fluxo de referência e contra referência do idoso em situação de violência.
- Articulação junto ao Ministério da Saúde para oferecer capacitação em envelhecimento e política de Saúde do Idoso para as equipes dos hospitais, UPAs, Maternidades, Equipes de Saúde da Família e ONG's do município de Rio Branco. As capacitações não foram realizadas por falta de recursos financeiros.

Em 2014:

- A continuidade das ações de implementação da caderneta da pessoa idosa nos 22 (vinte e dois) municípios, com 49.884 cadernetas distribuídas.

- Foram realizadas orientações técnicas de promoção e prevenção da osteoporose, Alzheimer e Parkinson para as Equipes de Saúde da Família e profissionais da atenção básica (Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros, médicos) em todos os municípios do estado e também para representantes do lar dos vicentinos em Rio Branco e Cruzeiro do Sul.

1.2.10 POPULAÇÕES VULNERÁVEIS (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)

Ao Estado as atribuições de implantar e implementar a política de saúde das populações prioritárias e vulneráveis, de acordo com as leis de N° 8080 de 19 de setembro de 1990, N° 8142 de 28 de dezembro de 1990, N° 141, decreto 7.508, portarias e notas técnicas que orientam a implementação.

Atualmente a equipe se encontra com algumas dificuldades: Equipe técnica reduzida, falta de orçamento definido, dificuldade no processo licitatório para dar celeridade à execução dos planos de trabalho, peculiaridade de recorte da política de Saúde Indígena, dificuldade de diálogo com alguns parceiros.

A população Ribeirinha no Vale Juruá é de 25.000 (vinte e cinco mil) habitantes, de acordo com os atendimentos de saúde. Os demais municípios são assistidos através de atendimento nas unidades de saúde, com dificuldade de consolidar dados confiáveis. Em busca ativa na Associação de Redução de Danos - AREDACRE obtivemos informações que ações preventivas são feitas através de campanhas e distribuição de preservativos à população de um modo geral, dificultando consolidar indicadores reais da população LGBT.

Quadro 53– Distribuição de Reeducandos - Acre - 2015.

Município	População
Rio Branco	2.508
Senador Guiomard	509
Sena Madureira	555
Tarauacá	385
Feijó	223
Cruzeiro do Sul	95
Total	4.275

Fonte: Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA.

Quadro 54 – Distribuição de Pessoa com Deficiência- Acre - 2015.

Deficiência	População
Visual	133.402
Auditivo	34.160
Motora	45.387
Intelectual	12.105
Total	225.054

Fonte: Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA.

Quadro 55 – Distribuição da População Indígena - Regional Indígena - Município - Acre – 2015

DISEI/ Município	População
Alto Rio Purus	
Assis Brasil	1.573
Boca do acre	1.422
Manoel Urbano	576
Pauini	2.333
Santa Rosa do Purus	3.892
Sena Madureira	656
Subtotal	10 452
Alto Rio Juruá	
Cruzeiro do Sul	923
Feijó	4.120
Jordão	2.774
Mâncio Lima	1.500
M. Thaumaturgo	1.750
Porto Walter	542
Tarauacá	2.429
Subtotal	14038
Total	24.490

Fonte: Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA.

Quadro 56 – Distribuição da População Negra - Região de saúde - Acre - 2015.

Região de Saúde	População
Alto Acre	4.134
Baixo Acre e Purus	26.164
Juruá/ Tarauacá/ Envira	12.551
Total	42.849

Fonte: Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA.

1.3 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR

1.3.1 HEMOACRE

O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre – Hemoacre, foi inaugurado em 15 de março de 1988, sendo um órgão da administração direta, ligado à Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE. Sua missão é desenvolver políticas de saúde que garantam à sociedade a execução de ações voltadas para a excelência em hemoterapia, hematologia e gestão.

A hemorrede estadual acreana é constituída pelo Hemocentro Coordenador, sediado em Rio Branco, 2 (dois) núcleos de hemoterapia, um em Cruzeiro do Sul e um em Brasiléia, e 9 (nove) agências transfusionais (4 localizadas na capital e 5 distribuídas pelo interior do estado). Os núcleos de hemoterapia realizam coleta de sangue de doadores, além das outras atividades hemoterápicas e às agências transfusionais, de localização preferencialmente intrahospitalar, cabe à assistência hemoterápica a pacientes internados. Toda a hemorrede é subordinada tecnicamente ao Hemocentro Coordenador, sendo o seu gerente geral o coordenador da rede.

Na condição de coordenador do Sistema Estadual de Sangue, o Hemoacre segue as diretrizes da “Política Nacional de Sangue e Hemoderivados” e as Resoluções da Anvisa. Estimula as doações espontâneas e de reposição, disciplina a produção de hemocomponentes, sua estocagem e a sua distribuição, visando sempre à proteção da saúde de doadores e receptores, impedindo a propagação de doenças transmissíveis pela transfusão e buscando o máximo de segurança transfusional.

O Hemoacre é referência estadual para todos os serviços de hemoterapia e a ele cabe a realização de exames específicos de triagem sorológica, estudos imunohematológicos, realização de aféreses (terapêuticas ou não), captação de doadores para suporte à toda rede de assistência à saúde do estado, captação e cadastro de doadores de medula óssea, acompanhamento de pacientes portadores de coagulopatias hereditárias, além das demais atividades pertinentes.

Caracterização do HEMOACRE

O Hemoacre é caracterizado como um Centro de Atenção Hemoterápica e /ou Hematológica, unidade coordenadora da Hemorrede, com sede em Rio Branco, dois núcleos de hemoterapia, dispostos em Cruzeiro do Sul e Brasília, e ainda 9 (nove) agências transfusionais, 04 (quatro) localizadas na capital e sete distribuídas no interior do Estado.

A hemorrede acreana é subordinada à Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE. A política de sangue e hemoderivados no Acre e o próprio gerenciamento da hemorrede são definidos pelo Hemocentro Coordenador em conjunto com os gestores da SESACRE. Seu principal objetivo é garantir a execução de políticas voltadas para a segurança transfusional, mantendo a sustentabilidade da hemorrede.

Produção e faturamento

No quinquênio 2011-2015, a unidade colheu 48.577 bolsas de sangue, produziu 123.572 hemocomponentes e distribuiu 88744 hemocomponentes. Para tanto, realizou 56.128 análises sorológicas, e 52.319 análises imunohematológicas. Não foi aqui considerada a produtividade do restante da hemorrede.

Avanços:

- Estruturação do Setor de Infraestrutura e Manutenção da Hemorrede;
- Gestores pós-graduados em Gestão de Hemocentros;
- Aquisição de novas tecnologias (conector estéril, filtros de leucócitos, extrator automático de plasma são alguns exemplos);
- Crescimento das aféreses;
- Sistema de Gestão da Qualidade foi implantado, embora esteja inativo, conforme já exposto;
- Inclusão do Teste de Ácido Nucleico para detecção de HIV e vírus das hepatites em todos os doadores;
- Estruturação do Setor de Hemovigilância;
- Alcance de importantes metas propostas;
- Licitação de muitos processos que eram pendentes.

Série histórica

Os quadros abaixo ilustram os valores dos parâmetros definidos para abordagem. Separamos a produção hemoterápica do Hemoacre da produção do restante da hemorrede, por haver falta de informações completas desta, o que poderia prejudicar a análise dos valores referenciados.

Quadro 57 – Produção do HEMOACRE – 2011-2015.

HEMOACRE	2011	2012	2013	2014	2015
Total de doadores aptos	9297	9288	9382	9967	9951
Total de doadores inaptos	3133	3183	3475	3255	3080
Aféreses realizadas	132	127	164	137	132
Total de reações adversas à doação	285	272	238	227	206
Sorologias realizadas/resultados positivos para 1 ou mais marcadores	10386/ 827	11065/ 688	11320/ 677	11578/ 693	11917/ 683
Pesquisa de HBS	9553	9619	9609	10039	9932
Total de exames imunohematológicos no doador	10034	10151	10329	10872	10933
Total de hemocomponentes Produzidos/recebidos	23893/ 543	23105/ 715	24291/ 850	26224/ 891	26059/ 827
Perdas de hemocomponentes	8530	8170	7260	9708	10535
Distribuição de hemocomponentes para a hemorrede	16597	17022	18393	18810	17922

Fonte: HEMOACRE/SESACRE, 2016.

Observações:

- As perdas de hemocomponentes apresentam valores relevantes. Grande percentual deste quantitativo deve-se ao EXCEDENTE de plasma. Entretanto, a introdução do NAT na rotina de triagem também favoreceu o incremento das perdas;
- A principal causa de inaptidão de doadores é hematocrito baixo, seguida de comportamento de risco. Apenas no ano de 2011 essa relação foi invertida;
- Os valores dos exames sorológicos referem-se à testagem de vários marcadores. Assim, um exame aqui contabilizado, representa testagem para oito marcadores de doenças mais o NAT. Da mesma forma, na imunohematologia um exame contabilizado representa a testagem para todos os testes preconizados por lei.

Quadro 58 – Produção da HEMORREDE – 2012-2014

HEMORREDE	2012	2013	2014
Total de coletas	1768	1413	1682
Total de reações adversas à doação	90	87	70
Total de pesquisas de malária	1123	1249	1743
Pesquisa de HBS	1890	1249	1743
Total de exames imunohematológicos no doador	11117	11310	11602
Total de exames imunohematológicos no paciente	7765	7564	7742
Total de Hemocomponentes	3591/	2803/	3346/
Produzidos/Recebidos	14697	15043	15384
Perdas de hemocomponentes	2067	1921	2201
Total de transfusões de hemocomponentes	15255	15816	15369
Distribuição de hemocomponentes	3131	2956	3505
Fracionamentos Pediátricos	691	704	741
Filtragem de hemocomponentes	100	1523	1300

Fonte: HEMOACRE/SESACRE, 2016.

A análise dos dados demonstra crescimento institucional, na maioria dos parâmetros avaliados

1.3.2 FUNDHACRE (Hospital das Clínicas)

Caracterização da Unidade Hospitalar

A Fundação Hospital Estadual do Acre – FUNDHACRE, é uma fundação pública de direito público, de âmbito estadual, que presta serviços de média e alta complexidade, referenciados pela Central de Regulação do Estado, para pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS.

A FUNDHACRE realiza atendimento ambulatorial, hospitalar, de apoio ao diagnóstico e tratamento e, de urgência e emergência, no caso específico de assistência oncológica.

Atualmente, a estrutura da FUNDHACRE disponibiliza 232 leitos, sendo 85 cirúrgicos, 129 clínicos, 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI (9 adultos e 1 pediátrico), 3 leitos de cuidados intermediários adulto, 2 leitos de pediatria (1 pediatria clínica e 1 pediatria cirúrgica) e 3 leitos de hospital dia do Serviço de Atenção Especializada – SAE.

Dentre os serviços cadastrados/habilitados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES destacam-se: o Serviço de Nefrologia, que realiza procedimentos de hemodiálise, diálise peritoneal e tratamento em nefrologia geral; o Serviço

de Atenção Especializada – SAE presta atendimento a pacientes com doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), hepatites e AIDS; o Serviço de Transplantes, que realiza captação de órgãos e transplantes de córnea, rim e fígado; o Serviço de Dermatologia, que atende pacientes com doenças de pele, com atenção integral em hanseníase; a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, onde são atendidos os pacientes com câncer e o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO juntamente com o Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD, que realizam atendimento especializado na área de saúde bucal.

É importante destacar que a FUNDHACRE é custeada com recursos consignados no Orçamento Geral do Estado – OGE, nas fontes 100 – Recursos Próprios do Tesouro do Estado (RP) e 400 – Recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). E, complementarmente, com recursos orçamentários da Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE alocados no custeio do Serviço de Atenção Especializada (SAE), do Serviço de Dermatologia e da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), que em virtude do alto custo, desde a criação são de responsabilidade da SESACRE.

1.3.2.1 TRANSPLANTES

Ações desenvolvidas nos últimos anos.

Campanhas de conscientização através de palestras educativas nas escolas públicas e privadas, Centro de Formação escola técnica Maria Moreira logradouros públicos e dentro das Unidades Hospitalares através da educação continuada aos profissionais de saúde. Os instrumentos utilizados todas as formas de multimídias (cartazes, outdoor, busdoor, folhetos explicativos, banners.

Treinamentos com os profissionais envolvidos no processo de Doação de Transplantação.

Os cursos são oferecidos em parceria com o Ministério de Saúde – PROADI (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional) – SUS, em hospitais e centros de referências na área de doações e transplantes no Brasil, conforme calendário do próprio projeto durante o ano todo com objetivo de fortalecer todas as etapas do processo de doação de órgão e tecidos fazendo do Estado do Acre conforme os dados estatísticos da ABTO (Associação Brasileira de Transplante de Órgãos) – a partir de 2012 a 2015, permanecer em segundo lugar PMP em

número de notificações de morte encefálica e referência na Região Norte em transplantes os principais problemas enfrentados:

- Logística – devido ao escasso número de voos ligando o Estado do Acre ao Centro Sul do país e o tempo de isquemia dos órgãos dificulta tanto a vinda de equipes captadoras e transplantadoras como também aceitar órgãos de outras Unidades Federativas e enviar-las;
- Estrutura Física – precariedade nas instalações, tendo o trabalho perfil com funcionamento de 24 horas, 07 dias por semana conforme Regulamento Técnico da portaria GM/MS 2600 de outubro de 2009;
- Recusa familiar – após o protocolo de morte encefálica, fechado o serviço realiza a entrevista familiar conforme o regulamento, onde 76% segundo os dados da ABTO não consente a doação de órgão e tecidos;
- Rotatividade e escassez de Profissionais dentro do Processo de Doação e Transplantes.

PRINCIPAIS AVANÇOS:

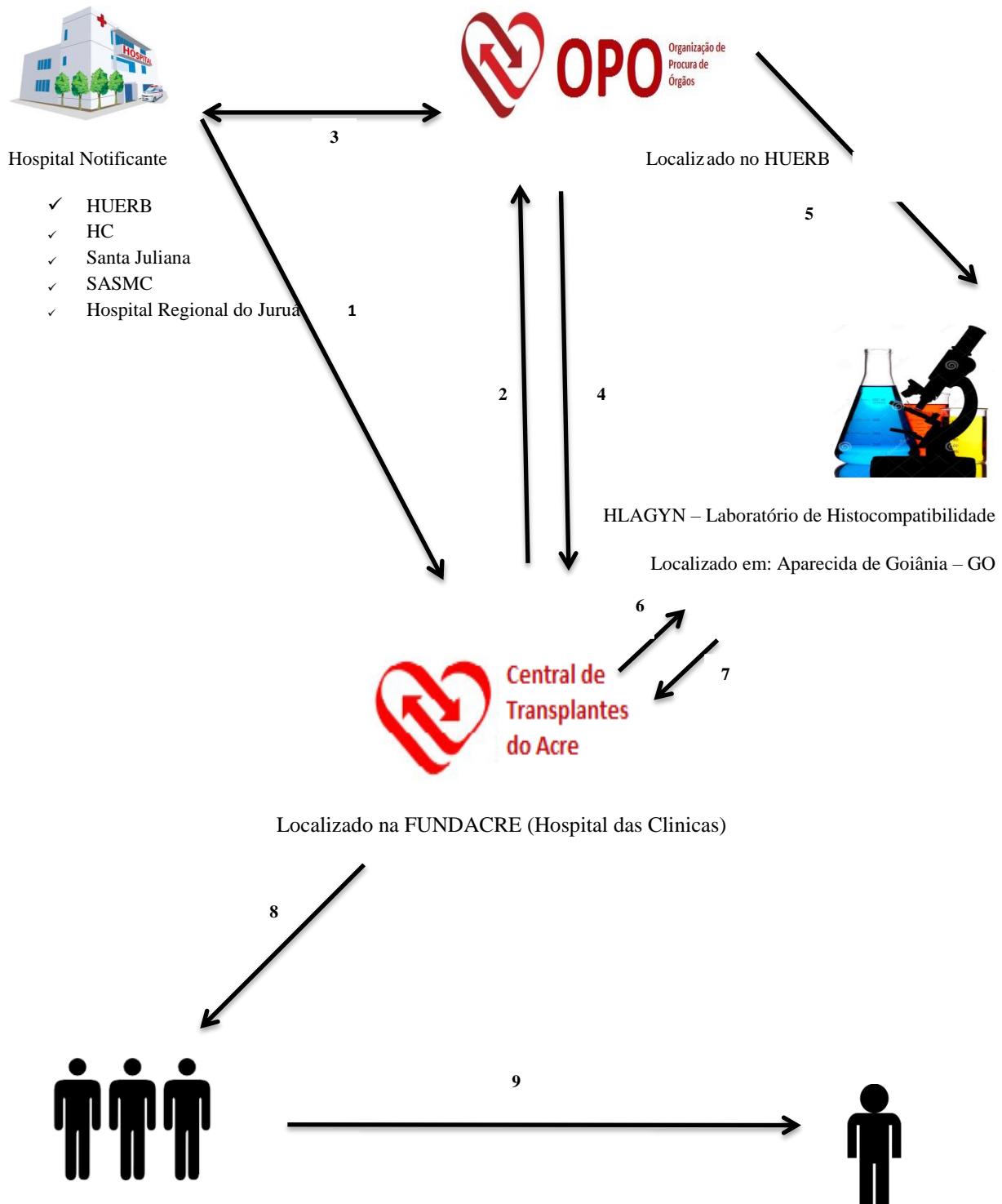
- Implantação da Organização de Procura de Órgãos;
- Credenciamento e Transplante de Fígado;
- Credenciamento de Pâncreas;
- Aumento do número de notificação e Doação de Órgãos e Tecidos;
- O Estado do Acre é o único da Região Norte que possui o programa de transplante de fígado ativo com 100% na taxa com sobre vida do paciente e do enxerto.

Quadro 59 - Número de Notificações de Morte Encefálica, Doações, Transplantes Realizados – Acre- 2011 – 2015.

ANO	Nº notificações de morte encefálica	Doação efetivada	Transplante realizado córnea	Transplante realizado rim	Transplante realizado fígado
2011	11	04	18	14	–
2012	51	04	34	09	–
2013	78	07	18	08	–
2014	59	05	26	08	–
2015	61	07	19	16	05
TOTAL	260	27	97	46	05

Fonte: FUNDHACRE, 2016.

Fluxograma - Processo de Doação – Transplante



Fonte: FUNDHACRE, 2016.

1.3.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumo Estratégicos - DAFI tem como principal objetivo a execução de ações que garantam e ampliem o acesso da população a medicamentos, sob orientação técnica e em consonância com a Política Nacional de Saúde e de Assistência Farmacêutica.

No quadriênio 2016-2019 a gestão pretende avançar na reorganização dos serviços e centralização de ações, visando a otimização da logística de distribuição de medicamentos e insumos estratégicos através do GRP; além de buscar melhorar a articulação deste departamento com os demais setores da SESACRE e Secretarias Municipais de Saúde.

Conforme o Decreto nº6375 de 13/09/2013 (publicado no DOE nº11133 de 16/09/2013) este DAFI possui as seguintes divisões:

1. Divisão de Medicamentos Básicos e Hospitalares;
2. Divisão de Medicamentos Estratégicos;
3. Divisão de Medicamentos Especializados;
4. Divisão de Almoxarifado de Medicamentos da Rede de Assistência;
5. Divisão de Material Médico Hospitalar e Insumos Estratégicos;
6. Divisão de Alimentação Parenteral e Enteral.

Como parte da assistência à saúde, a Assistência Farmacêutica está contemplada no Decreto nº7.508/2011, na seção II, que trata sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. Conforme o artigo 25, a RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamento indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. O referido decreto, através do artigo 28, preconiza o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS é normatizado através da Portaria GM/MS nº1553 de 30/07/2013, onde está definida as normas de financiamento e execução de cada ente federativo (união, estado e município).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS é normatizado através da Portaria GM/MS nº1554 de 30/07/2013 (alterada pela Portaria GM/MS nº1996 de 11/09/2013) e executado no estado do Acre pelo CREME (Centro de Referência para o Programa de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica), vinculado a este DAFI.

1.3.4 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1.3.4.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

Resgate Histórico da Implantação da Rede

Desde 1978, o Estado do Acre vem cuidando dos pacientes com transtornos mentais graves no Hospital de Saúde Mental – HOSMAC quando foi criado o Pavilhão Kennedy nas dependências do Hospital de Base. Conhecido inicialmente como Hospital Distrital, atendia casos de neurologia e pneumologia junto com a psiquiatria. Na década de 1990 ele é transferido para o Bairro da Sobral, bairro da capital Rio Branco.

A partir de 2001, com a publicação da Lei 10.216, o Brasil inspirado na Declaração de Caracas, publica esta Lei que redireciona o modelo assistencial e dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, instituindo o acesso ao tratamento humano e respeitoso, propondo a recuperação através da reinserção na sociedade e regulamentando a mudança do modelo assistencial em Saúde Mental. Os principais aspectos desta transformação são: fim dos manicômios, com a desinstitucionalização dos usuários internos, e a criação de serviços substitutivos de base territorial, principalmente Centros de Atenção Psicossocial e residências terapêuticas. Em 2002, a Portaria 336, estabelece os CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS como serviços que adotam este novo modelo de atendimento através de processo de trabalho que venha a aplicar a Política Nacional de Humanização através de cuidado no território, com a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto com a pessoa em sofrimento, sua família e a rede loco regional (saúde/assistência social, educação, cultura, entre outros).

No ano de 2003, como os municípios ainda não se sentiam capacitados para a implantação dos seus próprios CAPS, a política de saúde mental, promovida pelo Ministério da Saúde, motiva a implantação dos CAPS inicialmente pelos Estados. Nessa ótica, foi implantado inicialmente o CAPS AD II de Rio Branco, em 13 de dezembro de 2012, que inicialmente oferece atendimento somente para adolescentes até 19 anos. A partir de 2008 ele amplia o atendimento para todas as idades e a partir de 2013 é qualificado como CAPS AD III ampliando sua capacidade de atendimento para as 24 horas e de segunda a domingo. Em 2004 foi inaugurado o Serviço Hospitalar de Referência Álcool e Outras Drogas, que passou em 2013 a ser qualificado como LEITOS DE SAÚDE MENTAL.

A partir de 2013, as oficinas, junto às três Regionais de Saúde, realizaram a apresentação da Portaria para construção do PLANO DA RAPS de cada Regional. Em 2014 ocorreu implantação dos CAPS I nos municípios de Brasiléia e Epitaciolândia no Alto Acre e em Mâncio Lima no Alto Juruá. Tarauacá, Sena Madureira, Acrelândia e Rio Branco com recurso de incentivo de implantação em conta, mas com dificuldades para implantar o serviço pela carência de Recursos Humanos, no caso de Sena Madureira e Tarauacá impossibilitados de implantar o ponto de atenção por causa da Lei de Responsabilidade Fiscal, parceria que já foi solicitada formalmente para à SESACRE e, ainda, não atendida.

Indicadores

Saúde Mental tem como indicador a criação de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS como ponto de referência em atenção às pessoas com Transtornos Mentais Graves e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Desde a promulgação da Lei 10.216/2001, o Ministério da Saúde vem criando mecanismos para que os municípios façam adesão à Lei da Reforma Psiquiátrica, fechando os hospícios, porque eles não oferecem uma linha de cuidado no território durante e após internação; a pessoa retorna ao mesmo local onde adoeceram e não há um trabalho de articulação com a Rede Local diferentemente do CAPS que tem a função de articular o cuidado no território através de ações de matrículamento junto à Atenção Básica e suas equipes de Saúde da Família.

Como na cidade de Rio Branco o Estado mantém o HOSMAC, o município vem adiando a decisão de implantar CAPS I porque os casos de pessoas em crise são resolvidos com internações curtas até a estabilidade da pessoa; com isso a família tem esse tempo para descansar até o paciente retornar novamente ao lar.

Nesse sentido a DSM vem desenvolvendo, a partir da publicação do Decreto 7.508 em 2011 e a Portaria 3088 do mesmo ano, que especificam a necessidade de existência de uma Rede de atenção Psicossocial - RAPS no território para organizar o cuidado em Saúde Mental.

Apesar de todas as ações desenvolvidas, dos 22 municípios do estado, apenas Brasiléia e Epitaciolândia, na Região do Alto Acre e Mâncio Lima na região do Juruá, Tarauacá/Envira implantaram CAPS I. Epitaciolândia encontra-se numa situação delicada, pois “retrocedeu” quanto ao funcionamento do ponto de atenção. Acrelândia, Sena Madureira e Tarauacá receberam incentivos de implantação do MS no valor de R\$ 20.000,00, mas não conseguiram implantar o serviço por falta de Recursos Humanos e pela suspensão temporária do MS dos recursos de custeio para novos CAPS. Capixaba recebeu seu recurso de implantação de CAPS I no valor de R\$ 20.000,00 desde setembro de 2015 e encontra-se na mesma situação de

Acrelândia, Sena Madureira e Tarauacá. Xapuri enviou o projeto de CAPS I, mas até o momento não recebeu resposta.

Região do Alto Acre

- **Brasileia**

Atenção Primária: Atenção Básica vem atuando através dos NASF com profissional de saúde mental realizando o matriciamento das equipes de Saúde da Família.

Atenção Especializada: CAPS I funciona com a equipe mínima completa e desenvolvendo ações no território.

Atenção Hospitalar: Está sendo articulada com a comissão de obras a implantação de LSM no novo hospital. Ainda nesse sentido o tema será pauta na próxima reunião da CIR da regional.

- **Epitaciolândia**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF's com profissional de Saúde Mental realizando o matriciamento das equipes de Saúde da Família.

Atenção Especializada: O município encontra-se com dificuldade para encontrar um local adequado para o funcionamento, em virtude desse problema a equipe está desenvolvendo suas atividades na Sede da Secretaria Municipal de Saúde.

- **Xapuri**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através do NASF com profissional de Saúde Mental realizando o matriciamento das equipes de Saúde da Família.

Atenção Especializada: A Secretaria de Saúde do município enviou projeto de CAPS I, ao MS e encontra-se aguardando a resposta.

Região do Baixo Acre e Purus

- **Acrelândia**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF's com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

Atenção Especializada: O município recebeu recursos para a implantação do serviço, alugou imóvel, realizou concurso público para contratação de equipe de RH, marcou data de capacitação à equipe com a Divisão de Saúde Mental, porém não conseguiu implantar o serviço devido a uma suspensão temporária dos recursos de custeio para novos CAPS pelo Ministério da Saúde.

- **Bujarí**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF's com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

- **Capixaba**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através do NASF3 com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

Atenção Especializada: O Projeto do CAPS I foi elaborado e apresentado ao Ministério da Saúde. O incentivo de implantação já encontra -se em conta bancária. O município está em processo de formação de equipe e busca de local adequado para a implantação do serviço. Porém ainda avalia se tem condições de implantar este serviço sem a contrapartida federal.

- **Porto Acre**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF's com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

Outros pontos de atenção: Existe um Núcleo da APASAMA (Associação de Parentes e Amigos da SM).

- **Plácido de Castro**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF's com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

Atenção Especializada: O município tem população necessária para a implantação de CAPS I, mas a atual gestão está relutante em aderir ao serviço, mesmo o município apresentando um alto índice de pacientes com transtornos mentais graves que são encaminhados para o HOSMAC.

- **Rio Branco**

Educação Permanente: Execução do “Projeto Engrenagens da Educação Permanente” (SESACRE/MS).

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

- **Sena Madureira**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

Atenção Especializada: O Projeto do CAPS I foi elaborado e apresentado ao Ministério da Saúde. O incentivo de implantação já se encontra em conta bancária. O município está em processo de formação de equipe e busca de local adequado para a implantação do serviço.

- **Senador Guiomard**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

Regional do Baixo Acre: Administração Estadual

Atenção Especializada: CAPS AD III (Rio Branco): Atenção Especializada em álcool e outras Drogas para todo o Estado.

Atenção Hospitalar: Leitos de Saúde Mental no HUERB.

Outros pontos de atenção: Centro de Convivência Arte de Ser.

Região do Juruá, Tarauacá / Envira

- **Cruzeiro do Sul**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

- **Feijó**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

- **Mâncio Lima**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

Atenção Especializada: CAPS I NOVA VIDA do município funcionando, com a presença do NASF aumente-se o potencial no Município.

- **Marechal Thaumaturgo**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

- **Tarauacá**

Atenção Especializada: O Projeto do CAPS I foi elaborado e apresentado ao Ministério da Saúde. O incentivo de implantação já encontra -se em conta bancária. O município está em processo de formação de equipe e busca de local adequado para a implantação do serviço e já realizou concurso público para contratação de equipe para o RH.

- **Rodrigues Alves**

Atenção Primária: Atenção Básica atuando através dos NASF com profissional de Saúde Mental realizando matriciamento das equipes de Saúde da Família.

➤ **Região do Juruá, Tarauacá/ Envira: Gestão Estadual**

Atenção Especializada: CAPS II NÁUAS: Atenção Especializada em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e Saúde Mental Infanto-Juvenil para toda a Regional.

Atenção Hospitalar: Elaborado Projeto de qualificação de Leitos no Hospital Juruá.

Outros pontos atenção: ABRAÇO (associação de usuários iniciada na cidade).

1.3.4.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS DO ESTADO DO ACRE

A Portaria 483 de abril de 2014, surge com o objetivo de dar assistência integral qualificada, humanizada, centrada no usuário e regida pelo respeito as diversidades étnico-raciais em todos os pontos de atenção com a definição e organização de uma Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, compreendendo as necessidades específicas deste grupo e buscando assisti-los através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Desenvolvendo uma mudança no modelo de atenção à saúde por meio da qualificação da atenção integral.

Atualmente o setor desenvolve suas ações em quatro áreas temáticas:

- Doenças Renocardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e insuficiência renal crônica);
- Câncer;
- Obesidade; e
- Doenças respiratórias, através do fator de Risco do Programa de Controle do Tabagismo.

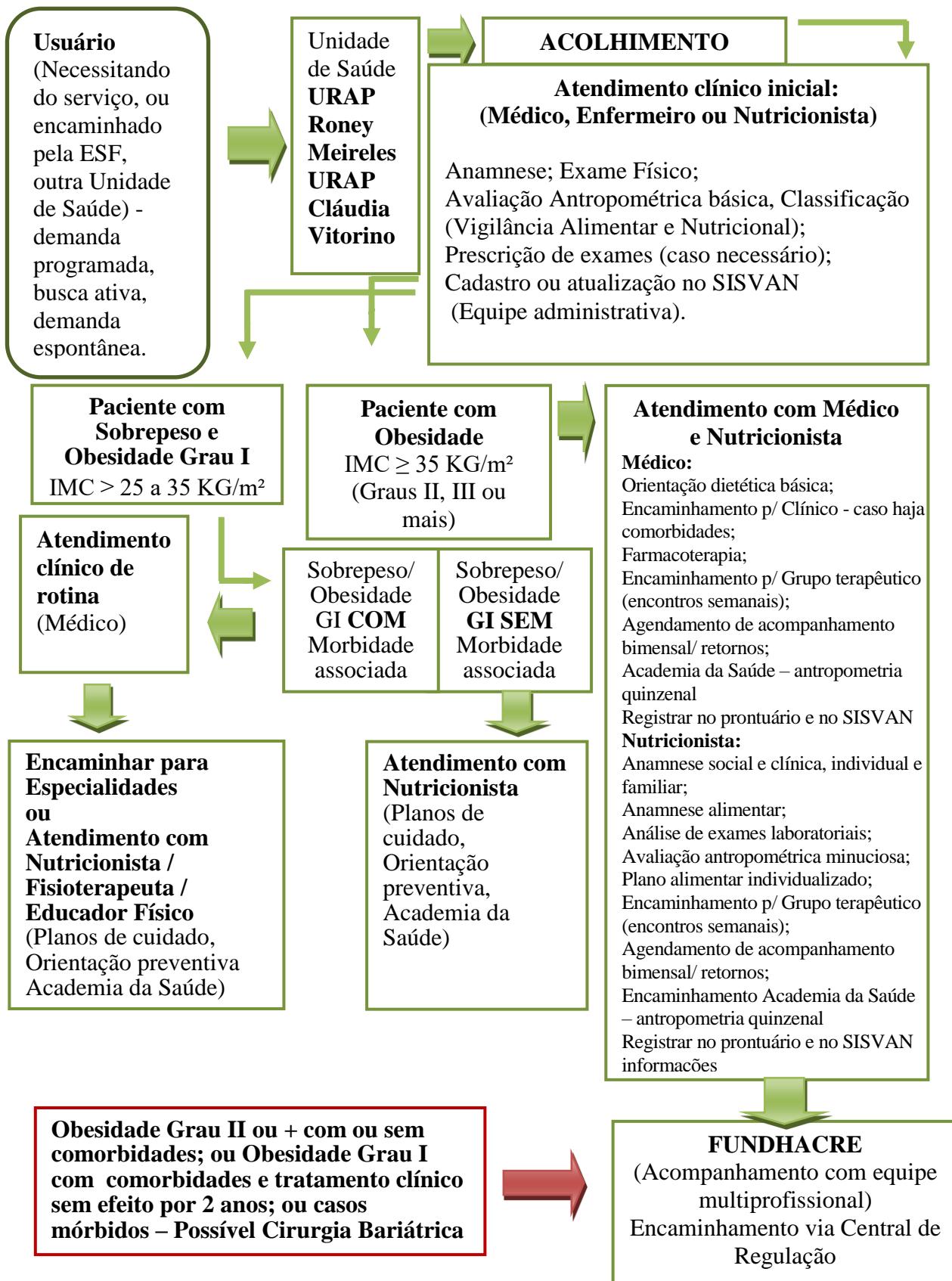
A primeira linha de cuidado desenhada para a Rede de Atenção à Saúde do Acre foi a Linha de Cuidado para Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e Obesidade da Região de Saúde do Baixo Acre e Purus, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, através das Portarias: nº 424/GM/MS e nº 425 GM/MS de março de 2013, e Portaria nº 483/GM/MS de abril de 2014. Esta Linha de cuidado foi apresentada e pactuada na Comissão Intergestores Regional, e homologada na Comissão Intergestores Bipartite.

A Linha de Cuidado para Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e Obesidade no Acre teve início pela região de Saúde – Baixo Acre e Purus. Esta escolha se deveu ao fato de ser a

região onde se encontra o Hospital terciário onde há o serviço de cirurgia bariátrica, onde funciona um serviço de atendimento ao Obeso há aproximadamente 10 anos, e ainda por ser a maior região de saúde do estado, representando 65% da população (505.227 habitantes, IBGE, 2013).

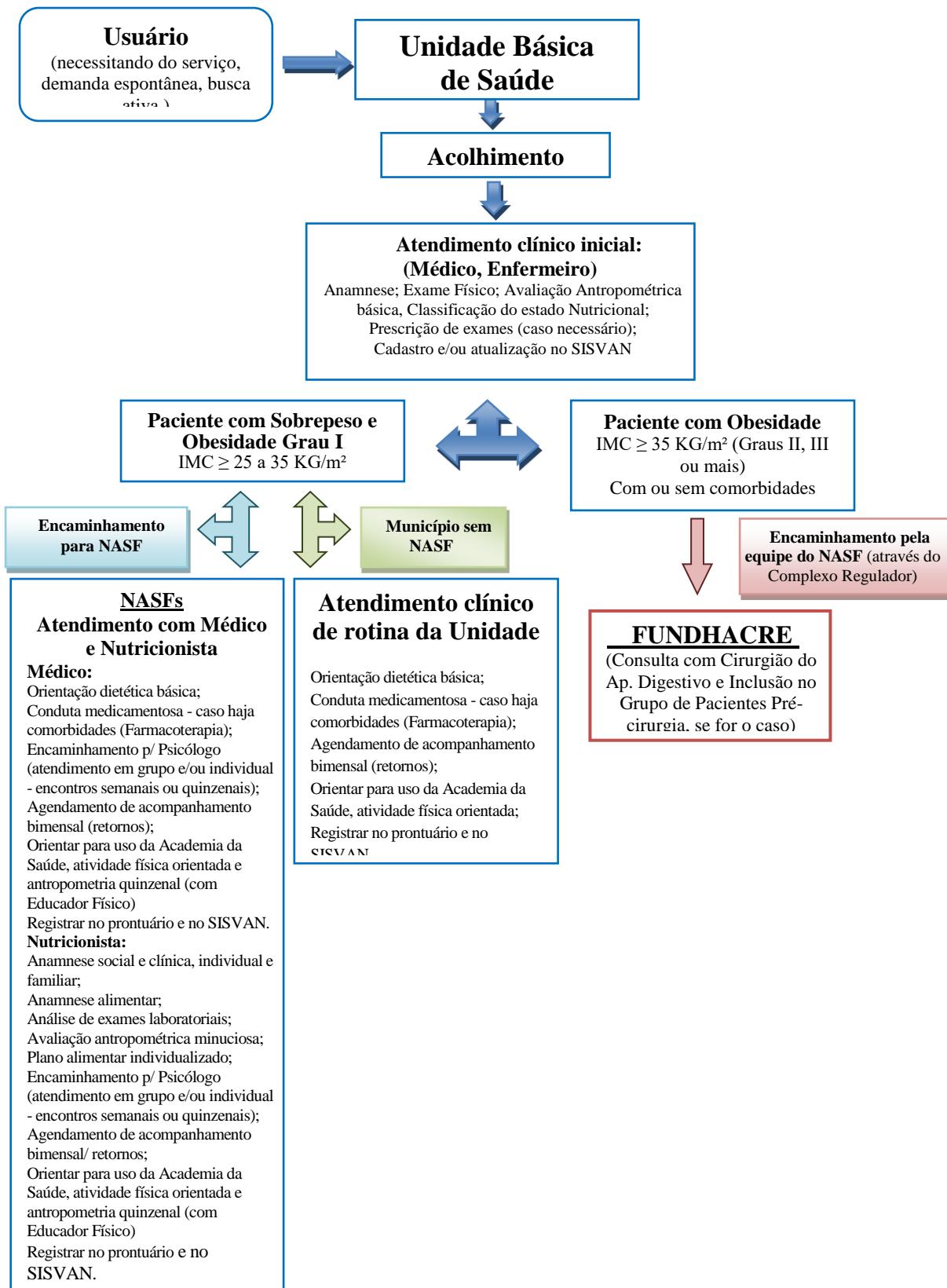
Foi a primeira Linha de cuidado desenhada para a Rede de Atenção à Saúde do Acre de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, através das portarias nº 424/GM/MS e nº 425 GM/MS de março de 2013, e Portaria nº 483/GM/MS de abril de 2014, sendo apresentada e pactuada na Comissão Intergestores Regional CIR e homologada na CIB Comissão Intergestores Bipartite em 2015.

Fluxo do paciente com sobrepeso e obesidade na atenção primária de Rio Branco



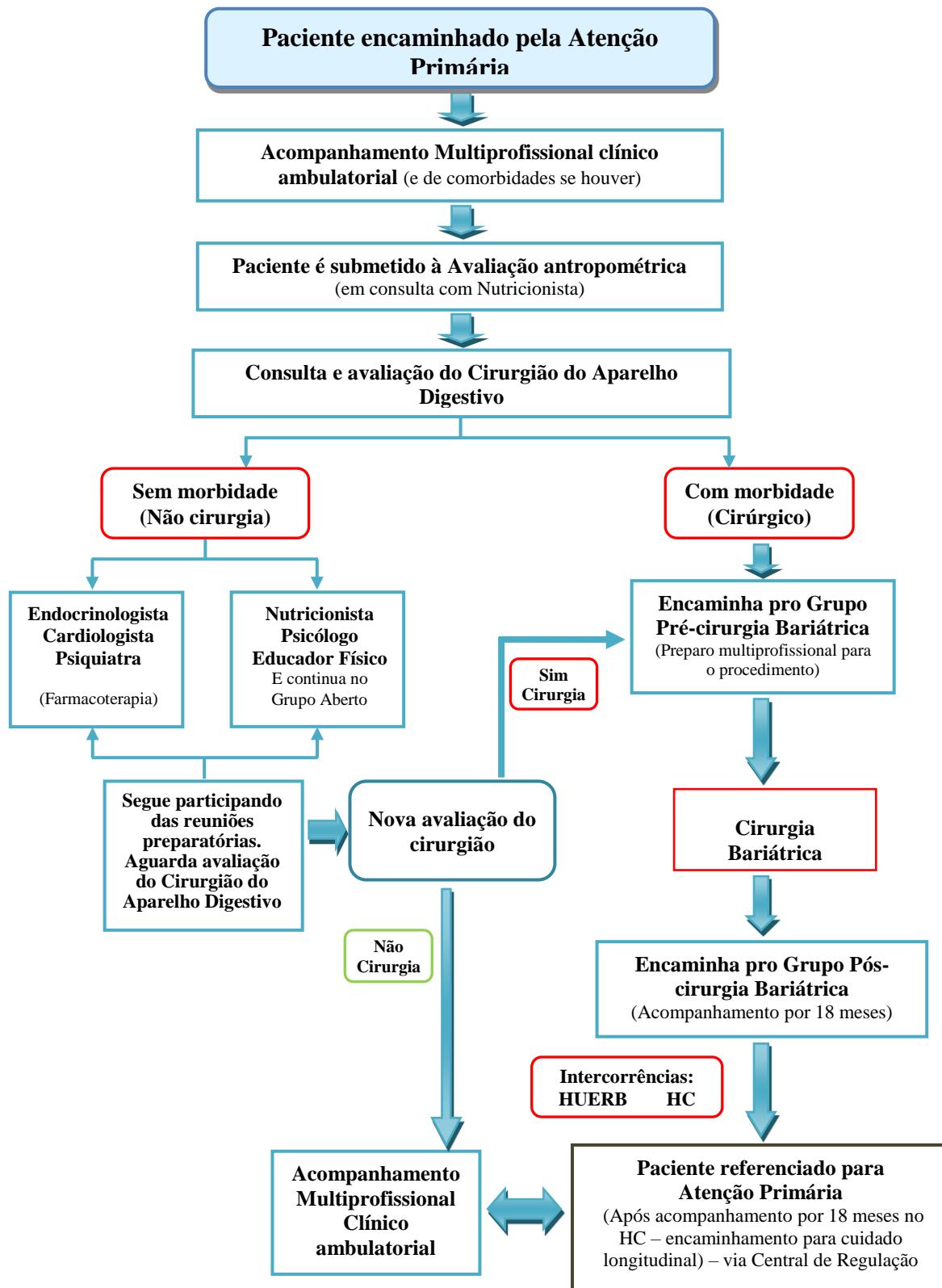
Fonte: DAPE/SESACRE

Fluxo do paciente com sobrepeso e obesidade na atenção primária nos demais municípios da região de saúde do Baixo Acre e Purus



Fonte: DAPE/SESACRE

Fluxo do paciente no programa de obesidade da FUNDHACRE/HC

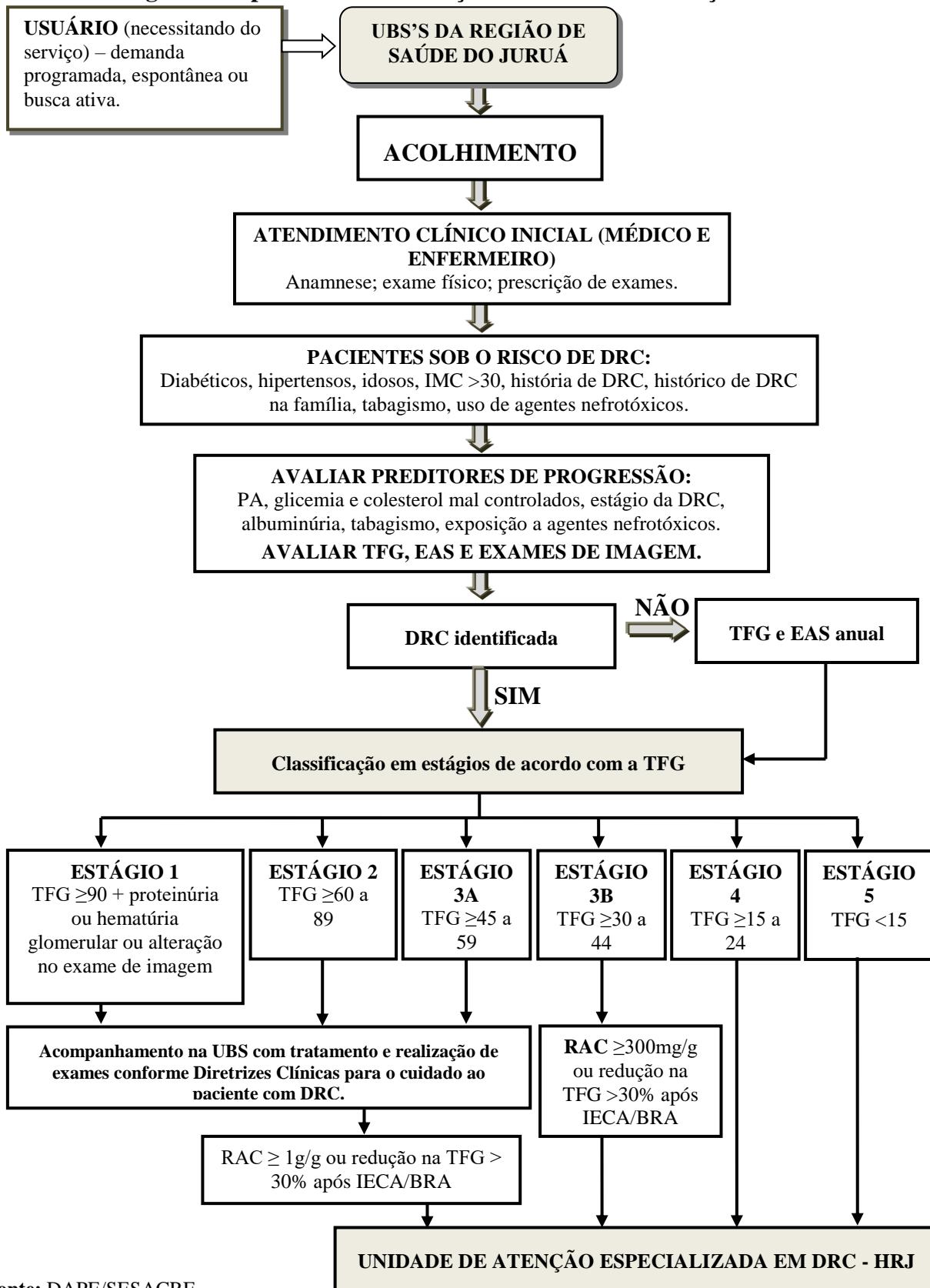


Fonte: DAPE/SESACRE

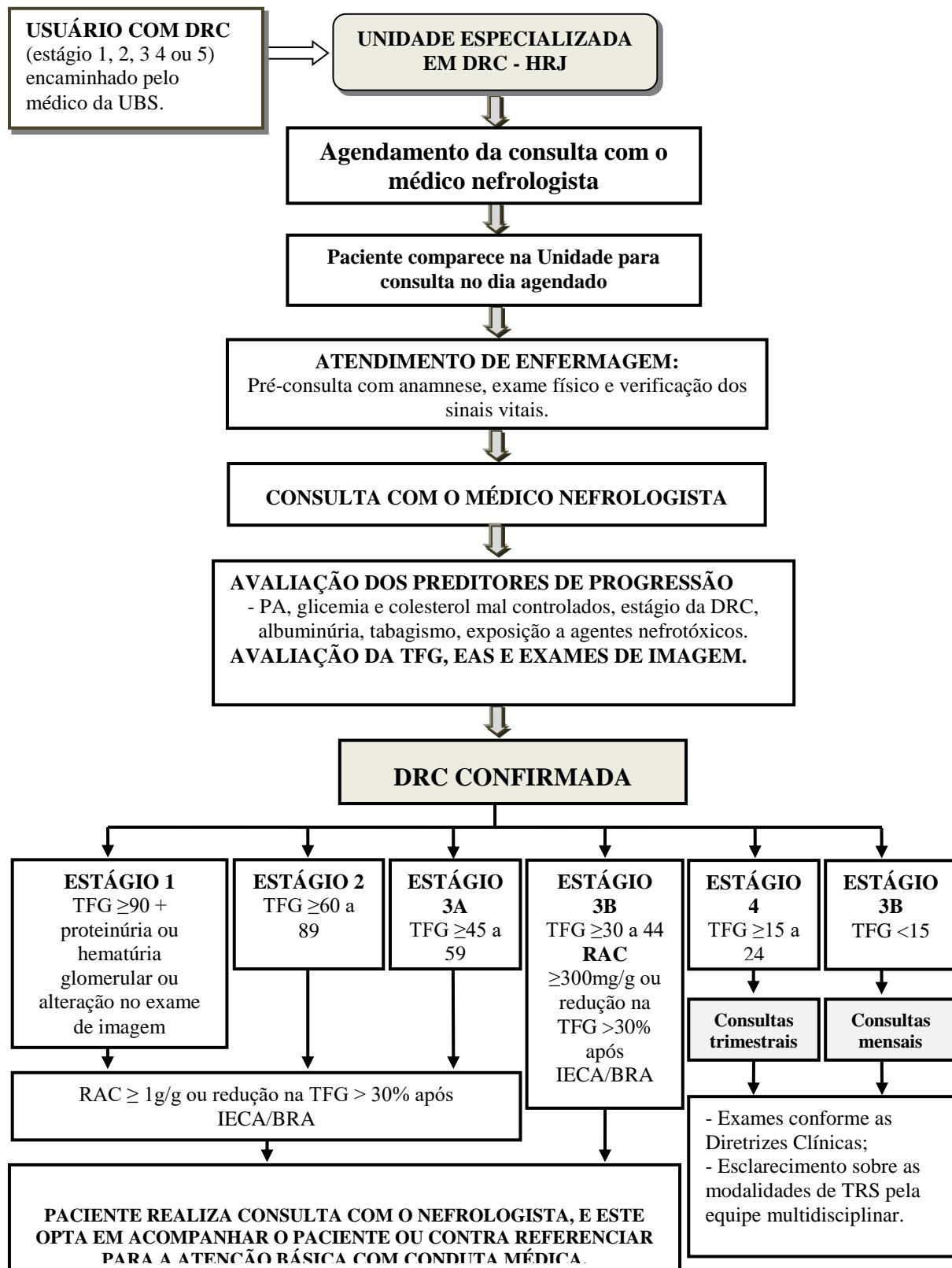
Linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica: Região de saúde do Juruá - Tarauacá/Envira

A Linha de Cuidado se iniciou pela Região de Saúde do Juruá - Tarauacá/Envira. Esta escolha se deu ao fato de ser a região onde o serviço de nefrologia está sendo implantado. Tal processo segue as orientações do Ministério da Saúde, através da Portaria: nº 389/GM/MS de março de 2014, de forma terceirizada, tendo a necessidade de ser habilitado conforme portaria ministerial mencionada. Esta Região de Saúde é a segunda maior do estado, 208.737 habitantes, representando 26,9% da população.

Fluxograma de pacientes com doença renal crônica na atenção básica



Fluxograma de pacientes com doença renal crônica na atenção especializada – HR



Fonte: DAPE/SESACRE

Plano de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – Eixo Câncer

O Plano em questão foi elaborado em consonância com as Portarias nº 874, de 16 de maio de 2013 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, que redefine os critérios e parâmetros para a organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O plano em tela está fundamentado no perfil de morbimortalidade do Estado, respeitando a regionalização para tornar mais efetivo o acesso e a resolutividade.

Os objetivos e ações propostos por esse plano deverão ser implantadas e ou implementadas em todo o Estado, respeitando as competências e responsabilidades de cada ente federado. Sua implantação será um grande desafio, pois deverá respeitar os compromissos assumidos pelos atores envolvidos centrados nos usuários e os processos de pactuação, controle, avaliação e regulação do sistema.

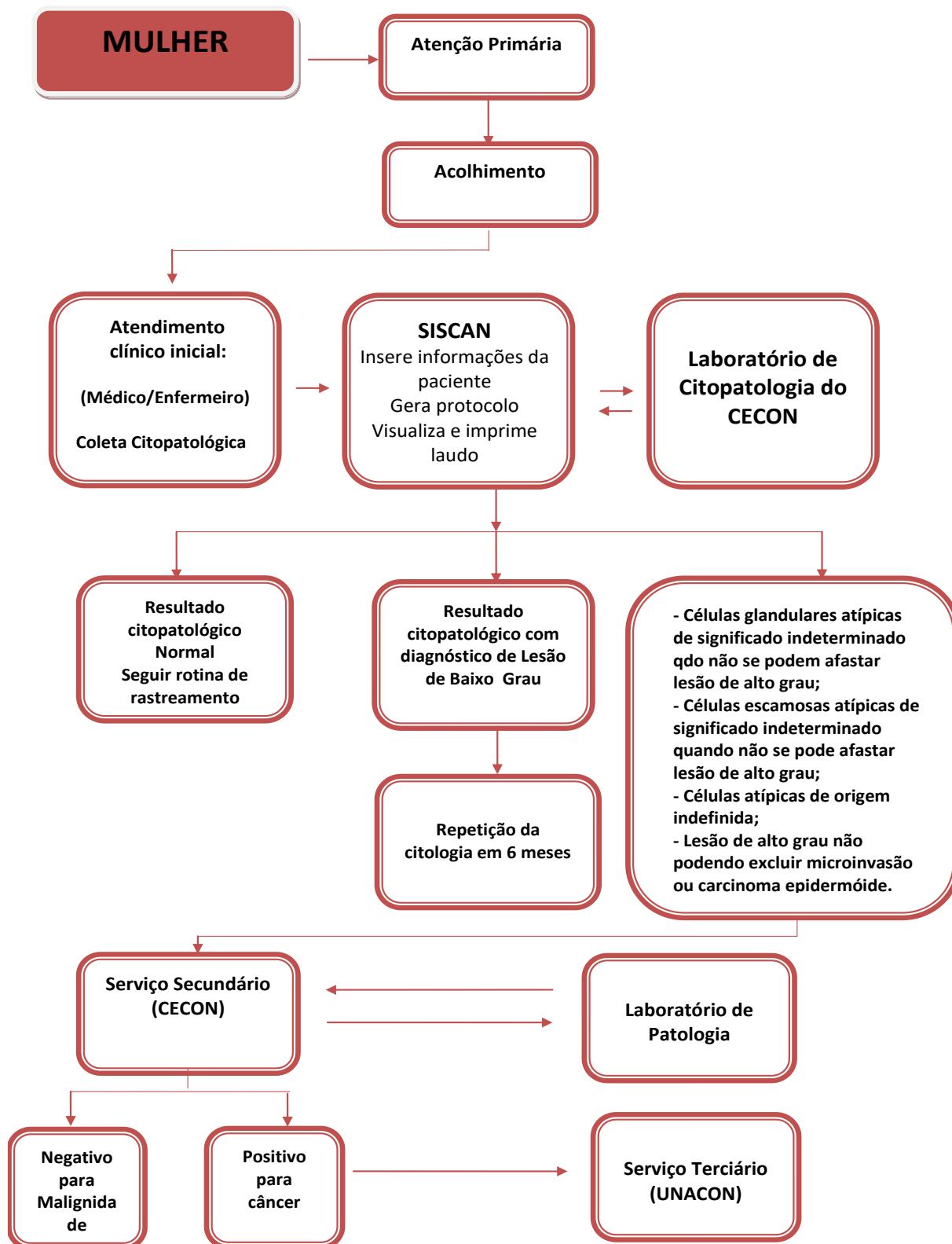
Câncer de Colo de Útero

O câncer de colo de útero é o 4º tipo de câncer mais comum e entre as mulheres é a quarta causa mais frequente de mortes entre este público. Entre os anos de 2012 a 2015 no estado do Acre surgiram em média cerca de 94,7 casos novos deste tipo de câncer em mulheres adultas por ano, sendo que cerca de 36,25 mulheres morreram por esta mesma causa entre estes 4 anos.

Câncer de Mama

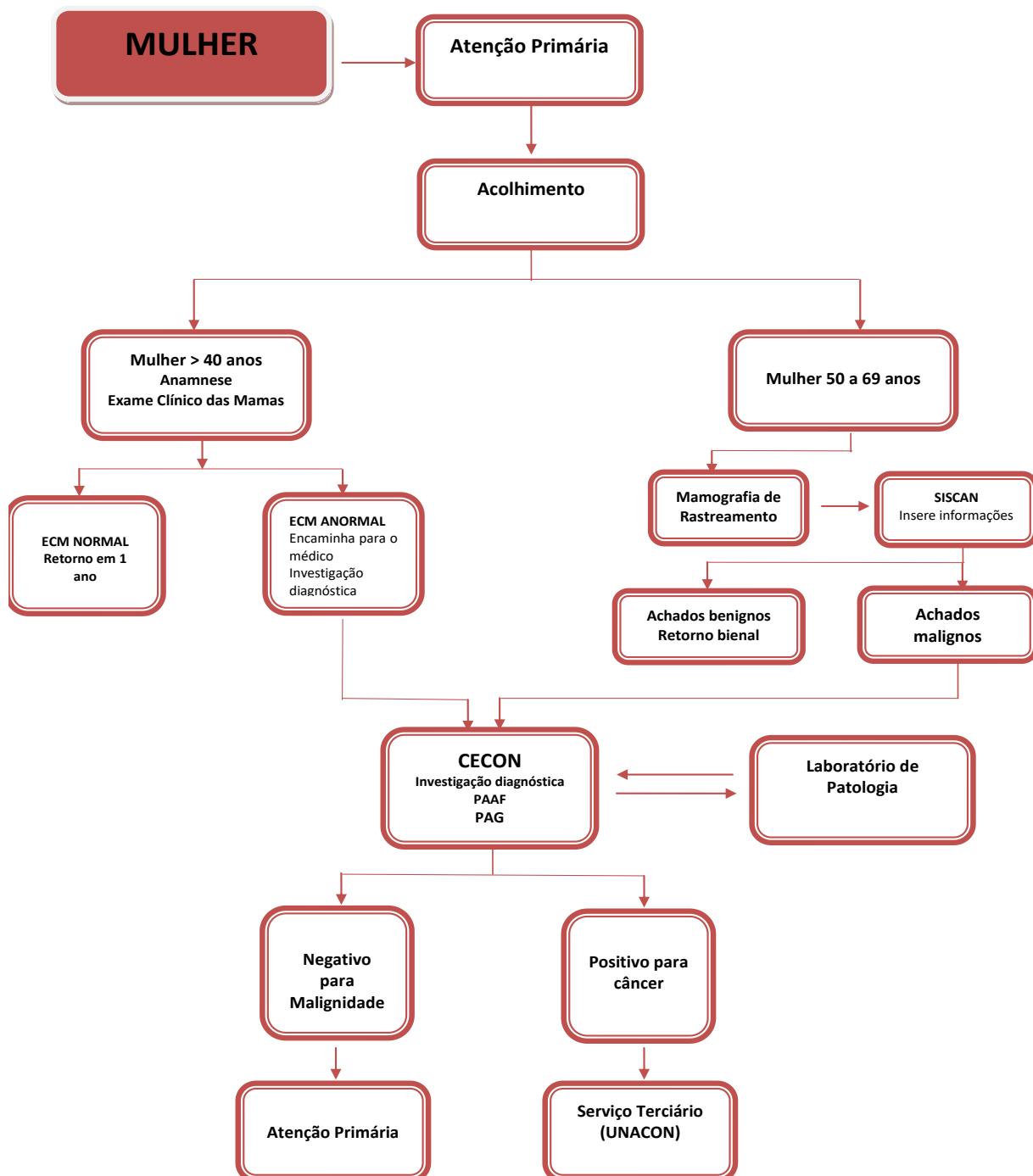
O câncer de mama é uma doença que atinge predominantemente as mulheres, sendo mais comum na faixa etária entre 40 e 65 anos. No estado do Acre entre os anos de 2012 a 2015, surgiram cerca de 83 casos novos deste tipo de câncer em mulheres adultas por ano, sendo que durante este mesmo período cerca de 28 pessoas morreram em cada ano por esta causa.

Fluxo para Prevenção do Câncer de Colo do Útero



Fonte: DAPE/SESACRE

Fluxo para Prevenção do Câncer de Mama



Fonte: DAPE/SESACRE

Outros Serviços de Apoio Diagnóstico por imagem para o Rastreamento do Câncer de Mama no Estado

Central de Apoio Diagnóstico – Sob a responsabilidade do município de Rio Branco funciona uma Central de Apoio Diagnóstico - CAD que possui um mamógrafo com comando simples e uma processadora de filmes exclusiva para mamografia. Realiza uma média de 15 mamografias/dia. Não realiza Ultrassonografia de mama.

Hospital da Mulher e da Criança do Juruá – Em Cruzeiro do Sul está implantado um mamógrafo com comando simples e uma processadora de filmes exclusiva para mamografia. Realiza uma média de 08 mamografias/dia. Não realiza ultrassonografia de mama. Não existe no Serviço médico especializado para realização dos procedimentos de punção por agulha fina e punção por agulha grossa.

Outros tipos de Câncer

Os casos com suspeita clínica de neoplasia são encaminhados pela Central de Regulação Estadual para o ambulatório de especialidades da Fundação Hospital do Acre (FUNDACRE).

A FUNDACRE está registrada na Receita Federal com o CNPJ 63602940000170 e com o número de Cadastro Nacional de estabelecimentos (CNES): 2001586.

Programa Estadual de Controle do Tabagismo – PECT

O tabagismo é reconhecidamente um fator de risco para diversas doenças crônicas, como câncer, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças cardiovasculares. Além disso, é causador de dependência física (provocada pela nicotina) e psicológica. Sua prevalência vem reduzindo progressivamente, entretanto ainda se mostra expressiva em algumas regiões e grupos populacionais mais vulneráveis. No Estado do Acre a porcentagem de fumantes de tabaco no ano de 2013 ainda era de 19,3%, que corresponde à cerca de 149.857 pessoas, percebemos que apesar de o estado estar avançando em relação ao controle de tabagismo ainda são necessárias melhorias nos anos seguintes.

O PECT tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Estado. Segue um modelo lógico no qual as ações de educação, de comunicação e de atenção à saúde – junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas - se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens, bem como para

promover a cessação de fumar; proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco.

O Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM nº 571, de abril de 2013, que veio atualizar as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

Constituem-se diretrizes para o cuidado às pessoas tabagistas no Estado do Acre:

- I - Reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas;
- II - identificação E acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção;
- III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção.

Ações desenvolvidas:

- Elaboração do Plano de Organização dos serviços em rede e linhas de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade na região de saúde do Baixo Acre e Purus;
- Elaboração e acompanhamento de projetos voltados para estruturação dos pontos de atenção da Rede de Atenção á Pessoas com Doenças Crônicas;
- Assessoramento aos municípios na organização do novo modelo de atenção às pessoas com Doenças crônicas;
- Elaboração do protocolo para prevenção e controle do câncer do colo do útero no Estado;
- Habilitação do laboratório citopatológico – tipo I (Qualicito no Cecon);
- Elaboração do Plano Estadual de Atenção Oncológica;
- Elaboração da linha de cuidado da oncologia da Região de Saúde do Juruá/Tarauacá e Envira.
- Implantação e monitoramento o Sistema de Informação Câncer (SISCAN);
- Capacitação de profissionais de saúde dos municípios (Enfermeiros) para implantação do tratamento do tabagismo para as unidades que aderiram a PMAQ (programa de melhoria da atenção e da Qualidade);
- Implementar e assessorar as ações de Tabagismo nos municípios com tratamento já implantado;
- Assessoria aos municípios na distribuição e controle das Insulinas NPH e Regular;
- Estabelecimento de parcerias com outros setores/instituições para a realização de ações voltadas às pessoas com doenças crônicas.
- Elaboração da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC);

- Realização de Oficina de atualização de médicos para o manejo adequado a portadores de Doença Renal Crônica (DRC).

➤ **Dificuldades:**

- Falta de recursos financeiros;
- Falta de organização do transporte sanitário de pessoas e materiais;
- Alta rotatividade de profissionais nos municípios;
- Dificuldade de articulação com outros setores;
- Falta de Recursos Humanos especializados na Rede;
- Aquisição de equipamentos adequados e necessários ao funcionamento da Rede;
- Implementação do serviço de Regulação municipal (consultas e exames);
- Qualificação de Recursos Humanos.

➤ **Avanços:**

- Instituição através da Portaria Estadual nº 275 de 19 de abril de 2016, o grupo condutor da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde;
- Implantação do Sistema de Informação do Câncer – SISCAN em parceria com a Divisão de Atenção Primária em todos os municípios;
- Elaboração de protocolos nos diversos pontos de Atenção da Rede;
- Construção dos fluxos em toda Rede de Atenção às Doenças Crônicas;
- Integração dos profissionais da Atenção Básica com a Atenção Especializada;
- Habilitação do Serviço de Nefrologia da Região de Saúde do Juruá/Tarauacá e Envira;
- Integração das ações com a Vigilância em Saúde em âmbito estadual, através da Divisão de Promoção da Saúde.

1.3.4.3 REDE CEGONHA

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

A Secretaria de Estado de Saúde do Acre, através das Divisões de Saúde da Criança e da Mulher trabalham para implementar a Rede Cegonha de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população dos 22 municípios do

estado do Acre, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

- Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade;
- Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Histórico da implantação da Rede Cegonha

Nos últimos 30 anos o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Porém, a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio demonstrar estatisticamente.

Diversos fatores contribuem para a dificuldade em reduzir a mortalidade infantil e materna, tais como a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a incipiente organização dos serviços de saúde para operar na lógica de rede de cuidados progressivos, os mecanismos de alocação dos recursos públicos com foco na produção de ações de saúde e as práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras, pouco participativas e marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas.

Por todos esses motivos, em 2011 foi lançada no Brasil, a Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para as crianças e mulheres.

As ações/atividades da Rede Cegonha no estado do Acre tiveram seu início em 2011, com uma breve apresentação desta estratégia pela Assessoria Técnica do MS aos técnicos do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas desta SESACRE e aos técnicos de três (03) municípios (Rio Branco, Epitaciolândia e Bujari);

Após a apresentação da estratégia, foi elaborada a Matriz Diagnóstica contemplando: Capacidade Instalada, Indicadores de Gestão e Atenção, de Morbidade e Mortalidade Materna e Infantil.

Ainda em 2011, a Política da Rede Cegonha, foi apresentada a Matriz diagnóstica e a

proposta de adesão à Rede inicialmente na Região de saúde do Baixo Acre e Purus, foi apresentada na Comissão de Gestores Bipartite (CIB) e pactuada a adesão pela Resolução CIB nº 63/2011. Na oportunidade foi também pactuado o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha –Acre como grupo organizador e mobilizador da Rede no Estado.

Em 2012 efetivou-se a adesão oficial do estado à Rede Cegonha a partir da realização da Oficina sobre o Novo Modelo Obstétrico e Neonatal, do Fórum Perinatal e da Reunião do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha – GCERC/AC, sendo estas atividades realizadas em parceria com o Ministério da Saúde.

Visando implementar a Rede no estado, foram realizadas oficinas regionalizadas com os gestores e técnicos dos municípios que fazem parte das três regiões de saúde, com vistas a apresentar a Rede Cegonha, discutir os indicadores de gestão, atenção, morbidade e mortalidade materna e infantil.

Adesão e diagnóstico

Em 2012 o estado do Acre, com suas três regiões de saúde aderiram à Rede Cegonha.

Como no Acre não existe hospital sob gestão municipal coube aos municípios operacionalizarem especificamente os componentes I (Pré-Natal) e III (Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança), sendo que os demais componentes (II - Parto e Nascimento e IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação) ficaram sob a responsabilidade compartilhada entre estado e municípios.

Desenho da Rede Cegonha:

Após todos os municípios realizarem seus diagnósticos, análises e elaborarem Planos de Ação Municipal, foi então homologado o desenho final da Rede Cegonha do Acre:

O Plano Estadual/Regional da Rede Cegonha consiste no registro das ações e metas quantitativas com a respectiva programação física e financeira. Os planos de ação municipal e regional consistem no registro das atividades estratégicas, suas metas qualitativas e quantitativas com as respectivas programações física e financeira, de acordo com as ações descritas nos componentes da RC na Portaria GM Nº 1.459/2011; são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como, o repasse de recursos, monitoramento e avaliação da implementação da Rede Cegonha.

O Plano Regional da Rede Cegonha – Acre, equivalente ao plano estadual, contempla as necessidades do estado considerando principalmente as distâncias, os serviços ofertados, os

vazios assistenciais, a incipienteza dos serviços, escassez de recursos humanos especializados, características populacionais e geográficas, os indicadores epidemiológicos, o acesso, a oferta, a regulação, os processos de trabalho. Todos esses aspectos foram discutidos na premissa da melhoria da rede de atenção à saúde materna e infantil no estado.

Contratualização dos Pontos de Atenção:

Nesta fase de operacionalização da Rede Cegonha, cada região de saúde elaborou a matriz diagnóstica do território, contendo os indicadores de saúde listados na Portaria Nº1459/2011 incluindo os dados demográficos e epidemiológicos. Idealmente, deveria ter sido dimensionado a demanda e a oferta assistencial da regional e feita a análise da situação da regulação, vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte, entre outros.

Foram definidos pelo Estado e pelas regionais de saúde os pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede.

Em 2012 foi instituído o Grupo Condutor Municipal de Rio Branco, porém até o presente momento, este grupo não estava efetivamente implantado. Com exceção da capital, nenhum outro município ou região criou Grupo Condutor.

Todas as maternidades e hospitais do estado do Acre que realizam partos e/ou prestam assistência à criança e à mulher acessam os recursos de custeio das Portarias Nº 1884/2012, 1378/2013, 2958/2013, 257/2015, totalizando 13 unidades de saúde contempladas. Cada Unidade de Saúde elabora seu respectivo Plano de Trabalho Anual, contendo as ações, atividades e metas relacionadas à assistência ao binômio mãe-filho.

Qualificação dos componentes

A coordenação do grupo condutor estadual da Rede Cegonha juntamente com as Áreas da Criança e da Mulher promovem a realização das ações de atenção à saúde de acordo com os componentes da Rede Cegonha, previstas na Portaria Nº1459/2011. Essas ações, indicadores e metas são avaliados em oficinas regionais, através dos planos de ação municipais e regionais (Indicadores prioritários e Indicadores Essenciais da Rede Cegonha).

Para a qualificação dos componentes as metas propostas nos planos de ação estadual/regional/municipal devem ser cumpridas e as ações pactuadas devem estar sendo realizadas, de acordo com cada componente da Portaria Nº1459/2011.

Certificação

Será concedida ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde da mulher e da criança e do cumprimento das metas propostas nos planos de ação estadual/regional/municipal.

A coordenação do grupo condutor estadual da Rede Cegonha juntamente com as Áreas da Criança e da Mulher promove o trabalho em conjunto entre gestão estadual e municipal da saúde, para construir e melhorar a rede de cuidados da criança e da mulher prioritariamente no componente Parto e Nascimento, que começa desde o Pré-Natal e vai até os 02 (dois) anos de vida da criança.

Financiamento da Rede Cegonha

Quadro 60- Serviços Custeados (Portarias GM/MS 1884/2012, 2958/2013 e 257/2015).

SERVIÇO	Plano Estadual/Regional de saúde	Maternida de Bárbara Heliodora	Hospital da Mulher e da Criança do Juruá	Hospital Santa Juliana	HUERB	FUNDH-ACRE
Casa da Gestante, Bebê e Puérperas	01 em Rio Branco e 01 em Cruzeiro do Sul	0	0	NSA	NSA	NSA
UTI adulto tipo II	Não consta no plano	NSA	NSA	03	02	01
UTI Neonatal tipo II	20	10	05*	05	NSA	NSA
UCI Neonatal canguru	20	09	05	03	NSA	NSA
UCI Neonatal convencional	21	10	05	06	0	0
Leitos de Gestante de Alto Risco existentes	MBH: 08 HMCJ: 04 HSJ: 06	08	0	08	NSA	NSA

Fonte: Plano Estadual/Regional Rede Cegonha/SISMAC

*Leito não habilitado

Quadro 61- Construção/Ampliação/Reforma – 2015.

SERVIÇO	Plano Estadual/Regional de saúde	Maternida de Bárbara Heliodora	Hospital da Mulher e da Criança do Juruá	Hospital Santa Juliana	HUERB	FUNDH-ACRE
Casa da Gestante, Bebê e Puérperas	01 em Rio Branco e 01 em Cruzeiro do Sul	0	0	NSA	NSA	NSA
Centro de Parto Normal	01	0	0	01	NSA	NSA
Ambiência (adequação)	Proposto para 08 unidades**	0	0	0	NSA	NSA
Reforma (adequação/ambiente)	HSJ: 01	0	0	1	NSA	NSA

Fonte: Plano Estadual/Regional Rede cegonha.

**Cadastrada proposta no SICONV para adequação dos ambientes das Unidades de Jordão, Xapuri, Acrelândia, Plácido de Castro, Manoel Urbano, Feijó, Sena Madureira e Tarauacá. Estas propostas não foram aprovadas pelo Ministério da Saúde, com exceção de Sena Madureira e Tarauacá, que as propostas foram canceladas pela SESACRE por falta de recurso para contrapartida da obra. Feijó a maternidade foi construída com recurso de Emenda Parlamentar.

Manutenção das unidades que prestam assistência à criança e à mulher (portaria 1.378/2013)

Fundação Hospitalar do Acre (FUNDHACRE) – Rio Branco

Hospital Dr. Abel Pinheiro Maciel Filho – Mâncio Lima

Hospital João Câncio Fernandes - Sena Madureira

Hospital Epaminondas Jácome – Xapuri

Hospital Geral Dr. Ary Rodrigues – Senador Guiomard

Maternidade Bárbara Heliodora – Rio Branco

Hospital Geral de Feijó – Feijó

Hospital de Clínicas Raimundo Chaar – Brasiléia

Maternidade Ethel Muriel Guedes – Tarauacá

Hospital da Mulher e da Criança do Juruá – Cruzeiro do Sul

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco – Rio Branco

Hospital Dr. Manoel Marinho Monte – Plácido de Castro

Exames de Pré-Natal

No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha: Teste rápido de gravidez; Teste rápido de sífilis; Teste rápido de HIV; Cultura de bactérias para identificação (urina); Acréscimo de mais um exame de hematórito, hemoglobina; Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes; Proteinúria (teste rápido); Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo.

Exames adicionais para gestantes de alto-risco: Contagem de plaquetas; Dosagem de proteínas (urina 24 horas); Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico; Eletrocardiograma; Ultrassom obstétrico com Doppler; Cardiotocografia ante-parto.

O repasse dos recursos para o custeio dos novos exames de pré-natal e do teste rápido de gravidez já foi transferido aos fundos municipais e estadual através das Portarias Nº 1.222/2012, 2.944/2013, 2.983/2013.

Kits das unidades básicas de saúde custeados pela rede cegonha

Os kits da Atenção Básica foram encaminhados ao núcleo do DATASUS/ACRE o qual fez a distribuição desses kits aos 22 municípios. O número de kits enviados foi de acordo com o número de Unidades Básicas de Saúde dos municípios. Os prefeitos assinaram um termo de doação responsabilizando-se pelos kits.

Kits para as parteiras tradicionais custeados pela rede cegonha

Os kits para as parteiras tradicionais foram encaminhados pelo Ministério da Saúde à Coordenação Estadual da Saúde da Mulher, para distribuição dos mesmos durante capacitações para as parteiras. O número de kits enviados foi de acordo com a quantidade de parteiras cadastradas no estado.

Coordenação do grupo condutor estadual da rede cegonha

Apesar dos avanços na implantação/implementação da Rede Cegonha no estado, ainda é preciso avançar bastante na execução das ações e atividades propostas nos Planos de Ação Estadual/Regional/Municipal. Há necessidade de organizar os serviços que prestam assistência à saúde da mulher e da criança, permitindo o estabelecimento de uma rede materno-infantil no estado, incluindo: regionalização da assistência, regulação dos leitos obstétricos, neonatais e pediátricos, garantindo transporte seguro ao RN e à gestante – principalmente aos de maior risco, garantindo acolhimento imediato com avaliação integral e oportuna, fomentando a

integralidade do cuidado em todos os níveis de complexidade, instrumentalizando as instituições de saúde e os municípios com novas unidades para assistência humanizada de gestantes e recém-nascidos – Centros de Parto Normal e Casas da Gestante e do Bebê – melhorando a ambiência dos serviços de parto, qualificar a assistência e ampliando a oferta de leitos nas unidades de cuidados intermediários e intensivos. É de extrema importância a organização da vinculação da gestante no pré-natal ao local que será realizado o parto, evitando a peregrinação da gestante e da criança. Em relação aos exames de pré-natal custeados pela Rede Cegonha, as regiões de saúde devem finalizar a contratualização para a oferta destes exames. O recurso já se encontra nos fundos municipais e estadual para o custeio dos novos exames de pré-natal preconizados pela RC. É urgente a estruturação dos Comitês Estadual e Comissões Hospitalares para a melhoria da qualidade da informação em saúde relacionada ao óbito infantil e materno. É necessário também executar as políticas de Atenção à Saúde da Criança e da Mulher na Atenção Básica, Média e Alta complexidade, os quais contribuem para a redução da morbimortalidade materna e infantil.

1.3.4.4 REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Conforme definição do Ministério da Saúde, Redes de Atenção à Saúde consistem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A Portaria Ministerial nº 1600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência /emergência. Buscar melhorar a articulação e a comunicação entre as centrais de regulação do SAMU 192, as Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's 24h), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as unidades hospitalares, tornando o atendimento ainda mais rápido e eficaz, reduzindo mortes ou sequelas ao paciente.

O objetivo geral da organização da Rede de Atenção às Urgências nas regiões de saúde do estado Acre é articular e integrar todos os equipamentos e serviços de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situações de urgência/emergência, de forma ágil e oportuna; priorizar as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica na rede de urgências do Estado e instituir o acolhimento com Classificação de Risco – ACCR como base do processo do cuidado e dos fluxos de acesso à rede de urgências.

São Princípios da Rede de Atenção às Urgências das Regiões de saúde do Acre:

Hierarquização do acesso na busca da Integralidade: o cuidado à saúde deve ser garantido nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, articulando ações individuais e/ou coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde, através de uma rede hierarquizada e regionalizada.

Universalização do acesso com Resolutividade: deve ser garantido, pelos diferentes níveis de gestão e atenção, o acesso aos cuidados de saúde, independente de raça/cor credo, ideologia política, orientação sexual, condição social ou de saúde em uma rede de serviços com capacidade de dar uma solução aos problemas do usuário.

Humanização e qualidade: Segundo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2010; BRASIL, 2006), entende-se por humanização um modo de fazer que amplie vínculos de solidariedade, valorizando os diferentes sujeitos no processo de produção de saúde – usuários, gestores e profissionais e corresponsabilizando - os em processos de participação coletiva de gestão. A qualidade e a humanização implicam em estabelecimento

de relações e vínculos, em garantia dos direitos humanos e deve englobar dimensões psicológicas, sexuais, biológicas e sociais.

Diretrizes

Em consonância com a Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, as Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências são:

1. Ampliação do acesso para o atendimento de urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e das relacionadas as causas externas;
2. Organização da rede de forma a favorecer o menor tempo-resposta, com atenção especial aos vazios assistenciais;
3. Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em todos os pontos de atenção;
4. Regionalização da atenção às urgências, com articulação das diversas redes de atenção;
5. Regulação informatizada e conectividade entre todos os pontos de atenção;
6. Atendimento a catástrofes e acidentes com múltiplas vítimas baseado em Planos de riscos regionais;
7. Observação do princípio de escala;
8. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho.

Componentes

Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde

Tem por objetivo estimular e fomentar todos os municípios das regiões de saúde desenvolverem ações de saúde e educação permanente, voltadas para a vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica; prevenir as violências e acidentes, lesões e mortes no trânsito e as doenças crônicas não transmissíveis, mediante ações intersetoriais de participação e mobilização da sociedade.

Atenção Básica

Tem por objetivos ampliar o atendimento às urgências de baixa complexidade em todas as Unidades Básicas de Saúde, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades; fomentar o fortalecimento do vínculo e a responsabilização com o usuário;

adequar a ambiência das unidades para o atendimento qualificado, através da implantação de Salas de Observações nas Unidades de Referência da Atenção Primária- URAP's, considerando o tempo de acesso até a referência mais próxima e qualificar os profissionais de saúde para o manejo de urgências clínicas e pediátricas.

SAMU 192

Componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, dentre outras) que possa levar ao sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acionados por uma Central de Regulação Médica das Urgências através do número 192.

É composto por:

- Central de Regulação Médica das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (Médicos, Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica – TARM - e Rádio operadores - RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência (por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência), ficando também responsável por ordenar o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção;
- Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 02 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
- Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 03 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
- Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
- Motolâncias: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolâncias;
- Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por um condutor de urgência um médico e um enfermeiro.

Sala de Estabilização

Estrutura que tem por objetivo compor a rede regional de urgências, prestando assistência temporária e qualificada para a estabilização de pacientes em estado crítico para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas) e o conjunto de serviços de Urgência não hospitalares.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas) é a estrutura de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares que deve ser implantada em municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes. Tem como atribuição prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Componente Hospitalar

Tem como objetivo organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade; garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; ofertar procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências em articulação com os demais pontos de atenção.

A reorganização do componente hospitalar se dará através da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, dos leitos clínicos de retaguarda, dos leitos de cuidados prolongados e dos leitos de cuidados intensivos adultos, pediátricos e neonatal, no escopo da Portaria MS/GM nº. 2395/2011, onde são estabelecidos incentivos financeiros para adequação de ambiência, melhoria da densidade tecnológica e custeio mensal para ações assistenciais.

Linhas de Cuidado Prioritárias

São consideradas como prioritárias para a Rede de Atenção às Urgências da Região de saúde do Baixo Acre, as Linhas de Cuidado Cardiovascular, Cerebrovascular e Traumatológica.

Atenção Domiciliar

Conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às

redes de atenção à saúde.

A Atenção Domiciliar será organizada em três modalidades:

- I - Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1);**
- II - Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2);**
- III - Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).**

Indicadores de Atenção

Ao considerarmos a população total da rede municipal, temos 100% da população coberta por ESF.

A situação de saúde da população acreana, apresenta desafios a serem superados pelos diferentes pontos de atenção do sistema.

Muitos usuários, valendo-se do fato de que não se pode negar atendimento em situações de urgência, usam inadequadamente a Rede de Atenção às Urgências buscando um atalho para satisfazer rapidamente alguma demanda não urgente, aumentando as filas nos serviços de Pronto Atendimento.

Os problemas enfrentados nos municípios, com referência a Atenção Primária, não diferem dos problemas da maior parte dos municípios do Brasil.

Capacidade Instalada

SAMU 192

Em agosto de 2004, o Estado do Acre, foi contemplado com o componente pré-hospitalar Móvel SAMU 192, habilitado através da Portaria GM/MS n.º 373, de 04 de julho de 2005.

Instalado uma Central de Regulação de Urgência na Região de Saúde do Baixo Acre, outra central na região de saúde do Juruá, com os equipamentos habilitados (Unidade de Suporte Básico – USB, Unidade de Suporte Avançado – USA, Motolâncias e Aeronave conveniada com a Secretaria de Segurança Pública.).

Em cada município foi instalado o dígito 192 nas suas bases descentralizadas e uma linha direta em conectividade com as duas Centrais de Regulação.

Quadro 62 - Equipamentos SAMU 192 – Acre - 2016.

MUNICIPIOS	EQUIPAMENTOS					
	Central de Regulação e Urgencia	Unidade de Suporte Básico	Unidade de Suporte Avançado	Equipe Aéreo medico	MOTO	
Rio Branco	01	06	02	01	01	02 Falta habilitar
Sena Madureira	-	01	-		-	
Plácido de castro	-	01	-		-	
Acrelândia	-	01	-		-	
Senador Guiomard	-	01	-		-	
Porto Acre	-	01	-		-	
Bujari	-	01	-		-	
Capixaba	-	01	-		-	
Santa Rosa do Purus	-	-	-		Cobert/ aéreo	
Manoel Urbano	-	01	-		-	
Jordão	-	-	-		Cobert/ aéreo	
Brasiléia		01				01 Falta habilitar
Xapuri		01				01 Falta habilitar
Assis Brasil		01				01 Falta habilitar
Epitaciolândia		01				01 Falta habilitar
Cruzeiro do Sul	01	01	01		01	
Rodrigues Alves		01				
Mâncio Lima		01				
Marechal Thaumaturgo					Aéreo	
Porto Walter					Aéreo	
Feijó		01				
Tarauacá		01				

Fonte: SAMU/SESACRE, 2016

Salas de Estabilização

O Estado não dispõe de nenhuma Sala de Estabilização - SE. A escolha das SE obedece a critérios por parâmetros populacionais, notadamente aqueles com menos de 50 mil habitantes e sem equipamentos de Urgência/Emergência (UPA, unidade 24 horas SAMU) e nenhum

hospital que possa dar suporte.

Assim, foram definidas as instalações das SE para os municípios de Santa Rosa do Purus, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter e Jordão. Nos critérios de implantação do Manual Instrutivo da SE/novembro 2012, o Município de Porto Walter, não atingiu a pontuação exigida. Entretanto, foi discutido no Grupo Condutor de Urgência os critérios de excepcionalidade para atingirmos a pontuação necessária.

UPA 24 horas e o Conjunto de Serviços de Pronto Atendimento

O Estado tem uma **UPA porte III** habilitada/qualificada, instalada no município de Rio Branco e 05(cinco) UPA's aprovadas pela Comissão Intergestora Bipartite a serem construídas no período 2013 – 2014. Sendo uma, de um convênio com a Caixa Econômica Federal, **Porte II**, a ser construída no Município de Rio Branco, uma, **Porte II**, para Cruzeiro do Sul, 02(duas) **Porte I** para Rio Branco e uma **Porte I** para Epitaciolândia.

Componente Hospitalar

A Lei ° 1.912, de 31 de julho de 2007, que dispõe sobre a Gestão Democrática do Sistema Público de Saúde, aprovou a Classificação das Unidades Hospitalares do Estado do Acre, com os respectivos critérios para cada unidade.

Nesta perspectiva as unidades hospitalares estão classificadas e tipificadas nas seguintes categorias:

- Hospitais de Referência Estadual;
- Hospitais de Referência Regional;
- Hospitais Locais.

No Estado, existe a predominância de hospitais com menos de 50(cinquenta) leitos, que prestam atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES, há 18 (dezoito) Unidades Hospitalares, cuja distribuição por município está demonstrada no Quadro 62. Essas unidades encontram-se sob a gestão e gerência estadual, compondo a rede própria da Secretaria de Estado de Saúde.

Quadro 63 – Unidades Hospitalares com Porta de Urgência - Regiões de Saúde – Acre – 2016.

REGIÕES	MUNICÍPIO	HOSPITAL LOCAL	CNES	HOSPITAL DE REFERÊNCIA REGIONAL	CNES	HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL	CNES
REGIÃO DO BAIXO ACRE E PURUS	Rio Branco	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco (Emergências Traumáticas ortopédicas neurocirurgia cardiovascular e pediatria)	2001578	Hospital geral de Clínicas de Rio Branco (Emergências Traumáticas ortopédicas neurocirurgia cardiovascular e pediatria)	2001578	Hospital geral de Clínicas de Rio Branco (Emergências Traumáticas ortopédicas neurocirurgia cardiovascular e pediatria)	2001578
		Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora (Urgências obstétricas e ginecológicas)	Nº LEITOS 140	Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora (Urgências obstétricas e ginecológicas)	Nº LEITOS 140	Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora (Urgências obstétricas e ginecológicas)	Nº LEITOS 140
		Hospital de Saúde Mental – HOSMAC	2000733	Hospital de Saúde Mental – HOSMAC	2000733	Hospital de Saúde Mental – HOSMAC	2000733

REGIÕES	MUNICÍPIO	HOSPITAL LOCAL	CNES	HOSPITAL DE REFERÊNCIA REGIONAL	CNES	HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL	CNES				
REGIÃO DO BAIXO ACRE E PURUS	Plácido de Castro	Hospital Manoel Marinho Monte	2000997								
			Nº LEITOS 27								
	Unidade Mista Vila Campinas (Ana Nery)		2000822								
			Nº LEITOS 20								
	Senador Guiomard	Hospital Geral Ari Rodrigues	2000725								
	Sena Madureira	Hospital Geral João Câncio Fernandes	Nº LEITOS 31								
	Santa Rosa do Purus	Unidade Mista Santa Rosa do Purus	2000865								
			Nº LEITOS 54								
	Manoel Urbano	Unidade Mista Manoel Urbano	5858208								
			Nº LEITOS 14								
			2000970								
			Nº LEITOS 23								

REGIÕES	MUNICÍPIO	HOSPITAL LOCAL	CNES	HOSPITAL DE REFERÊNCIA REGIONAL	CNES	HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL	CNES
REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO ACRE	Brasiléia			Hospital de Brasiléia Raimundo CHAAR	2001500		2001500
	Xapuri	Hospital Epaminondas Jacome	2000393		Nº LEITOS 41		Nº LEITOS 41
	Assis Brasil	Unidade Mista	2001020				

REGIÕES	MUNICÍPIO	HOSPITAL LOCAL	CNES	HOSPITAL DE REFERÊNCIA REGIONAL	CNES	HOSPITAL DE REFERÊNCIA ESTADUAL	CNES
REGIÃO DE SAÚDE DO JURUÁ, TARAUACÁ /ENVIRA	Cruzeiro do Sul			Hospital Regional do Juruá	5336171 Nº LEITOS 100		
				Hospital da Mulher e da Criança	2000296 Nº LEITOS 55		
	Mâncio Lima	Hospital Abel Pinheiro Maciel Filho	2000083 Nº LEITOS 14				
	Rodrigues Alves	Unidade Mista Rodrigues Alves	2000024 Nº LEITOS 15				
	Taraúacá	Hospital Geral sansão Gomes	2000121 Nº LEITOS 42				
	Feijó	Hospital geral de Feijó	2000636 Nº LEITOS 38				
	Porto Walter	Unidade Mista Porto Walter	5661714 Nº LEITOS 06				
	Marechal Thaumaturgo	Unidade Mista Marechal Thaumaturgo	2001594 Nº LEITOS 14				

Fonte: SAMU/SESACRE, 2016.

Desenho da Rede de Atenção às Urgências

Estrutura Operacional da Rede de Atenção às Urgências

A porta de entrada do usuário ao sistema de saúde dá-se na maioria das vezes pelos serviços de urgência, atenção secundária, não sendo garantida a integralidade da atenção por não existirem fluxos organizados e pactuados de contra referência para os serviços de apoio diagnóstico e para a atenção primária.

A Atenção Terciária, principalmente a atenção hospitalar, são de referência estadual e não apenas regional, já que existe forte concentração da oferta no município de Rio Branco sendo necessário, assim, garantir o acesso da população das demais regiões de saúde.

Sistema logístico

Cartão de Identificação do Usuário

Os municípios utilizam o Cartão Nacional de Saúde como instrumento para identificação e cadastramento dos usuários do Sistema Único de Saúde, embora apresentem sérias dificuldades no que diz respeito ao acesso à internet.

Regulação do Rede de Atenção à Saúde

O Estado está em fase de implantação para habilitação do complexo regulador e centrais do Complexo Regulador. Encontra-se em funcionamento as Centrais de Regulação de Urgência/Emergência desde 2004, a Central de Regulação Estadual de Alta Complexidade – CRAC. A Central de Regulação de Leitos, desde 2012 ainda se encontra em fase implementação em todo estado e vem funcionando em um espaço anexo a Central de Urgência/Emergência. A central de consultas e exames ambulatoriais, está sendo implementada, no âmbito do estado, sendo que o município de Rio Branco já regula sua própria demanda com agendamento de consultas das especialidades médicas referenciadas pelas UBS.

Opera-se as Centrais de Regulação operacionalizadas pelo Sistema de Regulação - SISREG III, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. O complexo Regulador está implantado em Rio Branco, capital do estado .A SESACRE tem como proposta a implantação de centrais de regulação nas regiões de saúde no intuito de que estas, passem a gerenciar suas centrais de

Consultas/exames e leitos, demandados pelas principais portas de entrada do sistema e Núcleos de Regulação interna da rede de saúde.

Transporte Sanitário

Muitos dos municípios não dispõem de ambulâncias para o transporte inter hospitalar/sanitário de usuários. Estes veículos que deveriam estar à disposição da população para a remoção de usuários que necessitem realizar procedimentos diagnósticos, ou para atendimentos de urgência nas situações de baixa complexidade, pela sua inexistência, acabam causando grandes conflitos com o SAMU 192, que tem sua função definida sendo o responsável apenas pelas transferências das situações de urgência secundária, conforme estabelecido pela Portaria MS/GM Nº. 2048/MS.

Apenas a Região de Saúde do Juruá, Tarauacá/Envira e o município de Plácido de Castro ainda não dispõem transporte terrestre somente aéreo, os municípios que compõem a Região de Saúde do Baixo Acre e Purus dispõem de ônibus alugados para realização do transporte intermunicipal para demandas eletivas.

O transporte inter-hospitalar de pacientes críticos obedece à proposta da Política Estadual de Regulação das Urgências. São realizados pelas USA's do SAMU 192. Todo transporte de paciente critico seja aéreo ou terrestre é regulado pela Central de Urgência e Emergência e os serviços de aero medico são acionados. O SAMU disponibiliza equipe para o helicóptero de resgate.

Em situações específicas, nas solicitações de Urgências/Emergências para um resgate nas localidades de difícil acesso (aldeias indígenas), o resgate é realizado pelo helicóptero da Secretaria de Estado de Segurança Pública, com a equipe cedida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Sistema de governança

Desenho Institucional

A Rede de Atenção às Urgências é constituída por diferentes entes institucionais - Município, Estado e União, que articulam como gestores, organizações públicas, privadas lucrativas e não lucrativas. No sentido de operacionalizar os processos de formulação e decisão estratégica que organizam e coordenam a interação entre seus atores, as regras (pactos) e os valores e princípios, de forma a gerar um excedente cooperativo, a aumentar a interdependência

e a obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita.

Sistema de financiamento

O financiamento do Sistema Único de Saúde é tripartite, sendo da União o maior aporte de recursos. Entretanto, cada vez mais, o Estado e Municípios demonstram no Sistema de Informação de orçamentos públicos – SIOPS, alegam estar contribuindo com mais dos que os 12% e 15% dos seus orçamentos, respectivamente, conforme o estabelecimento mínimo definido na Lei 141/2011, para financiar suas ações.

Regulação

A Regulação tem o objetivo de prover as ações e serviços de saúde de forma mais eficiente e efetiva, disponibilizando serviços com custos adequados e tempo oportuno. Estas ações reforçam e qualificam as funções de gestão, otimizando os recursos de custeio da assistência; qualificam o acesso e consequentemente, proporcionam aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde. A Política Nacional de Regulação instituída pela Portaria GM/MS Nº 1.559/2008 orienta que as ações de regulação assistencial devem ser estruturadas por meio de Complexos Reguladores, estes com uma ou mais centrais de regulação, que por sua vez, desenvolvem ações específicas como a regulação das urgências, das consultas especializadas, de exames e de leitos.

O Estado do Acre está em fase de estruturação do Complexo Regulador. Conta com a Regulação das Urgências/Emergências, Regulação de Alta Complexidade, das Centrais de leitos e está sendo implementada a Regulação das Consultas e Exames.

Monitoramento e Avaliação

A Portaria MS/GM nº 1600/2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece como uma das diretrizes da Rede de Atenção às Urgências o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção. Estabelece, ainda, como uma das atribuições do **Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências** o monitoramento e avaliação

do processo de implantação/implementação da rede, processo que deverá ter como documentos orientadores os Planos de Ação Regionais e os Planos de Ação Municipais.

Quadro 64 – Grade de Referência das Urgências – Acre - 2016

ESPECIALIDADE	REFERÊNCIA PRIMÁRIA	REFERÊNCIA SECUNDÁRIA	REFERÊNCIA TERCIÁRIA
Urgências Trauma/ ortopedia	UPA 24H	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco FUNDHACRE
Urgências Cirúrgicas	Hospital Local dos Municípios	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco Hospital Regional do Juruá	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco Hospital Regional do Juruá
Urgências Cardiovasculares	Hospitais Locais, UPA 24h URAP	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco Hospital Regional do Juruá	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco FUNDHACRE
Urgências Clínicas	Hospitais Locais, UPA 24h URAP	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco Hospital Regional do Juruá	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco FUNDHACRE
Urgências Pediátricas	Hospitais Locais nos Municípios, UPA 24h URAP	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco Hospital Regional do Juruá	Hospital Infantil Iolanda Costa e Silva
Urgências Oftalmológicas	Hospital Local nos Municípios, UPA 24h	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco Hospital Regional do Juruá	FUNDHACRE
Urgências Neonatologia	Hospital Local nos Municípios, UBS, UPA 24h, URAP's	Maternidade Barbara Heliodora, Maternidade Regional do Juruá	Maternidade Barbara Heliodora, Maternidade Regional do Juruá
Urgências Psiquiátricas	Hospital Local nos Municípios, CAPS de Cruzeiro do Sul e Rio Branco.	Hospital de Saúde Mental de Rio Branco	Hospital de Saúde Mental de Rio Branco
Urgências Obstétricas	Maternidade Local nos Municípios	Maternidade e Clínica de Mulheres Bárbara Heliodora Maternidade Santa Juliana Maternidade Regional do Juruá	Maternidade e Clinica de Mulheres Bárbara Heliodora
Urgências Otorrinolaringologia	Hospital Local nos Municípios, UBS, UPA 24h, URAP's	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco Hospital Regional do Juruá	FUNDHACRE Hospital Regional do Juruá
Queimados	UPA 24h	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco	Hospital Geral de Clínicas de R.B.

Fonte: SAMU/SESACRE, 2016

Leitos Clínicos

Considerando os leitos clínicos cadastrados no CNES, existem 425 (quatrocentos e vinte e cinco) leitos SUS, distribuídos em unidades hospitalares localizadas nos municípios que a compõem. Este número caracteriza um déficit de 40 (quarenta) leitos

Leitos de Terapia Intensiva

Quanto aos leitos de Terapia Intensiva de adultos, existem apenas 22 leitos SUS distribuídos nos municípios de Rio Branco e Cruzeiro do Sul, o que caracteriza um déficit de 65 leitos.

Unidades de Alta Complexidade

O Estado conta com unidades que realizam atendimento de Alta Complexidade nas três Linhas de Cuidado prioritárias conforme demonstrado no quadro 65, para a Rede de Atenção às Urgências, situação de suma importância para a garantia de integralidade das situações de urgência.

Quadro 65 - Unidades Especializadas nas Linhas de Cuidado – Acre - 2016

REGIÃO/MUNICÍPIO	LINHAS DE CUIDADO		
	Cardiovascular	Cerebrovascular	Traumatológica.
Rio Branco	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco	Fundação Hospitalar Estadual do Acre	Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco

Fonte: SAMU/SESACRE, 2016

Atenção Domiciliar

O município de Rio Branco foi contemplado com 02 (duas) equipes multidisciplinares de Atenção Domiciliar. Uma sob gestão da SESACRE, vinculada ao Hospital geral de Clínicas de Rio Branco – HGCRB, habilitada pela Portaria Nº 2.501, de 1º de Novembro de 2012 e a outra sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde vinculada a Unidade de Referência da Atenção Primária – URAP.

1.3.4.5 REDE DE CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIENCIA

Com o intuito de ofertar um modelo de atenção voltado para o trabalho em rede a fim de extirpar o modelo fragmentado de cuidado, ainda imperante na maior parte dos Estados e do Acre, o Governo do Acre aderiu à proposta do Ministério da Saúde para a implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, entendendo que o cuidado não ocorre se não se considerarem as necessidades de atender e entender o indivíduo em todo o seu contexto de vida, analisando os determinantes e condicionantes da sua saúde e doença e valorizando isso através de ações que identifiquem precocemente as incapacidades e se inicie o mais rápido o processo de reabilitação, oferecendo uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua, e ampliando e diversificando os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências.

O estado possui desde o ano de 2012, habilitação em 01 Centro Especializado em Reabilitação - CER II (modalidade Auditiva e Física), em se tratando da rede de atenção à saúde para as pessoas com perda auditiva adquirida por atividades laborais, acidentes, histórico genético, processo de envelhecimento, dentre outros, a assistência especializada é prestada por equipe multiprofissional (Otorrinolaringologista, Neurologista, Fonoaudiólogo, Assistente social, Psicólogo, Terapeuta ocupacional, entre outros) realiza triagem (Teste de Emissão Otoacústicas Evocadas – EOA), diagnóstico (Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico Automático – PEATE), exames (Audiometria tonal, vocal e imitância acústica) além da reabilitação e concessão de órteses e próteses (Aparelho de Amplificação Sonora - AASI).

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE vem acompanhando as crianças de 0 a 03 anos, acometidas pela microcefalia e outras patologias, por meio da intervenção clínico-terapêutica (Estimulação Precoce).

A Rede de cuidado a pessoa com deficiência e a interface com outras Redes:

Rede Cegonha:

- ✓ Detecção precoce de disfunções e malformações fetais;
- ✓ Acompanhamento multiprofissional de gestantes com deficiência;
- ✓ Atenção qualificada ao pré-natal;
- ✓ Implantação da Triagem Auditiva Neonatal nas maternidades;

- ✓ Atenção qualificada ao parto e ao nascimento com vistas à redução da incidência de paralisia cerebral.

Rede Atenção Psicossocial:

- ✓ Interface no cuidado às pessoas com Deficiência Intelectual e Transtornos do espectro autista;

Acompanhamento conjunto dos diversos pontos de atenção de ambas as redes de pessoas com deficiência que também apresentem algum tipo de transtorno mental.

FUMBESA Estrutura Organizacional

Ações	Recursos Humanos	Fluxo de acesso
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fisioterapia Ortopédica, Reumatologia e Neurológica (Adulto); ❖ Redução Postural Global. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fisioterapeutas; ❖ Terapeuta Ocupacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pacientes com encaminhamento do: Hospital das Clínicas, UBS, UPAs, HUERB e Municípios do Estado do Acre.

Dom Bosco Estrutura Organizacional

Ações	Recursos Humanos	Fluxo de acesso
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reabilitação Ortopédica e Neuromotora em geral. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fisioterapeutas; ❖ Fonoaudiólogos; ❖ Terapeutas Ocupacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Através de encaminhamento: HC, URAPs, UBS e Hospital das Clínicas HC.

Oficina Ortopédica Estrutura Organizacional

Ações	Recursos Humanos	Fluxo de acesso
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Confecções de Próteses, Órteses e palmilhas ortopédicas, adaptação de meios auxiliares de locomoção como: cadeira de rodas, de banho, muletas e andadores; ❖ Atendimento com Médico Ortopedista, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ortopedista; ❖ Fisioterapeuta; ❖ Fisioterapeuta Ocupacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pacientes são encaminhados pela Atenção Básica e clínicas particulares.

1.3.4.6 COMPLEXO REGULADOR

A Política de Regulação da Atenção à Saúde, para criar as condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde, deve enfrentar a questão da demanda real e da demanda artificial considerando a oferta potencial e a oferta existente. Em síntese, deve regular de maneira efetiva a oferta de serviços de saúde e a demanda por estes.

As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

- Regulação de Sistemas de Saúde;
- Regulação da Atenção à Saúde;
- Regulação do Acesso à Assistência.

A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

- Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;
- O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

Objetivos do complexo regulador

- Organizar, controlar e gerenciar a priorização do acesso e dos fluxos assistências no âmbito do Sistema de Saúde Público do Acre;
- Fazer gestão compartilhada da ocupação de leitos e agenda das unidades de saúde;
- Absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos assistenciais;
- Efetivar o controle dos limites financeiros dos gastos com Tratamento Fora do Domicílio;
- Estabelecer e executar critérios de classificação de risco e demais critérios de priorização para o atendimento de exames, consultas e procedimentos especializados no

âmbito estadual;

- Executar e padronizar a regulação médica do processo assistencial para a realização de exames, consultas e procedimentos que necessitem de tratamento fora de domicílio;
- Estabelecer referências entre as unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

Estrutura do complexo regulador assistencial estadual

O Sistema Estadual do Complexo Regulador encontrava-se subordinado ao Departamento de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Adjunta de Planejamento e Gestão da SESACRE conforme o DECRETO N° 6.375 DE 13 DE SETEMBRO DE 2013, que estabelece a Estrutura Organizacional da SESACRE.

Em 2015, após algumas reuniões da atual equipe à frente da SESACRE, foi necessária que a Divisão do Complexo Regulador fosse transferida para a Diretoria de Atenção à Saúde, ligada a Secretaria Adjunta de Atenção à Saúde da SESACRE. Atualmente, apresenta a seguinte estrutura funcional:

No início de 2016, conforme estabeleceu a Portaria N° 130 de 05 de fevereiro de 2016, a Divisão do Complexo Regulador tornou-se Complexo Regulador Assistencial com autonomia administrativa para realizar a missão de organizar as três dimensões de atuação política de regulação, sendo: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação de Atenção à Saúde e Regulação de Acesso à Assistência, com a seguinte estrutura:

Demandas e atendimentos realizados pelo Complexo Regulador Assistencial

Quadro 66 - Demandas Média Complexidade – Acre-2013 até 22/01/2016.

ESPECIALIDADES	NÚMERO DE PEDIDOS DE TFD	AGENDADOS	NÃO AGENDADOS
OFTALMOLOGIA	558	128	430
ORTOPEDIA	515	333	182
ONCOLOGIA	736	575	161
OTORRINOLARINGOLOGIA	268	110	158
NEUROLOGIA	401	283	118
CIRURGIA PLÁSTICA	105	40	65
NEFROLOGIA	88	23	65
INFECTOLOGIA	220	156	64
CIRURGIA TORÁCICA	91	44	47

CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO	44	00	44
CIRURGIA BUZO-MAXILO	128	85	43
CARDIOLOGIA	162	122	40
CIRURGIA PEDIATRA	173	135	38
UROLOGIA	153	119	34
DEMARTOLOGIA	51	19	32
GASTROENTEROLOGIA	55	26	29
ENDOCRINOLOGISTA	75	54	21
HEMATOLOGIA	64	48	16
PROCTOLOGIA	24	08	16
PNEUMONOLOGIA	52	42	10
GINECOLOGIA	14	05	09
GENÉTICA	34	26	08
CIRURGIA VASCULAR	17	10	07
REUMATOLOGIA	26	20	06
MASTOLOGIA	14	09	05
PSQUIATRIA	08	03	05
CIRURGIA GERAL	11	06	05
ALERGISTA	05	04	01
TOTAL	4092	2477	1615

Fonte: Complexo Regulador/SESACRE, 2016.

Estimativa dos Principais Diagnósticos 2013 a Jan/2016

Quadro 67 – Média Complexidade. Especialidade: Oftalmologia- Acre- 2013 a Jan/2016

DIAGNÓSTICOS	QUANTIDADE
RETINOPATIA DIABÉTICA	115
DESCOLAMENTO DE RETINA	99
BAIXA ACUIDADE VISUAL	36
CERACOTONE	28
CEGUEIRA	12
CATARATA	08
DEGENERAÇÃO MACULAR	08
DISTROPIA MACULAR / RETINIANA	08
TRANSPLANTE DE CORNEA	07
DACRIOCISTITE CRÔNICA	06
ATROFIA	04
ALTERAÇÃO MACULAR	03
ALTERAÇÃO DE RETINA	01
AVALIAÇÃO PÓS-CIRURGIA	01
OUTROS	192
TOTAL	558

Fonte: Complexo Regulador/SESACRE, 2016.

Quadro 68 - Média Complexidade. Especialidade: Ortopedia- Acre- 2013 a Jan/2016

DIAGNÓSTICOS	QUANTIDADE
LESÕES EM GERAL	58
FRATURAS	37
ESCOLIOSES	24
ARTROSE	15
PARALISIAS	15
ARTROPLASTIAS	13
MIELOMENINGOCELE	13
TUMORES	13
AMPUTAÇÃO	11
ARTROGRIPOSE	07
DISPLASIAS	07
COXATROSE	06
LUXAÇÃO	06
TETRAPLEGIA	06
DISTROFIAS	03
ESTENOSES	03
OUTROS	278
TOTAL	515

Fonte: Complexo Regulador/SESACRE, 2016.

Quadro 69 - Média Complexidade. Especialidade: Oncologia - Acre- 2013 a Jan/2016

DIAGNÓSTICOS	QUANTIDADE
NEOPLASIAS DE COLO UTERINO / ENDOMETRIO	117
NEOPLASIAS DE MAMA	98
NEOPLASIAS DE TIREÓIDE	53
NEOPLASIAS DE PROSTATA	39
NEOPLASIAS DE PULMÃO	29
NEOPLASIAS DE RETO	28
NEOPLASIAS DE FARINGE / LARINGE	26
LEUCEMIAS	17
LINFOMAS	15
ADENOCARCINOMAS	14
OUTROS	300
TOTAL	736

Fonte: Complexo Regulador/SESACRE, 2016.

Quadro 70 – Média Complexidade. Especialidade: Otorrinolaringologia- Acre - 2013 a Jan/2016

DIAGNÓSTICOS	QUANTIDADE
POLIPOSES	38
PERDA AUDITIVA	22
OTITES	20
SURDEZ	19
SINUSITES	18
CISTOS EM GERAL	14
PAPILOMATOSE	08
DESVIOS DE SEPTO	06
TUMORES EM GERAL	05
OUTROS	118
TOTAL	268

Fonte: Complexo Regulador/SESACRE, 2016.

Desafios:

- Organização dos processos internos;
- Criação do Call Center (0800);
- Criação do Sistema de Informação do Complexo Regulador;
- Implementação de protocolos clínicos e normatização dos pedidos de TFD e Acompanhantes;
- Realizar articulações com instituições parceiras (FUNDHACRE, SASMC, entre outros) a fim de reduzir os pedidos de TFD, buscando resolutividade na Rede de Assistência Estadual;
- Realizar a Pactuação Interestadual, principalmente com os Estados de Goiás e São Paulo;
- Participar juntamente com médicos especialistas do quadro da SESACRE a fim de encontrar meios para o atendimento dos casos indicados para TFD que estão reprimidos no Complexo Regulador (falta de material, equipamentos, entre outros);
- Reduzir gastos com passagens aéreas e fretamento de aeronaves;
- Implantar as Centrais de Regulação nas Regionais do Alto Acre e Juruá;
- Reduzir o número de demandas judiciais.

1.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar

determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Atribuições:

- Coordenar as ações do Sistema Único de Saúde com base nos dados epidemiológicos;
- Realizar análises da situação de saúde e o monitoramento de indicadores sanitários do país, possibilitando o aperfeiçoamento do processo de escolha de prioridades e definição de políticas, bem como a avaliação dos resultados dos programas de saúde;
- Atuar, ainda, na construção de parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

1.4.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Lei 8.080/90).

Atribuições

- Identificar e monitorar a vulnerabilidade da coletividade aos agravos de saúde;
- Descrever a ocorrência dos agravos de saúde de maior relevância para a população habitante da área geográfica estudada;
- Detectar surtos/epidemias;
- Estimar a magnitude da morbidade e da mortalidade causada pelos agravos de saúde de maior relevância;
- Recomendar e executar as medidas para prevenir e controlar a ocorrência de agravos de saúde;
- Avaliar o impacto das medidas de intervenção;

- Definir se o caso é suspeito ou confirmado, através de critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológico;
- Caracterizar os casos segundo pessoa, tempo e local;
- Identificar a fonte de contaminação e os grupos suscetíveis;
- Configurar a existência de endemia, epidemia ou surto;
- Planejar e implementar medidas de prevenção, controle e tratamento da doença.

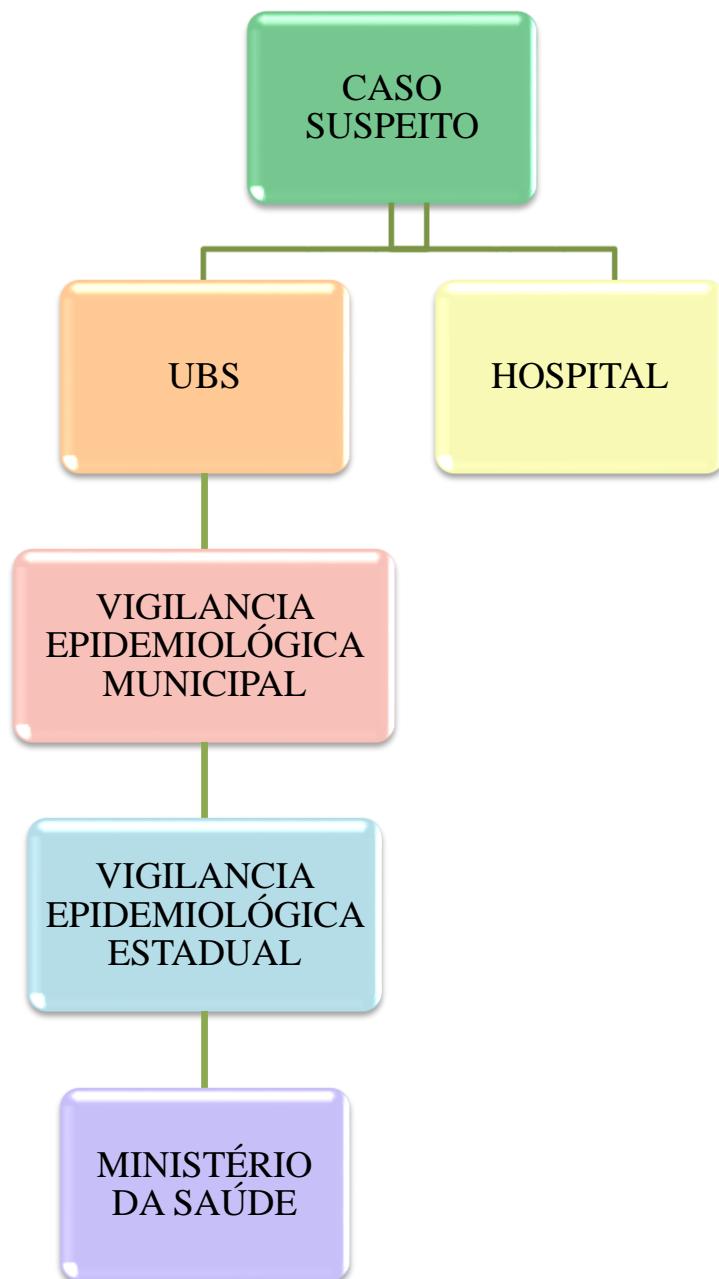
Entende-se que a detecção precoce de eventos de maior importância para saúde pública resulta no aumento da sensibilidade do sistema de vigilância epidemiológica, para que este possa de modo constante, atuar oportunamente adotando medidas individuais e coletivas de prevenção e controle de doenças que se fizerem necessárias.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica baseia-se no controle de doenças e agravos que compõe em lista de doenças de notificação compulsória constantes na Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014.

OBJETIVOS:

- Planejar, elaborar, recomendar e avaliar as medidas de controle.

Fluxo de Notificação – Doenças de Notificação Compulsória



Fonte: DVS/SESACRE – 2016.

Organização do serviço de epidemiologia na rede de assistência

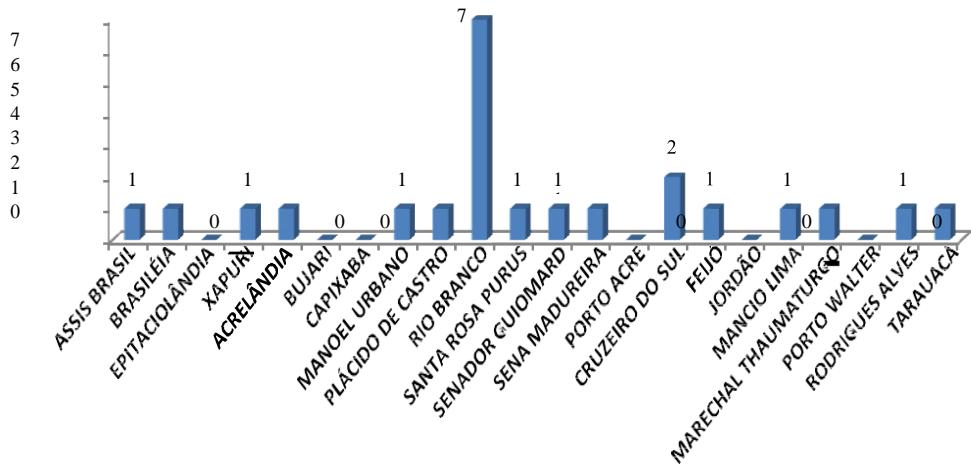
A Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010, do Ministério da Saúde, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

A Portaria nº 688 de 02 de outubro de 2012, da Secretaria de Estado de Saúde, institui os Núcleos de Vigilância Epidemiológica no Âmbito Hospitalar/NUVEH e os subordinam a Divisão de Vigilância Epidemiológica Estadual. Define as competências do Estado, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência estadual e o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

As unidades hospitalares do Estado, a saber, hospitais e unidades mistas, a partir da publicação da Portaria nº 688, através da Direção Geral, assumiram termo de compromisso para tornar-se unidade referencial junto a Coordenação Estadual do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Coordenação Estadual de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar. Para efeito, se comprometeram a assumir as condições mínimas de espaço físico e estrutura para implantação e funcionamento do serviço de vigilância.

Na atualidade dos 22 (vinte e dois) municípios do Estado, apenas 4 (quatro) não tem núcleo instalado devido a inexistência de unidade hospitalar. E ainda há 2 (dois) municípios que tem unidades, mas não há resposta positiva quanto à implantação e funcionamento dos núcleos, ficando assim, 16 municípios com núcleos de vigilância, distribuídos conforme o gráfico abaixo.

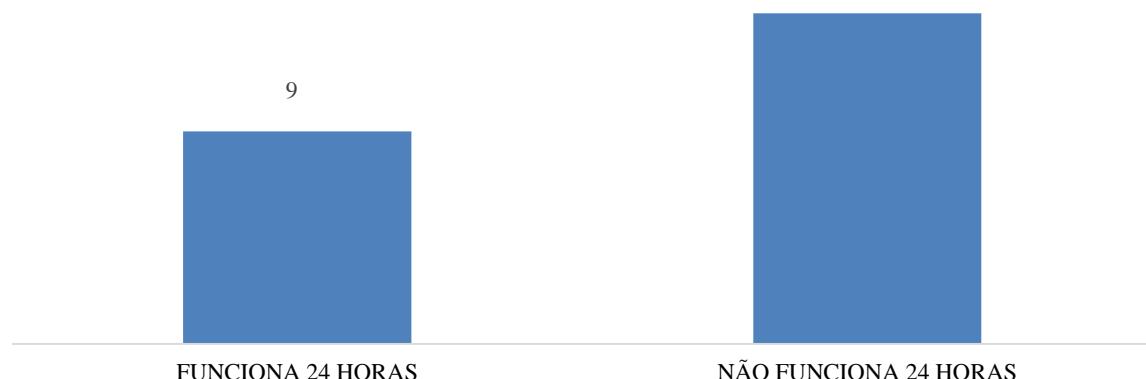
Gráfico 56- Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - Município - Acre – 2015



Os núcleos de vigilância epidemiológica são coordenados por um profissional de nível superior e é formado por uma equipe mínima de servidores de nível médio, com horários de funcionamento ininterrupto de 24 horas, ou apenas horário comercial, conforme demanda do serviço de atendimento oferecido pela unidade.

Gráfico 57 - Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar com Funcionamento 24 horas – Acre – 2016

14



Fonte: Coordenação NUVEH/DVE/SESACRE

A Portaria nº 1.271, de 6 de junho 2014, do Ministério da Saúde, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

Quanto ao fluxo de envio de dados de notificação, faz-se através de e-mail, das unidades para Coordenação Estadual, com regularidade diária, semanal ou mensal, de acordo com a disponibilidade de equipe de trabalho ou recursos (internet). No entanto, os dados

dizem respeito às notificações realizadas por cada unidade, e tem divergência entre as notificações constantes no SINAN, haja vista que há agravos que são notificados e não são inseridos em sistema de informação do Estado e Ministério da Saúde. As notificações nas unidades são realizadas de duas formas básicas: atendimento ambulatorial e busca ativa nos locais de internação, observação, UTI's e outros.

Os dados de notificação são avaliados a cada três meses e produzido boletim epidemiológico a fim de divulgar entre as áreas técnicas para ciência e providências. A Coordenação Estadual de Epidemiologia funciona em proximidade com o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – CIEVS.

1.4.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

Conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a agravos à saúde;

A Vigilância ambiental acompanha a interação do indivíduo com o meio ambiente, enfocando o espaço urbano e coletivo e as diversas formas de intervenção sobre este meio entendendo que essa relação possa se dar de maneira harmônica e resultados positivos ou de maneira nociva, resultando em doenças e agravos à saúde. Contaminantes ambientais, qualidade da água, qualidade do ar, qualidade do solo, notadamente em relação ao manejo dos resíduos tóxicos e perigosos, os desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, são objetos de monitoramento dessa vigilância seja de forma direta e continua ou por meio de ações em parceria com outros órgãos e secretarias.

Programa de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano – VIGIAGUA

Visa reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos de transmissão hídrica, por meio de ações de vigilância sistemática da qualidade da água consumida pela população, tais como hepatite A, rotavírus, diarreias.

Implantado nos 22 (vinte e dois) municípios os quais possuem pelo menos uma informação sobre vigilância da qualidade da água para o consumo humano.

Sistema de informação

SISAGUA

Instrumentos de registro e coleta, processamento e análise dos dados

Execução pelo município através do monitoramento mensal da qualidade da água e da inserção de relatórios de controle emitidos com a mesma periodicidade pelo responsável do sistema de abastecimento ou solução alternativa coletiva

Projetos de extensão e pesquisa

Não há projeto em andamento, mas o programa VIGIAGUA tem estabelecido parceria com a FUNASA, Instituto Evandro Chagas e Fundação Oswaldo Cruz, além de outras secretarias estaduais (SEMA, por exemplo), o que abre a possibilidade de elabora, cooperação e execução de projetos de interesse para a saúde ambiental.

Outra potencialidade é a participação em parceria com a saúde indígena nas relações de consumo de água. Em geral, as comunidades indígenas utilizam água de diferentes origens com risco à saúde humana, necessitando de adoção de medidas preventivas e de controle de qualidade para redução da exposição a doenças de veiculação hídrica.

Programa de Vigilância da Qualidade do Ar – VIGIAR

Visa reduzir a morbimortalidade por doenças respiratórias nos grupos mais vulneráveis (crianças menores de cinco anos e idosos).

Promove o controle e vigilância do impacto da poluição do ar e do clima sobre a saúde da população, mais diretamente relativa às doenças respiratórias em crianças e idosos os quais são afetados com maior intensidade pela poluição do ar e do clima.

Implantado em 4 (quatro) municípios (Rio Branco, Xapuri, Senador Guiomard e Cruzeiro do Sul), os quais alimentam regularmente os dados da rede sentinelha.

Sistema de informação

FORMSUS

Projetos de extensão e pesquisa

Não há projeto em andamento. Em relação à comunidade indígena há possibilidade de cooperação para prevenção e promoção de doenças veiculadas pelo ar através da orientação para medidas preventivas que reduzam a emissão de gases nocivos ao ar como alternância das queimadas por práticas menos poluentes.

Programa de Vigilância da Qualidade do Solo – VIGISOLÓ

Visa reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos que podem ser transmitidos pelo contato com o solo contaminado por produtos químicos.

A forma de atuação do VIGISOLÔ baseia-se nas ações sistemáticas e articuladas entre diferentes setores de governo, e na utilização de instrumentos e métodos para auxiliar o conhecimento, a detecção e o controle dos fatores ambientais de risco e das doenças ou agravos à saúde de populações expostas a substâncias químicas no solo.

Implantado em 18 (dezoito) municípios do Estado (exceto Santa Rosa do Purus, Jordão, Marechal Thaumaturgo e Porto Walter).

Instrumentos de registro e coleta, processamento e análise dos dados

O Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado - SISSOLO - é ferramenta importante para orientação e priorização das ações de vigilância em saúde de populações expostas a solo contaminado - VIGISOLÔ, permitindo o monitoramento da saúde destas populações por meio do cadastramento contínuo, por parte dos municípios ou estados, das áreas contaminadas identificadas, e da construção de indicadores de saúde e ambiente.

Projetos de extensão e pesquisa

Não há projeto em andamento, mas o programa VIGISOLÔ tem estabelecido proximidade do Instituto Evandro Chagas, podendo vincular projetos para saúde ambiental dentro desta temática. Adotar parceria com a saúde indígena para o controle de pontos de poluição do solo como cemitérios, disposição final de resíduos e instalação de fossas sépticas em locais adequados para mitigar os riscos de exposição dessa comunidade a solos contaminados.

Programa de vigilância em desastres de origem natural e acidentes com produtos perigosos – VIGIDESASTRE

Visa evitar que as populações expostas a desastres naturais sejam atingidas por doenças/agravos decorrentes dos mesmos desses eventos.

Desenvolve um conjunto de ações a serem adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para reduzir a exposição da população e do pessoal e saúde aos riscos de desastres e a redução das doenças e agravos decorrentes dos mesmos; atua em parceria com a Defesa Civil do Estado e dos municípios, captando os dados e traduzindo em informações que sejam relevantes à saúde.

Implantado em quatro municípios: Brasileia, Epitaciolândia, Assis Brasil e Rio Branco.

Sistema de informação

Não possui

Projetos de extensão e pesquisa

Não há projeto em andamento.

Vigilância de populações expostas a agrotóxicos

Visa reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos provocados pela exposição a agrotóxicos nas diferentes formas de exposição a ele.

Ainda em implantação no Estado, a vigilância de populações expostas a agrotóxico utiliza-se de dados oriundos das unidades de notificação de intoxicação por agrotóxico provenientes do SINAN-NET, os quais são alimentados pelos municípios.

Em fase de implementação nos municípios prioritários: Cruzeiro do Sul, Sena Madureira, Tarauacá, Rodrigues Alves e Acrelândia

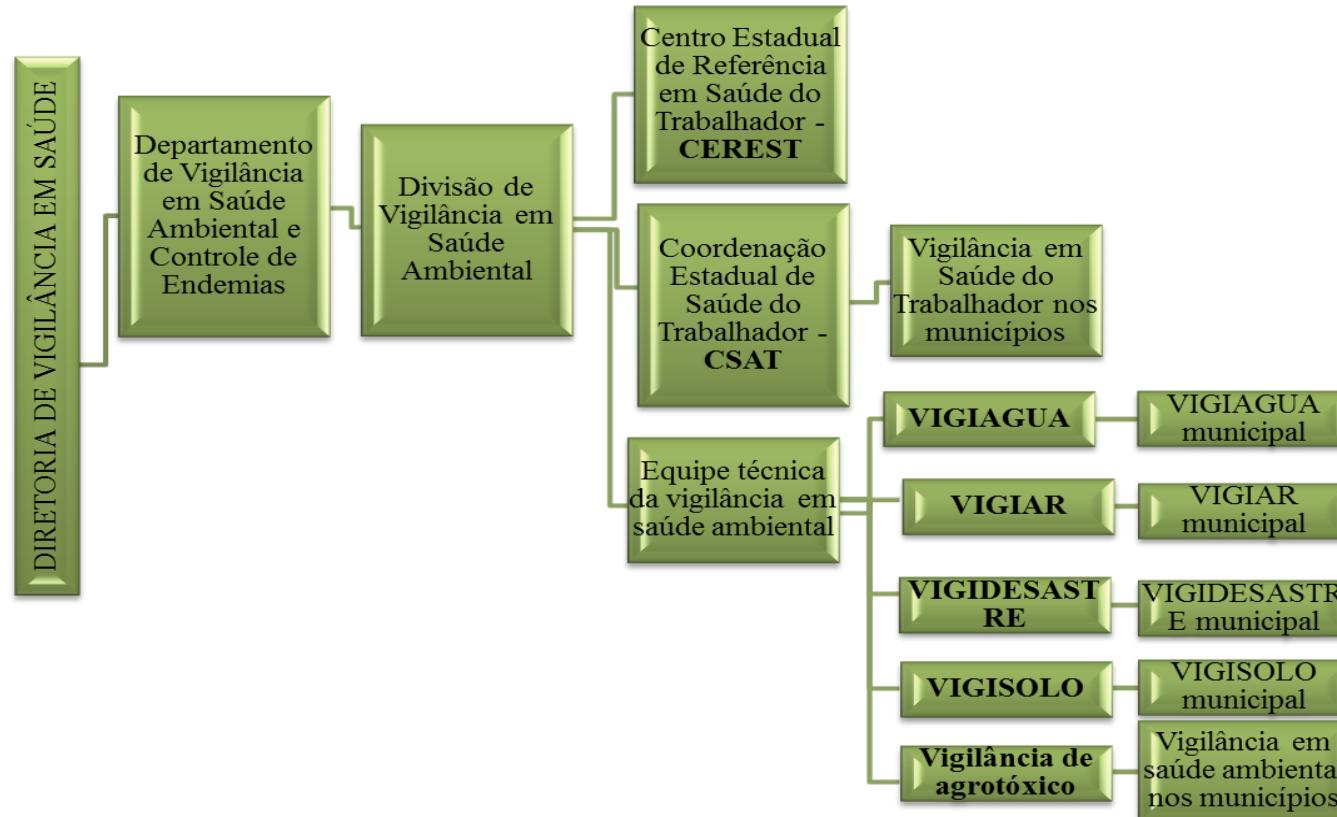
Sistema de informação

SINAN-NET / SISSOLO

Projetos de extensão e pesquisa

Em fase inicial de parceria com a FUNTAC para a realização de análise de agrotóxico na água para consumo humano.

Fluxo do Serviço de Vigilância em Saúde



Fonte: DVS/SESACRE – 2016.

1.4.3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O Departamento de Vigilância Sanitária encontra-se dentro da Diretoria de Vigilância em Saúde – DVS e está dividido em:

- **Divisão de Serviços** - que fortalece as ações de Vigilância em Saúde, aprimorando os processos de pactuação dos serviços e fortalecendo a rede de Unidades do SUS. Incluindo serviços de alta complexidade: hospitalares, hemoterápicos, monitoramento de eventos adversos, queixas técnicas e CECIH que promove ações voltadas ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde no âmbito do Estado do Acre;
- **Divisão de Projetos Arquitetônicos** - que realiza análise de projetos com parecer técnico dos estabelecimentos de alta complexidade;
- **Divisão de Produtos** - desenvolve ações voltadas ao controle sanitário dos alimentos, saneantes e domissanitários;
- **Divisão de Medicamentos** - desenvolve o controle sanitário dos medicamentos nos estabelecimentos afins sujeitos à legislação vigente.

Foi instituído em 2015 o núcleo Estadual de Segurança do Paciente e Qualidade, com objetivo de melhorar a qualidade na assistência, pautada na redução dos riscos.

As ações de Vigilância Sanitária, dentro do contexto Vigilância em Saúde, são de fundamental importância para identificar, regular, controlar e eliminar riscos existentes nos produtos e serviços de interesse da população, através das ações sistemáticas de orientações, inspeções e fiscalizações sanitárias, coletas de amostras de produtos para análises laboratoriais, fornecimento de licenciamento e autorizações de funcionamento (Alvará Sanitário), além das ações de Educação Sanitária para a população e setor regulado. Atua no controle de bens de consumo e serviços, que direta ou indiretamente relacionam-se com a saúde, com objetivo de eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

1.4.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR - VISAT

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST é um estabelecimento de atenção especializada em Saúde do Trabalhador, que dispõe de serviço de vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), além de prestar à rede de serviços do SUS, suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial para a atenção integral à saúde dos usuários trabalhadores urbanos e rurais, o que compreende as ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Foi inaugurado em 26 de abril de 2005, com a finalidade realizar vigilância e ações de prevenção junto aos trabalhadores urbanos e rurais.

Portarias que definiram as ações dos CEREST a nível nacional, estadual, regional e municipal:

Portaria nº 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS; para o melhor desenvolvimento do papel do Ministério da Saúde (MS) de coordenar nacionalmente a política de saúde do trabalhador, conforme o disposto no inciso V do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), e em particular o § 1º do art. 9º, ampliou e financiou os CEREST no território brasileiro;

Portaria nº 1.206/SAS/MS, de 24 de outubro de 2013, no artigo 1º altera o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). E artigo 2º: “Fica alterada, na Tabela de Tipo de Estabelecimentos do SCNES, a descrição do Tipo de Estabelecimento 36 CLÍNICA/ CENTRO DE ESPECIALIDADE, subtipo 05 CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) para ‘O CEREST é um estabelecimento de atenção especializada em Saúde do Trabalhador, que dispõe de serviço de vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), além de prestar, à rede de serviços do SUS, suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial para a atenção integra-la saúde dos usuários trabalhadores urbanos e rurais, o que compreende as ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação’”.

Portaria nº 8/SAS/MS, de 06 de janeiro de 2014, que institui os procedimentos/ações a serem desenvolvidas pelo CEREST:

- Vigilância da situação dos trabalhadores;
- Atividades educativas em saúde do trabalhador;
- Inspeção sanitária em saúde do trabalhador;
- Emissão de parecer sobre nexo causal;
- Acompanhamento de paciente portador de agravos relacionados ao trabalho, e
- Acompanhamento de paciente portador de sequelas relacionadas ao trabalho.

No ano de 2015 o CEREST do Estado passou da categoria de desabilitado para habilitado para realizar os serviços pertinentes a esta unidade de saúde do trabalhador.

Em 05 de fevereiro de 2016 recebemos um e-mail da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador – CGST/DSAST/SVS/MS, informando que, a partir da competência de fevereiro de 2016, serão acrescentadas, conforme algumas categorias profissionais aos respectivos procedimentos de Saúde do Trabalhador que constam nas Portarias nº. 1.206/SAS/MS, de 24 de outubro de 2013, e nº. 8/SAS/MS, de 6 de janeiro de 2014, a serem registrados mensalmente no SIA/SUS.

1.5 GESTÃO EM SAÚDE

1.5.1 PLANEJAMENTO E GESTÃO

Ao se falar em planejamento, sempre se está diante de múltiplas possibilidades, em qualquer das distintas configurações que o planejamento possa adquirir na gestão, apesar de se estar diante de processos explicitamente diferenciados, o planejamento como instrumento de gestão ou forma de intervenção governamental é uma ferramenta poderosa para administrar as ações e serviços.

Optar pelo planejamento significa assumir uma alternativa à improvisação. É decidir aonde se quer chegar, é acreditar que o futuro pode ser construído. Isto porque planejar implica transformar ideias em ação.

A democratização, garante a institucionalização e legitimação dos espaços de participação da sociedade, na interface entre a sociedade civil, a política e o poder administrativo. Nesta perspectiva é necessário fortalecer a capacidade de escuta, de interação e negociação, para que o planejamento apresente maior aplicabilidade (RIVERA & ARTMANN, 2010).

A gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Acre - SESACRE estabeleceu a modernização administrativa como uma de suas prioridades, sendo a revisão do organograma de funcionamento da SESACRE uma das ações prioritárias. No ano de 2016 foi implantada uma nova conformação “funcional” para a Secretaria e obteve-se um diagnóstico de necessidades de alteração. A atual etapa é de processo de formalização da nova estrutura, voltada para o Mapa Estratégico da SESACRE que define a missão, a visão, os valores, os resultados para a sociedade; e as perspectivas de processo, de gestão e financeira da instituição.

A Estrutura Organizacional Básica da Secretaria de Estado de Saúde, foi estabelecida pelo Decreto nº 6.375 de 13 de setembro de 2013, conforme atribuições que são atribuídas ao Govenador do Estado do Acre no Art. 78, inciso IV e VI da constituição Estadual e os artigos 7º, inciso V, alínea “g” e 9º, da Lei Complementar Estadual nº 247, de 17 de fevereiro de 2012.

Art. 1º A Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE tem a seguinte estrutura organizacional básica:

1. Conselho Estadual de Saúde – CES
2. Comissão Intergestores Bipartite – CIB
3. Secretaria de Estado de Saúde:
 - 3.1 Chefia de Gabinete;
 - 3.2 Controladoria Interna;
 - 3.3 Assessoria Técnica;

- 3.4 Assessoria de Comunicação;
- 3.5 Sala de Situação;
- 3.6 Ouvidoria.
- 4. Secretaria Adjunta de Saúde:
 - 4.1 Chefia de Gabinete;
 - 4.2 Departamento de Gestão Estratégica e Participativa – DGEP:**
 - 4.2.1 Divisão de Controle Social;
 - 4.2.2 Divisão de Gestão Estratégica;**
 - 4.2.3 Divisão de Gestão da Região do Vale do Juruá e Tarauacá / Envira;
 - 4.2.4 Divisão de Gestão da Região do Alto Acre;
 - 4.2.5 Divisão de Gestão da Região do Baixo Acre e Purus.
- 5. Diretoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional:
 - 5.1 Apoio Técnico
 - 5.2 Departamento de Gestão de Pessoas – DGP:
 - 5.2.1 Divisão de Gestão do Trabalho;
 - 5.2.2 Divisão de Humanização;
 - 5.2.3 Central de Atendimento ao Cidadão.**
 - 5.3 Departamento de Planejamento – DP:
 - 5.3.1 Divisão de Planejamento de Gestão:
 - 5.3.1.1 Coordenadoria de Instrumentos de Gestão.
 - 5.3.2 Divisão de Economia da Saúde;
 - 5.3.3 Divisão de Monitoramento e Avaliação das Ações, Serviços e Indicadores de Saúde ;
 - 5.3.4 Divisão de Convênios e Portarias;
 - 5.3.5 Divisão de Articulação de Redes de Atenção a Saúde.
 - 5.4 Departamento de Ensino, Pesquisa, Ciência e Tecnologia – DEPCT:
 - 5.4.1 Divisão de Ensino e Pesquisa;
 - 5.4.2 Divisão de Ciência, Inovação e Avaliação de Novas Tecnologias em Saúde.
 - 5.5 Departamento de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria – DRCAA:
 - 5.5.1 Divisão de Regulação;
 - 5.5.2 Divisão de Monitoramento e Avaliação;
 - 5.5.3 Divisão Estadual de Auditoria;
 - 5.5.4 Divisão de Controle das Ações e Serviços;
 - 5.5.5 Divisão de Complexo Regulador:
 - 5.5.5.1 Coordenadoria da Central de Regulação de Urgência e Emergência;
 - 5.5.5.2 Coordenadoria da Central de Regulação de Internação;
 - 5.5.5.3 Coordenadoria da Central de Regulação de Apoio Diagnóstico;
 - 5.5.5.4 Coordenadoria da Central de Regulação de Alta Complexidade;
 - 5.5.5.5 Coordenadoria da Central de Regulação Ambulatorial;
 - 5.5.5.6 Coordenadoria de Tratamento Fora de Domicílio – TFD.
 - 5.6 Departamento de Tecnologia da Informação – DTI:
 - 5.6.1 Divisão de Sistemas em Saúde.
- 6. Diretoria Jurídica:
 - 6.1 Apoio Técnico:
 - 6.1.1 Divisão de Processos de Recursos Humanos;
 - 6.1.2 Divisão de Processos Judiciais;
 - 6.1.3 Divisão de Processos Administrativos.
- 7. Diretoria de Atenção à Saúde:

7.1 Apoio Técnico;

7.2 Departamento de Atenção a Saúde – DAS:

 7.2.1 Divisão de Urgência e Emergência:

 7.2.1.1 Coordenadoria das Unidades de Urgência e Emergência;

 7.2.1.2 Coordenadoria do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência;

 7.2.1.3 Coordenadoria de Atenção Domiciliar.

 7.2.2 Divisão de Saúde Itinerante;

 7.2.3 Divisão de Atenção de Média e Alta Complexidade:

 7.2.3.1 Coordenadoria de Unidades Hospitalares e Unidades Mista;

 7.2.3.2 Coordenadoria Unidades de Serviços de Atenção Especializada.

 7.2.4 Divisão de Sistema Integrado de Plantões.

7.3 Departamento de Atenção Primária, Políticas e Programas Estratégicos – DAPE:

 7.3.1 Divisão de Atenção Primária;

 7.3.2 Divisão de Saúde Bucal;

 7.3.3 Divisão de Saúde na Escola;

 7.3.4 Divisão de Saúde Mental;

 7.3.5 Divisão de Saúde do Idoso;

 7.3.6 Divisão de Saúde da Mulher;

 7.3.7 Divisão de Saúde do Homem;

 7.3.8 Divisão de Alimentação e Nutrição;

 7.3.9 Divisão de Saúde de Populações Vulneráveis;

 7.3.10 Divisão de Saúde da Criança;

 7.3.11 Divisão de Saúde do Adolescente;

 7.3.12 Divisão de Saúde da Pessoa com Deficiência;

 7.3.13 Divisão de Saúde do Sistema Penitenciário;

 7.3.14 Divisão de Doenças Crônicas.

7.4 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – DAFI:

 7.4.1 Divisão de Medicamentos Básicos e Hospitalar;

 7.4.2 Divisão de Medicamentos Estratégicos;

 7.4.3 Divisão de Medicamentos Especializados;

 7.4.4 Divisão de Almoxarifado de Medicamentos da Rede de Assistência;

 7.4.5 Divisão de Material Médico Hospitalar e Insumos Estratégicos;

 7.4.6 Divisão de Alimentação Parenteral e Enteral.

7.5 Departamento de Apoio Diagnóstico – DAD:

 7.5.1 Divisão de Radio Imagem e Métodos Gráficos;

 7.5.2 Divisão de Laboratórios;

 7.5.3 Divisão de Hemocentro:

 7.5.3.1 Coordenadoria de Hemonúcleos.

8. Diretoria de Vigilância em Saúde – DVS:

 8.1 Apoio Técnico;

 8.2 Departamento de Vigilância Epidemiológica – DVE:

 8.2.1 Divisão de Imunização e Rede de Frio;

 8.2.2 Divisão de Promoção e Prevenção a Saúde:

 8.2.2.1 Coordenadoria de Monitoramento das Doenças Crônicas.

 8.2.3 Divisão de Doenças Transmissíveis:

 8.2.3.1 Coordenadoria de Hepatites Virais e DST/HIV.

 8.2.4 Divisão de Doenças e Agravos Imunopreveníveis;

 8.2.5 Divisão de Zoonoses;

 8.2.6 Divisão de Vigilância do Óbito;

8.2.7 Divisão de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

8.2.8 Divisão de Sistema de Informação em Saúde;

8.2.9 Divisão de Emergências em Saúde Pública;

8.3 Departamento de Vigilância Sanitária – DVISA:

8.3.1 Divisão de Produtos;

8.3.2 Divisão de Serviços;

8.3.3 Divisão de Vigilância de Medicamentos;

8.3.4 Divisão de Inspeção de Projetos Arquitetônicos;

8.3.5 Comissão Estadual de Controle de Infecção Hospitalar – CECIH.

8.4 Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Controle de Endemias – DVA:

8.4.1 Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental:

8.4.1.1 Coordenadoria de Saúde do Trabalhador;

8.4.1.2 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST.

8.4.2 Divisão de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores.

8.5 Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN

9. Diretoria de Orçamento, Finanças

9.1 Apoio Técnico;

9.2 Departamento de Orçamento e Finanças – DOF:

9.2.1 Divisão de Execução Orçamentária;

9.2.2 Divisão de Conciliação e Receitas;

9.2.3 Divisão do Fundo Estadual de Saúde;

9.2.4 Divisão de Prestação de Contas.

10. Diretoria de Administração e Compras:

10.1 Apoio Técnico;

10.2 Assessoria Jurídica:

10.2.1 Setor de Parecer Jurídico.

10.3 Departamento de Administração – DA:

10.3.1 Gerência de Logística:

10.3.1.1 Divisão de Serviços Gerais;

10.3.1.2 Divisão de Transportes;

10.3.1.3 Divisão de Patrimônio;

10.3.1.4 Divisão de Arquivo/ Gestão Documental;

10.3.1.5 Divisão de Obras e Manutenção.

10.3.2 Gerência de Suporte em Tecnologia da Informação:

10.3.2.1 Divisão de Manutenção;

10.3.2.2 Divisão de Redes;

10.3.2.3 Divisão de Programação.

10.3.3 Gerência de Apoio Técnico:

10.3.3.1 Divisão de Serviços Terceirizados;

10.3.3.2 Divisão de Suporte Técnico;

10.3.3.3 Divisão de Almoxarifado;

10.3.3.3.1 Coordenadoria de Almoxarifado de Material de Expediente e Consumo;

10.3.3.3.2 Coordenadoria de Almoxarifado de Alimentos.

10.4 Departamento de Compras – DC:

10.4.1 Gerência de Licitação:

10.4.1.1 Divisão de Padronização de Bens, Serviços e Preços;

10.4.1.2 Divisão de Apoio Técnico

10.5 Departamento de Gestão de Contratos – DGC:

10.5.1 Gerência de Monitoramento e Controle:

10.5.1.1 Divisão de Contratos e Atas;

10.5.1.2 Divisão de Ordem de Entrega.

11. Órgãos Subordinados da Administração Direta Rede de Unidades de Saúde:

- 11.1 Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco – HGCRB;
- 11.2 Centro de Controle Oncológico do Acre;
- 11.3 Unidade Mista de Saúde de Acrelândia;
- 11.4 Unidade Mista de Assis Brasil;
- 11.5 Hospital Raimundo Chaar;
- 11.6 Centro de Atenção Psicossocial CAPS Nauas Tereza Bilotto;
- 11.7 Hospital da Mulher e da Criança do Juruá;
- 11.8 Hospital Regional do Juruá;
- 11.9 Hospital de Dermatologia Sanitária de Cruzeiro do Sul;
- 11.10 Unidade Mista de Santa Luzia;
- 11.11 Hospital Geral de Feijó;
- 11.12 Unidade Mista de Jordão;
- 11.13 Hospital Dr. Abel Pinheiro Maciel Filho;
- 11.14 Unidade Mista de Manoel Urbano;
- 11.15 Unidade Mista de Marechal Thaumaturgo;
- 11.16 Unidade Mista Ana Nery;
- 11.17 Unidade Mista de Porto Walter;
- 11.18 Centro de Atenção Psicossocial CAPS AD 24 horas – Rio Branco;
- 11.19 Hospital de Saúde Mental do Acre;
- 11.20 UPA 24 horas do 2º Distrito;
- 11.21 Unidade Mista de Saúde do Município de Rodrigues Alves;
- 11.22 Unidade Mista de Santa Rosa;
- 11.23 Hospital João Câncio Fernandes;
- 11.24 Hospital Dr. Ary Rodrigues;
- 11.25 Hospital Dr. Sansão Gomes;
- 11.26 Hospital Epaminondas Jacome.

12. Órgãos Vinculados:

- 12.1 Fundação Hospital Estadual do Acre – FUNDHACRE.

Art. 2º A estrutura Organizacional das unidades de saúde da rede assistencial da SESACRE será disciplinada em portaria específica.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Fica revogado o Decreto Estadual nº 1.333, de 4 de setembro de 2007.

Rio Branco-Acre, 13 de setembro de 2013, 125º da República, 111º do Tratado de Petrópolis e 52º do Estado do Acre.

Para conduzir as ações de planejamento, a Gestão Estadual instituiu um grupo técnico responsável pela elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento e de gestão, como forma de promover, proteger e recuperar a saúde da população.

A estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Estado do Acre encontra-se em fase de adequação para atender a complexidade e a diversidade da atenção dos serviços de saúde do Estado.

1.5.2 ENSINO E PESQUISA

No campo da educação na saúde, o Estado do Acre vem adotando estratégias para avançar na consolidação do SUS, de modo que a formulação da política para o setor ocorra mediante espaços que concretizem a aproximação entre construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo.

A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, que revoga a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 e dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como os novos trâmites para o financiamento das Ações de Educação na Saúde, houve a pactuação da Composição da Comissão Permanente de Integração Ensino/Serviço do Estado do Acre – CIES-AC, na reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite – CIB realizada no mês de setembro, conforme resolução nº 50/2007. A referida comissão conduz o processo de elaboração dos Planos de Educação Permanente a partir dos princípios da Política Nacional de Educação Permanente, priorizando ações que contribuam para sua estruturação e fortalecimento.

Quadro 71 - Plano de Educação Permanente - PEP - Acre – 2009.

CURSO	Nº.DE EDUCANDOS	TOTAL
Auxiliar em saúde bucal	180	352.630,77
Técnico em nutrição e dietética	60	234.550,77
Técnico em Análises Clínicas	66	255.329,97
Técnico em Radiologia	38	183.329,97
Agente Indígena em Saúde	255	923.160,27
Total Geral	599	1.949.001,75

Fonte: DEPCT/SESACRE, 2016.

Quadro 72 - Plano de Educação Permanente - PEP – Acre – 2010.

CURSO	Nº. DE EDUCANDOS	TOTAL
Curso de agente comunitário em saúde;	13	47.450,72
Cursos de aperfeiçoamento em Radiologia;	25	58.430,38
Curso atualização para técnico de enfermagem em pediatria;	35	64.857,63
Curso de auxiliar de farmácia	60	201.374,82
Curso de Especialização em Doula;	30	75.201,25
Curso de Especialização em Instrumentação Cirúrgica	30	191.547,13
Curso de Especialização Técnica em Procedimentos de Enfermagem para a Rede Básica;	120	303.672,76
Curso de Especialização em Doenças Crônicas	40	90.400,30
Curso de Especialização técnica em Urgência e Emergência	40	111.970,99
Total Geral	365	1.144.905,98

Fonte: DEPCT/SESACRE, 2016.

Quadro 73 - Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde – PROFAPS - Acre – 2010.

CURSO	MUNICÍPIO	Nº. DE EDUCANDOS	TOTAL
Auxiliar em Saúde Bucal	Rio Branco, Plácido de Castro, Acrelândia	90	270.000,00
Citopatologia	Rio Branco	25	290.000,00
Radiologia	Baixo e Alto Acre	30	590.412,44
Vigilância em Saúde	Plácido de Castro, Capixaba Acrelândia e Senador Guiomard	80	482.976,90
Órtese e Prótese	Rio Branco	25	299.988,03
Hemoterapia	Hemoterapia	25	252.721,33
Total Geral		275	2.287.350,35

Fonte: DEPCT/SESACRE, 2016.

Quadro 74 - Plano de Educação Permanente - PEP – Acre – 2011.

CURSO	Nº. DE EDUCANDOS/ OFICINA	TOTAL
Qualificação de Agente Comunitário de Saúde Indígena;	253	1.020.099,56
Curso Técnico em Órtese e Próteses	20	358.752,70
Técnico em análises clínicas – Microscopistas	30	292.810,09
Curso de aperfeiçoamento em Agencia Transfusional	50	87.321,50
Oficinas de Reorganização de Redes de Atenção à Saúde	100/04	59.362,35
Oficinas para Atenção a usuários de crack, álcool e outras drogas	30/01	22.327,24
Oficina de Planificação da Rede Cegonha	75/03	64.353,61
Total Geral		1.905.027,06

Fonte: DEPCT/SESACRE, 2016.

Quadro 75 - Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde - PROFAPS - Acre - 2011.

CURSO	Nº Trabalhadores /TURMA	MUNICÍPIO DE OFERTA	TOTAL
Qualificação de Auxiliar de Saúde Bucal	70/04	Xapuri, Manoel Urbano, S. Madureira, Brasiléia, Epitaciolândia	360.532,90
Curso Técnico em Hemoterapia	20/01	CZS	372.712,85
Curso Técnico em Radiologia	25/01	CZS, Mâncio Lima, M. Thaum., PW, Rodrigues Alves	743.924,45
Curso Técnico em Vigilância em Saúde	150/06	Brasileia, Epitaciol., RB, Feijó, S. Madureira, Tarauacá	940.241,20
TOTAL GERAL	265		2.417.411,40

Fonte: DEPCT/SESACRE, 2016.

Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde

- Acompanhar a implementação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade;
- Acompanhar a implementação do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica;
- Acompanhar a implementação do Programa de Residência Hospitalar com ênfase em terapia intensiva;
- Estruturar o quadro de preceptores para os programas de residência;
- Compor a comissão da UFAC-COREMU;
- Participar de reuniões periódicas junto às equipes de preceptoria e residentes de cada programa;
- Participar dos seminários dos programas de residência;
- Analisar a necessidade de implantação de novos programas de residência multiprofissional;
- Promover a qualificação da equipe de profissionais/preceptores na rede;
- Analisar a necessidade de implantação de novos programas de residência multiprofissional.

1.5.3 AUDITORIA

O Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde e define suas competências em cada ente da federação.

O Sistema Estadual de Auditoria – SEA-AC/SUS é o componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde - SUS e foi instituído através do Decreto nº 1.291, de 13 de outubro de 1999, sendo coordenado pelo Departamento de Controle e Avaliação, renomeado pelo Decreto 1.333, de 04 de setembro de 2007, como Departamento de Regulação da Rede de Assistência – DRRA. Faz parte da estrutura organizacional básica da Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE, sendo coordenado pelo Departamento de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria – DRCAA, compreendendo a Divisão Estadual de Auditoria, conforme Decreto Estadual nº 6.375 de 13 de setembro de 2013. O SEA-AC/SUS encontra-se, ainda, sujeito à supervisão técnica dos Órgãos Superiores de Controle, dentre eles, o Tribunal de Contas da União e do Estado e as Controladorias Gerais da União e do Estado, bem como ao Ministério Público Federal e Estadual e aos Conselhos de Saúde Nacional e Estadual, atendendo suas instruções normativas

O SEA-AC/SUS tem por função auditar a regularidade dos procedimentos técnico-científicos, contábil, financeiro e patrimonial praticados por pessoas físicas e jurídicas no âmbito do SUS no Acre, sendo responsável pela promoção do controle da legalidade, legitimidade e avaliação da estrutura, processos e resultados quanto à eficácia, eficiência e efetividade da gestão.

O SEA-AC/SUS tem por princípio, orientar as áreas envolvidas na administração do SUS, no âmbito Estadual e Municipal, através do suporte técnico, objetivando a boa e regular utilização dos recursos públicos sob a guarda destas. Para tanto, este órgão mantém uma relação harmônica, equilibrada e transparente com os diversos órgãos que compõem a Administração Pública e os Conselhos Superiores proporcionando orientação técnica para a execução dos trabalhos e informações aos órgãos externos quando dos seus questionamentos.

O desenvolvimento dos trabalhos visa auditorias preventivas e corretivas em diversas áreas da Saúde, em especial as de gestões de saúde e de recursos, bem como o acompanhamento de correções das distorções apontadas por ações de auditorias, a fim de, como instrumento de gestão, subsidiar a tomada de decisão e execução de ações que visem melhorar a qualidade da assistência no âmbito do serviço público de saúde do Estado do Acre.

Quadro 76 – Equipe de Auditoria – SESACRE - 2016

CARGO/FUNÇÃO	QUANTIDADE
Cirurgiã Dentista/Auditora de Ações e Serviços de Saúde do SUS-Ac	2
Gestor de Políticas Públicas/Auditor de Ações e Serviços de Saúde	1
Enfermeira/Auditora de Ações e Serviços de Saúde do SUS-Ac	2
Engenheiro Agrônomo/Auditor de Ações e Serviços de Saúde	1

Fonte: DRCAA/SESACRE, 2016.

O Sistema Estadual de Auditoria – SEA-AC/SUS não possui em seu quadro a equipe multidisciplinar mínima de um médico e um contador, conforme determina o Decreto nº 1.291, de 13 de outubro de 1999, no seu Art. 5º, Parágrafo 2º, razão que poderá impedir o pleno atendimento ao Art. 4º do mesmo decreto, como também, o fiel cumprimento do PAAF/2016.

Quadro 77 - Distribuição dos Trabalhos por tipo de Atividade- SESACRE - 2016

Nº	TIPO DE ATIVIDADE	% TEMPO
1	Auditoria nos processos críticos	70
2	Trabalhos especiais	12
3	Treinamento	6
4	Outras atividades de interesse institucional	10
5	Organização para início dos trabalhos	2
TOTAL		100

Fonte: DRCAA/SESACRE, 2016.

Competência

O Sistema Estadual de Auditoria – SEA-AC/SUS têm por competência assessorar o Secretário de Estado de Saúde no exercício da supervisão e controle das atividades de administração técnica e financeira no âmbito do SUS. Têm como atividade principal à avaliação da qualidade dos serviços de saúde, colaborando objetivamente para resguardar a gestão Estadual e maximizar os resultados a serem alcançados.

Recursos Materiais e Tecnológicos

A Divisão de Auditoria possui acesso direto aos sistemas de informação de saúde SIA/SUS SIH/SUS, SCNES, SIM, SINASC, SINAN, SIAB, dentre outros. O espaço físico ocupado possibilita a privacidade necessária para a execução dos processos bem como a realização das reuniões de equipe da Auditoria.

Recursos Financeiros

O Sistema Estadual de Auditoria – SEA-AC/SUS não possui recursos financeiros definidos no orçamento da Secretaria para o desenvolvimento de suas atividades.

Unidades Envolvidas Durante Os Trabalhos de Auditorias Previsto Para 2016:

- SESACRE – Secretaria de Estado de Saúde do Acre;
- DRCAA - Departamento de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
- DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS;
- OUVIDOR/SUS – Ouvidoria do SUS (Nacional, Estadual e Municipal)
- FUNDHACRE – Fundação Hospital Estadual do Acre;
- UNACON/FUNDHACRE – Unidade de alta Complexidade em oncologia/ FUNDHACRE;
- SAE – Serviço de Atendimento Especializado/FUNDHACRE;
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
- HUERB – Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco.

Implantação do SISAUD/SUS

O Sistema de Auditoria do SUS - SISAUD/SUS é uma ferramenta informatizada, voltada para a integração das informações relativas às atividades de auditoria no Sistema Único de Saúde – SUS o acesso se dará às regionais do Ministério da Saúde, ou seja, aos SEAUDs e DIAUDs – Serviços e Divisões de Auditoria do SUS.

Idealizado para facilitar o acompanhamento das auditorias, bem como a identificação de toda força de trabalho disponível no SNA – Sistema Nacional de Auditoria, o SISAUD/SUS visa a aperfeiçoar os instrumentos e mecanismos de auditoria, assegurando a integração, agilidade e padronização, além de permitir a consolidação das informações coletadas por todo o SNA.

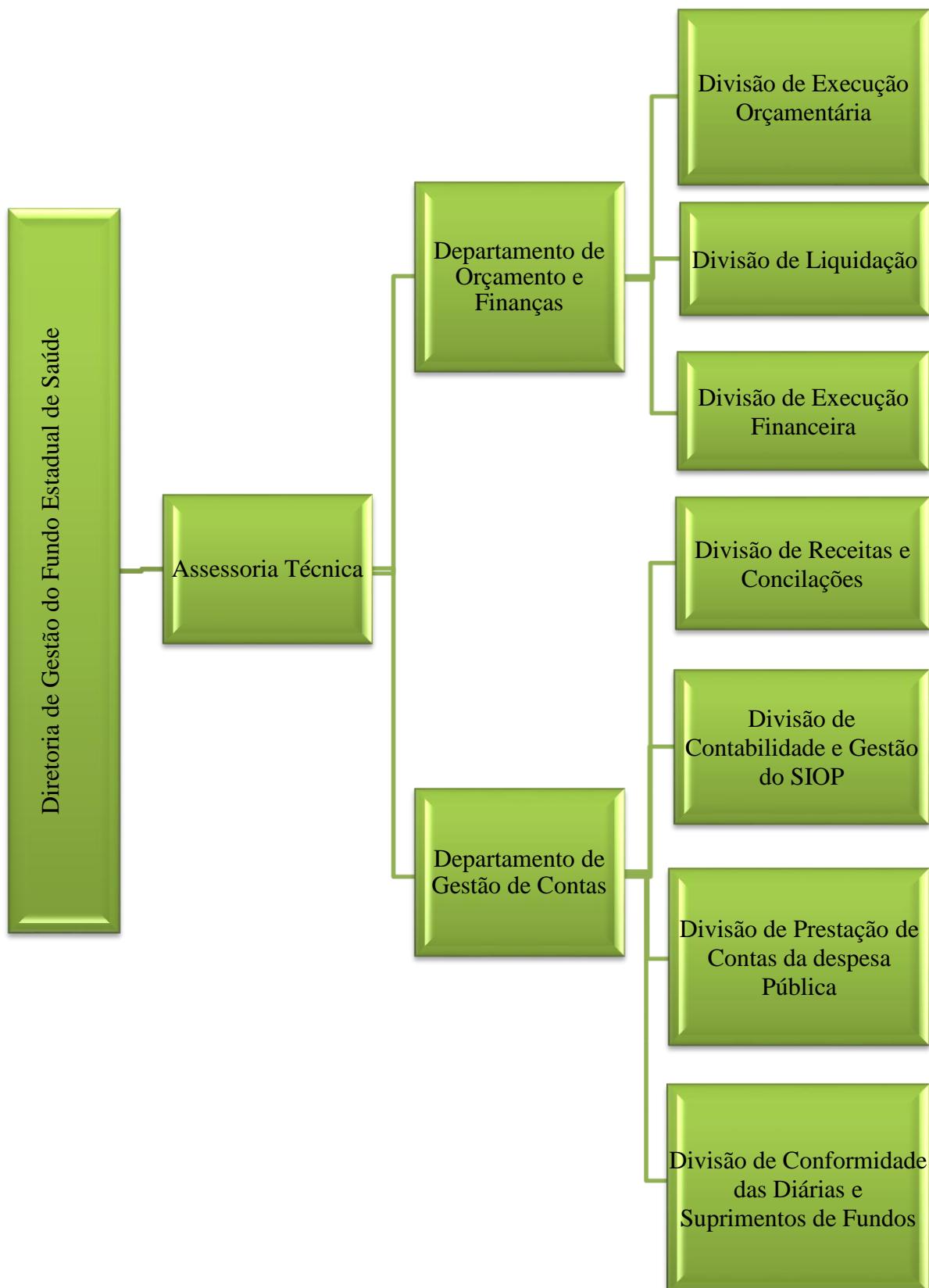
O estado do Acre já fez adesão ao SISAUD/SUS desde 2006, porém até o momento ainda não se utilizou desta ferramenta para cadastro de suas auditorias no âmbito do Estado.

1.5.4 FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

No Estado do Acre as ações e serviços de saúde implementados são financiados com recursos federais, próprios e de outras fontes, consignados na Lei Orçamentária Anual, baseados nos limites para aplicação em saúde estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 29 e regulamentados pela Lei Complementar nº 141/2012, de 13 de janeiro de 2012.

Os recursos utilizados para o financiamento da saúde no Estado vêm sendo aplicados por intermédio do Fundo Estadual de Saúde – FES, com acompanhamento do Conselho Estadual de Saúde – CES.

Estrutura de Gestão do Fundo Estadual De Saúde



Avanços:

- Remodelagem das ilhas de trabalho;
- Alteração dos fluxos de trabalho;
- Contratação de pessoal;
- Realocação física do setor controladoria interna para a secretaria adjunta de administração e finanças, trabalhando de forma integrada com a execução orçamentária e financeira;
- Aprimoramento do departamento de gestão de contas;
- Investimento na modernização dos equipamentos;
- Investimento em cursos de capacitação;
- Implantação do sistema de gestão de documentos fiscais – gdf;
- Implantação do módulo consumo do sistema grp.

1.5.5 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES

O Conselho Estadual de Saúde – CES, instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS, de caráter permanente e deliberativo, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde.

Dentro do organograma, o CES/AC está hierarquicamente igualado ao gabinete do Secretário de Estado de Saúde, sendo autônomo e integrante específico da estrutura básica da Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE.

O CES/AC é composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo, vinte e quatro membros titulares e vinte e quatro membros suplentes, escolhidos em assembleia geral convocado por edital específico, publicado no diário oficial do Estado.

É competência do Conselho, dentre outras, aprovar o orçamento da saúde, assim como, acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe ao pleno do CES/AC a responsabilidade de aprovar, ou não, a cada quatro anos o Plano Estadual de Saúde.

O grande avanço na história do CES/AC foi à revogação da Lei Estadual nº. 41, de 30 de dezembro de 1993, quando o Secretário de Saúde era Presidente nato e passou a vigorar a Lei Complementar Estadual nº 263 de 21 de junho de 2013, onde o presidente passou a ser eleito entre os membros do Conselho.

O primeiro presidente eleito foi do segmento usuário, que teve seu mandato elogiado pela sua coordenação na 7º Conferência Estadual de Saúde, com marco de representatividade.

Um dos principais problemas enfrentado pelo presidente eleito foi à falta de estrutura do CES, por não ter orçamento, não ter um local próprio, e uma boa estrutura de assessorias para seu pleno funcionamento. A falta de recursos e a falta de conscientização dos conselheiros no trabalho a ser desenvolvido foi um dos grandes problemas enfrentado.

Em 22 de julho de 2015, o Governador do Estado do Acre nomeou através do Decreto nº 2.984/2015 os novos conselheiros Estaduais de Saúde, para assumir o triênio 2015/2018, que tem como principal desafio, fortalecer o controle social através da sociedade; dar visibilidade as ações e competências do conselho; Acompanhar as ações da SESACRE no que tange o Plano Estadual de Saúde 2016/2019; Fortalecer o conhecimento dos conselheiros dentro de suas atribuições junto ao conselho e nas políticas públicas de saúde, acompanhar e fortalecer as ações desenvolvidas e fortalecer os conselhos municipais de saúde dentro das políticas públicas de saúde.

Hoje, o Conselho Estadual de Saúde possui em sua estrutura, uma equipe formada por assessor jurídico, contábil e de comunicação, dois auxiliares administrativos e uma Secretaria Executiva, porém, enfrenta problemas com acessibilidade, por não ter um prédio próprio, a falta de equipamentos necessários para as assessorias e a falta de recurso financeiro.

1.5.6 COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT)

É constituída (em nível federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco Conass e cinco pelo Conasems. A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País.

1.5.7 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ACRE (CIB/AC)

A Comissão Intergestores Bipartite do Acre (CIB/AC), instituída pela Portaria SESACRE nº 646 de 18.06.1993 é instância colegiada de caráter permanente, articulação, negociação e pactuação estadual quanto aos aspectos operacionais do SUS e vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Acre para fins administrativos e financeiros, cujas decisões são tomadas por consenso, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) nos termos do art. 14 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e da Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, com atribuições definidas em seu Regimento Interno, através da Resolução CIB nº 132, de 03 de outubro de 2013.

A CIB/AC é Presidida pelo Secretário de Estado de Saúde (Presidente) Nato e em sua ausência ou impedimento temporário pelo Vice-Presidente da CIB ou pelo Presidente do COSEMS/AC.

A CIB/AC tem a seguinte organização:

- Plenário: formado por 14 (quatorze) membros titulares e respectivos suplentes, atualmente designado através da Portaria SESACRE nº 230 de 07 de abril de 2016;
- Comissão Técnica: formada por 14 (quatorze) membros titulares e respectivos suplentes, atualmente designada através da Portaria SESACRE nº 229, de 07 de abril de 2016;
- Secretaria/Gerência Executiva: Designada pelo Secretário de Estado de Saúde;

Comissões Intergestores Regionais (CIR's): As CIR's do Estado Acre foram reconhecidas através da Resolução CIB nº 36, de 11 de abril de 2012, a saber: Comissão Intergestores Regional (CIR) da 1^a Região de Saúde Baixo Acre e Purus – composta pelos municípios de: Acrelândia, Bujari, Capixaba, Jordão, Manoel Urbano, Plácido de Castro, Porto Acre, Rio Branco, Santa Rosa do Purus, Sena Madureira e Senador Guiomard; Comissão Intergestores Regional (CIR) da 2^a Região de Saúde Alto Acre – composta pelos municípios de: Assis Brasil, Brasiléia, Epitaciolândia e Xapuri; e Comissão Intergestores Regional (CIR) da 3^a Região de Saúde Juruá e Tarauacá/Envira – composta pelos municípios de: Cruzeiro do Sul, Feijó, Mâncio Lima, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter, Rodrigues Alves e Tarauacá. A Portaria SESACRE nº 892, de 21 de setembro de 2015, designa os representantes da Secretaria de Estado de Saúde nas CIR's do Estado do Acre.

Tem funcionamento no Edifício Sede da Secretaria de Estado de Saúde (SESACRE), localizada a Rua Benjamim Constant nº 830, 1º andar, lado B, Centro. Rio Branco (AC).

1.5.6 OUVIDORIA

Ações Realizadas de 2012 A 2015

O Departamento de Ouvidoria da SESACRE-SUS é um canal de articulação entre o cidadão e a gestão pública de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde.

O ano de 2012 foi de aprendizagem e de esforço na implantação dessa nova ferramenta de gestão participativa em nossa Instituição, já o ano de 2013 foi dedicado à consolidação e aperfeiçoamento desse espaço de cidadania.

Podemos afirmar, que o saldo foi positivo. A Ouvidoria vem conquistando a confiança e o reconhecimento do público externo e no âmbito interno da organização a indispensável compreensão de nosso trabalho vem sendo aos poucos evidenciada.

Os objetivos do Departamento são: disseminar informações de saúde, receber solicitações, reclamações, denúncias, elogios e sugestões encaminhados pelos cidadãos e levá-los ao conhecimento dos órgãos competentes.

Nesse diálogo com a sociedade o Departamento de Ouvidoria do SUS busca cada vez mais uma melhoria da qualidade no atendimento conferido ao cidadão, prezando pela otimização dos serviços prestados no âmbito da saúde pública.

Divulgação

Procurando dar continuidade ao seu trabalho de implantação, a Ouvidoria no ano de 2013 realizou sensibilização nos municípios de Capixaba, Epitaciolândia, Assis Brasil, Brasiléia e Cruzeiro do Sul e implantação em Xapuri. Realizou também contato com os gestores da saúde de vários outros municípios do nosso Estado. Todas as divulgações foram muito produtivas, não só para consolidar as relações de parceria com os gestores como também divulgar o nosso trabalho junto as Unidades e a população em geral.

Nos anos posteriores, até o presente ano, não pudemos mais fazer nenhuma ação de implantação e/ou sensibilização em nenhum município devido à falta de recursos, e nos limitamos a executarmos nossas ações internamente, recebendo e tratando as demandas que apareceram.

A Ouvidoria utilizou as ferramentas de comunicação que estão ao seu alcance.

Evidentemente que não pouparamos esforços para a divulgação do endereço, telefones, e-mail, outras medidas afins para que seja dada aos cidadãos, aos usuários do SUS e a comunidade em geral a completa possibilidade de acesso aos nossos serviços.

As manifestações que chegam à Ouvidoria, na sua grande maioria, versam sobre a qualidade do atendimento médico e de enfermagem, contemplando suas expectativas. Entretanto, houve reclamações quanto aos sistemas de informação em geral (protocolos, agendamento de consultas e exames).

Queixas quanto à marcação de consultas foram registradas, assim como, a falta de humanidade de vários profissionais. Sem dúvida, essas reclamações apontam para a necessidade de um trabalho que priorize melhorias, principalmente nas áreas de apoio, buscando maior eficiência, racionalização e humanização do atendimento.

Nota-se a importância que os usuários dão à Instituição como lócus de credibilidade para terem os seus problemas resolvidos. Observa-se um interesse por parte destes em participar através das críticas, elogios e sugestões, expressando o exercício de cidadania e acreditando na capacidade da saúde estadual transformar e aprimorar seus serviços.

Nosso maior entrave é em relação às respostas das demandas que são enviadas aos setores a quem as mesmas competem. Sentimos que os gestores dão pouco ou nenhum valor à Ouvidoria, não a percebem como um órgão que está para ajudar e não para prejudicar.

Os gestores têm que entender que a Ouvidora funciona com um termômetro que avalia a situação da saúde em nosso estado, que é um valioso instrumento de gestão que pode ajudar a melhorar sensivelmente a saúde do povo do Acre.

2.0 PROGRAMAÇÃO QUADRIENAL 2016-2019

DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

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

Diretriz 1.1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

Objetivo 1.1.1 - Oferecer a população serviços de saúde com qualidade e em tempo oportuno.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Assessorar os municípios na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador nas regiões de saúde.	22 municípios.	Número de municípios assessorados
2	Implantar as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST's) nas Regiões de Saúde do Estado	03 (três) Comissões	Número de Comissões Implantadas
3	Fortalecer as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST's) nas Regiões de Saúde do Estado	03 (três) Comissões	Número de Comissões Fortalecidas
4	Implantar o Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador na região de saúde do Juruá/Tarauacá.	01 (um) CEREST Regional	CEREST Regional Implantado
5	Implantar o Sistema de Informações Digital em Saúde (SIDS) nas Unidades hospitalares, serviços Especializados e de Pronto Atendimento.	6 unidades/serviço	Nº de Unidades/serviço com o SIDS implantado.

Objetivo 1.1.2 - Fortalecer a política de saúde dos programas e projetos estratégicos.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Monitorar a execução da política de Segurança Alimentar e Nutricional nos municípios do Estado.	22 municípios do estado	Número de municípios monitorados.
2	Divulgar a Política de Segurança Alimentar e Nutricional nos municípios do estado	22 municípios do estado	Número de municípios com divulgação efetivada.
3	Implantar o Programa Infância Acreana (PIA) nos municípios do estado, em consonância com a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança.	22 municípios.	Número de municípios com o PIA implantado.
4	Executar o Plano de Ação do PIA nos municípios do estado.	22 municípios do estado.	Número de municípios com Plano de Ação do PIA executado.
5	Apoiar os municípios na implantação e/ou implementação do acompanhamento da saúde do adolescente nas unidades de saúde do estado.	22 municípios do Estado.	Número de municípios apoiados para implantação e/ou implementação.
6	Atender a demanda de assistência da população indígena nas unidades hospitalares de referência	100% da população indígena	Percentual de população indígena atendida
7	Capacitar profissionais da atenção primária para atenção à saúde da população	2.130 profissionais	Número de profissionais capacitados
8	Fornecer o Plano Vida para as linhas de cuidados de obstetrícia e neonatal, câncer de colo de útero e mamal	22 municípios com Plano Vida fornecido.	Percentual de municípios providos de Plano Vida
9	Implementar o projeto municípios Amigos da Vida.	17 municípios com projeto Amigos da vida implantados	Número de municípios com projeto implantado

Objetivo 1.1.3 - Ampliar e qualificar as ações da Regulação da Assistência.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Realizar seminários regionais de regulação envolvendo profissionais da saúde, gestores, coordenadores e conselheiros de saúde da Rede de Atenção à Saúde do Estado e do município.	03 (três) Seminários	Número de seminários realizados
2	Ampliar a parceria junto aos municípios a fim de fortalecer a Atenção Primária a Saúde	22 municípios	Número de municípios com parceria ampliada.
3	Assessorar os municípios na implantação das Centrais de Regulação.	22 municípios	Número de municípios assessorados
4	Implantar o Complexo regulador nas regiões de saúde do estado.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com complexo regulador implantado.
5	Ampliar as especialidades para atendimento de pacientes em TFD em urologia, otorrino e oftalmologia (retinólogo) e conforme demanda apresentada.	03 (três) especialidades	Número de Especialidades Ampliadas.
6	Garantir em tempo hábil o auxílio financeiro para ajuda de custo aos pacientes e acompanhantes em Tratamento Fora de Domicílio-TFD.	100% dos pacientes e acompanhantes com ajuda de custo	Número de pacientes e acompanhantes com ajuda de custo.
7	Assegurar o transporte interestadual dos pacientes e acompanhantes regulados em Tratamento Fora de Domicílio-TFD.	Assegurar transporte para 100% dos pacientes e acompanhantes	Percentual de passagens disponibilizadas para pacientes e acompanhantes.

8	Repactuar junto aos municípios as cotas de procedimentos especializados ambulatorial e hospitalar regulados nas Unidades de referência com garantia de acesso realizado.	22 municípios	Número de municípios com repactuações realizadas
9	Regular a agenda de retorno da rede de atenção à saúde.	Assegurar retorno para 100% dos pacientes	Número de pacientes com retorno assegurado
10	Reducir o tempo de espera nas primeiras consultas de média e alta complexidade	15 dias para realizar a primeira consulta	Tempo de espera para a primeira consulta
11	Garantir maior agilidade nas consultas de retorno de média e alta complexidade com agendamento de retorno na própria unidade especializada, respeitando o princípio da equidade no atendimento às populações específicas, tais como rurais, ribeirinhas e indígenas.	15 dias para retorno da consulta	Tempo de espera para o retorno da consulta.
12	Instituir os Núcleos Internos de Regulação nas Unidades de Saúde do Estado.	10 Unidades de Saúde	Número de núcleos instituídos.
13	Qualificar os profissionais das Unidades de Saúde para registro adequado das ações e serviços de saúde nos Sistemas de informações SIA, SIH, SISREG e SCNES.	12 Unidades de Saúde	Nº de Unidades com profissionais qualificados
14	Manter o cadastro das Unidades de saúde Atualizados no SCNES.	36 Unidades de Saúde	Nº de Unidades de Saúde com cadastrados atualizados no SCNES
15	Assegurar em tempo hábil o tratamento fora de domicilio para pacientes das 3 regiões de saúde	100% dos pacientes.	Percentual de pacientes tratados via TFD das regiões de saúde.

Diretriz 1.2 - 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 violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

Objetivo 1.2.1 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Fortalecer as ações e serviços de vigilância em saúde.	100%	Percentual de ações de vigilância à saúde fortalecidas.
2	Reducir os riscos e agravos à saúde da população por meio do desenvolvimento de ações e serviços de promoção e prevenção de vigilância em saúde	Reducir em 10% os riscos e agravos à saúde da população	Percentual de redução de agravos à saúde da população
3	Reducir o número de óbitos maternos por local de residência	Reducir em 5% os óbitos maternos	Percentual de redução de óbitos
4	Reducir a incidência parasitária anual (IPA) de malária através de ações de combate ao vetor.	Reducir a incidência parasitária anual (IPA) de malária de 33,10 em 2014 para 33,00 em 2019	Percentual de redução de casos novos
5	Reducir o número absoluto de óbitos por dengue através de ações de combate ao vetor.	Reducir o número de óbitos por dengue de 2 em 2014 para 1 em 2019	Número de redução de óbitos
6	Ampliar as notificações de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho	Ampliar de 80% para 85% as notificações relacionadas ao trabalho	Percentual de ampliação de notificações
7	Elaborar diagnóstico sanitário das regiões de saúde para subsidiar o processo de planejamento.	03 (três) diagnósticos	Número de diagnósticos realizados

8	Monitorar e avaliar, quadrimensalmente, os indicadores de saúde municipais, regionais e estaduais, relacionados à Vigilância em Saúde.	03(três) monitoramentos/avaliação	Número de monitoramentos/avaliação realizados
9	Elaborar relatórios analíticos quadrimestrais, com estabelecimento de prioridades e estratégias para enfrentamento da situação de riscos de saúde.	03 (três) relatórios	Número de relatórios quadrimestrais elaborados.
10	Realizar ações de vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde nos municípios.	22 municípios	Número de municípios com ações de vigilância de populações expostas a riscos ambientais.
11	Realizar ações de vigilância da saúde do trabalhador nos municípios.	22 municípios	Número de municípios com ações de vigilância da saúde do trabalhador
12	Realizar monitoramento da alimentação regular dos sistemas de informação de vigilância de âmbito estadual	100%	Percentual dos sistemas de informação com alimentação de forma regular no âmbito do estado.
13	Implementar as ações de vigilância da saúde do trabalhador nos municípios do estado.	22 municípios	Número de municípios com ações de vigilância da saúde do trabalhador implementadas.
14	Realizar ações de cooperação técnica junto aos Municípios no fortalecimento da gestão das ações de Vigilância.	22 municípios	Número de municípios com cooperação técnica realizadas.
15	Executar ações de Vigilância de forma complementar a atuação dos Municípios.	22 municípios	Número de municípios com ações complementares realizadas
16	Promover a participação no financiamento das Vigilâncias Municipais.	22 municípios	Número de município com financiamento das ações de vigilância.

17	Realizar retroalimentação dos dados às Secretarias Municipais de Saúde;	22 municípios	Número de municípios com retroalimentação dos dados
18	Atualizar o plano de contingência para preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de importância estadual.	01 (um) plano de contingência	Número de Planos atualizados para preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública.
19	Cooperar com os Municípios em emergências de saúde pública de importância municipal, quando indicado.	22 municípios	Número de municípios com cooperação realizada.
20	Coordenar o monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinelas em âmbito hospitalar, em articulação com os Municípios.	03 (três) Hospitais	Número de hospitais com monitoramento e avaliação sentinelas
21	Realizar campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito estadual.	05 (cinco) campanhas	Número de campanhas realizadas
22	Fomentar ações de educação permanente no âmbito da Vigilância em Saúde nos municípios.	22 municípios	Número de municípios com ações de educação permanente fomentada.
23	Promover cooperação/intercâmbio Técnico científico com instituições governamentais e não governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional.	02 (dois) intercâmbios	Número de intercâmbios realizados
24	Fomentar a participação social nas ações de vigilância nos municípios.	22 municípios	Número de municípios com participação social nas ações
25	Realizar gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da Vigilância em Saúde nos municípios do estado.	22 municípios	Número de municípios com gestão dos estoques.

26	Prover a Rede de Vigilância em Saúde com insumos estratégicos de acordo com norma vigente.	100%	Percentual de insumos estratégicos disponibilizados a rede de vigilância em saúde.
27	Avaliar a rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos relativos à vigilância.	100%	Percentual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, avaliados
28	Estabelecer normas e fluxos técnico-operacionais da Vigilância em Saúde estadual.	100%	Percentual de normas e fluxos técnico-operacionais estabelecidos.
29	Credenciar laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública.	100%	Percentual de laboratórios credenciados
30	Adquirir insumos laboratoriais necessários para realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância.	100%	Percentual de insumos laboratoriais adquiridos
31	Contratualizar empresa para transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência estadual e nacional.	01 (uma) empresa	Número de empresa contratada
32	Contratualizar empresa para proceder com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes.	01 (uma) empresa	Número de empresa contratada
33	Estruturar as gerências de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.	100%	Percentual de estruturação das gerências de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.
34	Estruturar as coordenações municipais de endemias nas regiões de saúde com objetivo na eliminação e o controle da malária.	02 (duas) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com área de endemias estruturada.

35	Disponibilizar recursos financeiros para contratação de recursos humanos que atuam na Vigilância em saúde.	15%	Percentual de recursos financeiros disponibilizados para contratação de recursos humanos.
36	Estruturar as Unidades regionais de abastecimento dos insumos estratégicos de Vigilância em Saúde, de acordo com as normas vigentes.	3 Unidades regionais	Número Unidades regionais de abastecimento dos insumos estratégicos estruturadas.
37	Promover a qualificação dos municípios para a instituição de consórcios regionais para estabelecimento de centro de zoonoses	22 municípios	Número de municípios qualificados.
38	Promover campanhas educativas para conscientização da posse responsável de animais nas regiões de saúde.	03 (três) campanhas	Número de campanhas educativas realizadas nas regiões de saúde
39	Assessorar, de forma contínua, os municípios na implementação das ações de prevenção de epidemias de dengue.	22 Municípios	Número de municípios assessorados.

Objetivo 1.2.2 - Promover ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis acidentes e violências.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Ampliar o número de unidades de saúde com serviços de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantadas	80%	Percentual de Unidades com serviço de notificação contra a violência implantados.
2	Realizar ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis nas regiões de saúde.
3	Realizar ações de vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências nos municípios do estado.	22 municípios	Número de municípios com ações de vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências
4	Realizar ações de vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco nos municípios do estado.	22 municípios	Número de municípios com ações de vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco
5	Realizar ações de vigilância dos acidentes e violências nos municípios do estado;	22 municípios	Número de municípios com ações de vigilância dos acidentes e violências
6	Estruturar a área de doenças crônicas não transmissíveis – DCNT na gerencia de vigilância epidemiológica	100%	Percentual de estruturação da DCNT na Vigilância Epidemiológica

Objetivo 1.2.3. Atuar nas ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento para o envelhecimento saudável.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Apoiar as ações de promoção em saúde nos municípios.	22 municípios	Número de municípios com ações de promoção em saúde
2	Desenvolver estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social nos municípios.	22 municípios	Número de municípios com estratégias implementadas.

Objetivo 1.2.4 - Desenvolver ações de vigilância sanitária para assegurar a proteção à saúde da população com segurança e qualidade, aperfeiçoando o marco regulatório.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Criar comissão de Vigilância Sanitária com no mínimo três pessoas para fiscalizar e elaborar parecer técnico, assegurar ambientes saudáveis para os trabalhadores	Criar uma comissão da Vigilância Sanitária.	Comissão criada na Vigilância Sanitária.
2	Realizar Cooperação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na execução das ações sob Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite RESOLUÇÃO CIT.	100%	Percentual de execução das ações pactuadas
3	Assessorar os municípios na realização das ações de vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde.	22 municípios	Número de municípios com ações de vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde

4	Realizar fiscalização nos ambientes de trabalho em conjunto com a equipe de saúde do trabalhador nos municípios.	22 municípios	Número de municípios com fiscalização nos ambientes de trabalho.
5	Realizar inspeção sanitária nos serviços de saúde públicos e privados.	100%	Percentual de serviços inspecionados.
6	Incentivar e assessorar os hospitais prioritários (com UTI adulto, pediátrico e neonatal, com parto cirúrgico e Serviços de Hemodiálises) na implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).	13 (treze) Hospitais	Número de Hospitais Incentivados e Assessorados

Diretriz 1.3 – 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.

Objetivo 1.3.1 – Aprimorar e implementar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões 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.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Implementar o funcionamento das salas de parto dos hospitais e das unidades mistas de saúde de acordo com a legislação vigente.	19 Unidades/Hospitais com salas de parto implementadas.	Número de unidades com salas de parto implementadas.
2	Qualificar as Unidades de Saúde pertencentes à rede de atenção à saúde materno infantil.	100% das Unidades	Percentual das Unidades qualificadas.
3	Estimular a priorização o nascimento natural e humanizado	70% dos partos normais e humanizados	Percentual de partos normais e humanizados realizados.
4	Viabilizar exames obrigatórios de radio imagem para gestantes	100% dos exames obrigatórios realizados.	Percentual de exames obrigatórios realizados
5	Dotar o serviço de atendimento móvel com ambulância traçada para atendimento nas áreas rurais de difícil acesso nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde com serviço móvel de atendimento dotado	Número de regiões de saúde com serviço móvel de atendimento dotado
6	Implementar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e a Luta antimanicomial através da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS nas suas diversas modalidades (CAPS III-	03 (três) Regiões de Saúde	Número de regiões de saúde com a RAPS implementada

	CAPS I- CAPS II, CAPS AD), nas regiões de saúde.		
7	Assessorar os municípios na implantação de Residência Terapêutica	22 municípios	Número de municípios assessorados.
8	Implantar leitos de saúde mental em Hospital Geral.	40% dos leitos de saúde mental.	Percentual de leitos para saúde mental implantado.
9	Assessorar a implementação do planejamento familiar na atenção básica.	22 municípios assessorados.	Número de municípios Assessorados
10	Assessorar os municípios das regiões de saúde para implantação de Centro Educativo Comunitário de Acolhimento e Reintegração aos Dependentes Químicos.	03 (três) regiões de saúde assessoradas.	Número de regiões de saúde assessoradas.
11	Implementar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança e da Mulher nas regiões de saúde	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com a Política implementada.
12	Apoiar os municípios na estruturação de programas de prevenção das doenças nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com o programa esturado
13	Instituir Núcleo de Atenção a Defeitos a má formação Congênitos nas regiões de saúde.	03 (três) núcleos instituídos.	Número de núcleos instituídos.
14	Implementar os pontos de atenção da Rede Cegonha nas regiões de saúde.	3 (três) regiões de saúde	Indicador: Número de regiões de saúde com pontos implementados
15	Assegurar recursos financeiros para organização e reorganização das redes de atenção à saúde.	100% dos recursos assegurados.	Percentual de financiamento garantido.

16	Assegurar a finalização do Hospital Regional de Brasiléia.	100%	Percentual de execução da obra.
17	Estruturar o Hospital Regional de Brasileia	100%	Percentual de estruturação realizada.
18	Realizar reforma do Hospital João Câncio Fernandes de Sena Madureira.	100%	Percentual da reforma realizada.
19	Estruturar e equipar a maternidade de Feijó.	100% da maternidade estruturada	Percentual de estruturação da maternidade.
20	Finalizar a obra do Instituto de traumatologia e ortopedia do Acre – INTO.	100% do Instituto Finalizado	Percentual do Instituto Finalizado
21	Estruturar o Instituto de traumatologia e ortopedia do Acre – INTO.	100% do Instituto estruturado	Percentual do Instituto estruturado
22	Ampliar a área física do INTO para implantação dos serviços da oficina ortopédica, reabilitação neurológica e apoio administrativo.	03 (três) Serviços	Número de serviços do INTO ampliado.
23	Estruturar os serviços do Hospital de Urgência e Emergência - HUERB	100%.	Percentual de serviços estruturados
24	Ampliar a estrutura física da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) adequando os ambientes físicos.	01 (uma) ampliação	Estrutura ampliada.
25	Reformar o Hospital Geral de Feijó.	01 (uma) reforma	Hospital reformado
26	Reformar o Hospital Abel Maciel Pinheiro Filho de Mâncio Lima.	01 (uma) reforma	Hospital reformado

27	Reformar as enfermarias do Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco (HUERB).	01 (uma) reforma.	Enfermarias reformadas
28	Ampliar o Hospital Geral de Feijó.	01 (uma) ampliação.	Hospital ampliado.
29	Ampliar Hospital Abel Maciel Pinheiro Filho de Mâncio Lima.	01 (uma) ampliação.	Hospital ampliado.
30	Ampliar as enfermarias do Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco (HUERB).	01 (uma) ampliação	Enfermarias ampliadas
31	Implementar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) nas regiões de saúde	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com Rede de Urgência e Emergência implementada.
32	Implementar a Política de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS.	100%	Percentual da política de saúde do trabalhador implementada.
33	Implementar o serviço de atenção domiciliar em Unidades da rede de atenção às Urgências e Emergências nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de Serviço de atenção domiciliar implementado nas regiões de saúde
34	Reorganizar as Redes de Atenção à Saúde.	100%	Percentual de rede de atenção à saúde reorganizada
35	Ampliar os serviços de saúde bucal nas unidades de urgência e emergência.	50%.	Percentual de serviços de saúde bucal ampliados.
36	Ampliar os serviços de saúde bucal especializados.	100%.	Percentual de serviços especializados ampliados.
37	Implantar Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) na Região do Juruá, Tarauacá/Envira.	Implantar 01(um) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador na Região do Juruá	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador implantado.
38	Garantir o atendimento das especialidades de ortopedia e pediatria na equipe médica das UPA's.	03 (três) UPAS com atendimento de ortopedia e pediatria	Número de UPAS com atendimento em ortopedia e pediatria.

39	Assessorar os municípios na implantação dos CAPS.	06 (seis) municípios	Nº de municípios Assessorados
40	Assegurar o acesso de qualidade, com acessibilidade a todos os tipos de deficiência, nas três regiões de saúde.	100% das unidades com acessibilidade.	Percentual de unidades com acessibilidade
41	Garantir atendimento adequado nas Unidades de Saúde Estaduais às pessoas deficientes.	100% Unidades com atendimento adequado.	Percentual de unidades atendimento adequado.
42	Implantar uma equipe multiprofissional para acompanhar e diagnosticar pessoas com TDAH, autismo, dislexia, discalculia e dislalia.	01(uma) Equipe multiprofissional.	Equipe multiprofissional implantada.
43	Implantar a Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência, articulada à Rede de Atenção Psicossocial (autismo, TDAH, DPAC, transtornos funcionais: dislexia, dislalia, discalculia, disortográfica e disgrafia) no estado do Acre.	100%.	Percentual da rede de atenção às pessoas com deficiência implantada
44	Estruturar a área da saúde da pessoa com deficiência.	01 (uma) área	Área estruturada
45	Elaborar projeto para atender as necessidades dos usuários com deficiências visuais e auditivas.	01 (um) projeto	Projeto elaborado.
46	Instituir comissão técnica com participação do controle social para elaboração de protocolo estadual de atendimento às pessoas com deficiências, Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), autistas, discalculia, dislexia e dislalia.	01 (uma) Comissão	Comissão técnica instituída.

47	Implantar protocolo estadual de atendimento às pessoas com deficiências, Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), autistas, discalculia, dislexia e dislalia.	01 (um) Protocolo	Protocolo implantado.
48	Viabilizar a implantação do serviço para atendimento com equoterapia para pacientes com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), autismo e demais pessoas deficientes.	01 (um) serviço	Serviço Implantado
49	Garantir o atendimento humanizado nos serviços de média e alta complexidade, levando em conta as especificidades das Pessoas com Deficiência (PCD), autismo, TDAH, Distúrbio do Processamento Auditivo Central (DPAC) e transtornos funcionais (dislexia, dislalia, discalculia, disortografia e disgrafia).	100%	Percentual de pessoas com (PCD, TDAH, autismo, DPAC, dislexia, dislalia, discalculia, disortografia e disgrafia) atendidas.
50	Assessorar 22 municípios nas ações de diagnóstico, prevenção, controle e enfrentamentos de agravos crônico-degenerativos.	22 municípios.	Número de municípios assessorados.
51	Formar Parceria municipal para readequar o Centro de Testagem e Aconselhamento para realização de estudos e pesquisa, e maior aproximação comunitária.	01 (uma) parceria.	Parceria Formada.
52	Incluir os profissionais especializados em Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) no Programa Saúde na Escola (PSE).	80% dos profissionais.	Percentual de profissionais especializados inseridos no Programa Saúde na Escola.
53	Reformar a central de transplantes	01 (uma) reforma.	Central de transplante reformada.

Objetivo 1.3.2 - Implantar o Sistema de Transporte Sanitário.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Assegurar o transporte para gestantes de alto risco em tratamento na rede estadual de assistência.	100%	Percentual de gestantes de alto risco com transporte assegurado.
2	Assessorar os municípios para captação de recursos para aquisição de transporte terrestre e fluvial adequado/transporte sanitário.	16 municípios	Número de municípios assessorados
3	Estruturar o serviço de transporte Inter hospitalar nas regiões de saúde.	3 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com serviço de transporte Inter hospitalar.

Objetivo 1.3.3 - Assegurar a qualidade do sangue, seus hemoderivados e hemocomponentes.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Executar projetos que visem à estruturação e o fortalecimento da hemorrede pública estadual.	100% dos projetos	Percentual de projetos executados.
2	Ofertar sangue e hemocomponentes para cobertura da rede de saúde estadual.	100%.	Percentual de cobertura da rede.
3	Elaborar projeto de implantação da agência transfusional no município de Marechal Thaumaturgo.	01 (um)	Projeto elaborado.

4	Estruturar os serviços de hemoterapia e hematologia nas regiões de saúde	3 regiões de saúde com serviços estruturados	Número de regiões de saúde com serviços estruturados.
5	Assegurar a qualificação dos profissionais em processos da hemorrede pública.	100%	Percentual de profissionais e processos da hemorrede qualificados

Objetivo 1.3.4 - 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.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Assessorar os municípios para o fortalecimento do serviço de saúde bucal na atenção básica.	22 Municípios.	Número de municípios assessorados.
2	Reducir a taxa de mortalidade	Redução de mortalidade infantil de 16,21 em 2014 para 16 por mil nascidos vivos em 2019.	Reducção da taxa de mortalidade

Objetivo 1.3.5 - Implementar a Política Estadual de Atenção à Saúde de Grupos Étnico Raciais, LGBT e Comunidades Tradicionais.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Garantir cadeiras de rodas, de banho, fraldas e andador para as pessoas com deficiência que buscarem atendimento, fortalecendo a rede de cuidados às pessoas com deficiência, obedecendo à legislação e	100% dos pedidos atendidos	Percentual de pedidos atendidos.

	atendendo a demanda existente.		
2	Realizar ações itinerantes em diversas especialidades médicas, priorizando as pessoas com deficiência e os trabalhadores rurais.	64 (sessenta e quatro) ações.	Número de ações realizadas.
3	Estabelecer parcerias com os Distritos Sanitário Especial Indígena para implantação de posto de saúde dentro das aldeias de difícil acesso do estado.	40% das aldeias.	Percentual de parcerias estabelecido.
4	Instalar poços artesianos ou amazonas e módulos sanitários nas comunidades rurais e indígenas.	40% das aldeias.	Percentual de parcerias estabelecida.
5	Implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nas regiões de saúde.	03(três) regiões de saúde.	Número de regiões de saúde com a política da população negra implantada.
6	Implantar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) nas regiões de saúde do estado.	03(três) regiões de saúde.	Número de regiões de saúde com PNAISP implantada.
7	Assegurar o acesso das populações prioritárias (negro, índio, ribeirinhos e rurais) em todas as unidades de saúde do estado.	100% do acesso	Percentual das populações prioritárias com acesso aos serviços de saúde

8	Elaborar o Plano Estadual de Atenção à População Negra.	01 (um) Plano	Plano Elaborado
9	Instituir área técnica responsável pela Política de Atenção Integral a Saúde da População Indígena.	01 (uma) área técnica	Área técnica instituída
10	Elaborar protocolo de acesso, nas Unidades Hospitalares e de Pronto Atendimento, considerando classificação de risco social.	1 (um) Protocolo	Protocolo elaborado.
11	Assessorar os municípios para atendimento aos pacientes indígenas.	22 municípios	Número de Municípios assessorados
12	Disponibilizar casas de apoio para acolhimento de pessoas em tratamento fora de domicílio nas regiões de saúde. Meta:	03 (três) casas de apoio	Número de regiões de saúde com Casas de apoio disponibilizadas.
13	Implementar anualmente o Programa Saúde Itinerante Especializado Multiprofissional.	17 municípios do Estado do Acre	Número de municípios atendidos pelo Programa Saúde Itinerante.
14	Promover a atenção integral a saúde da mulher e da criança com a atenção as áreas e populações de maior vulnerabilidade nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com atendimentos voltados a atenção integral a saúde da mulher e da criança.
15	Estruturar as Unidades de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (maternidades do Estado, Centro Especializado de Atenção à Mulher, Hospital da Criança e as alas	13 Unidades	Número de Unidades de Atenção à saúde da mulher e da criança estruturadas

	obstétricas das Unidades Mistas).		
16	Capacitar os profissionais de saúde para o atendimento das populações prioritárias sem interferir nas suas crenças socioculturais.	100%	Percentual de profissionais capacitados.
17	Apoiar o DSEIS na implementação da política saúde mental, incluindo o uso abusivo de álcool e outras drogas para populações indígenas.	02 (dois) DSEIS	Implementação da política de saúde mental efetivada.
18	Reativar o comitê técnico de saúde da população negra e LGBT do Estado.	01 (um) Comitê	Comitê reativado.

Objetivo 1.3.6 - Implantar a Política de Práticas Integrativas na Rede de Atenção à Saúde

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Fortalecer a Política de Práticas Integrativas e Complementares, por meio da execução das ações do Projeto Sentinela e Automassagem para a vida nas regiões de Saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com execução de ações do Projeto Sentinela e Automassagem.
2	Incentivar a execução de projetos de estruturação da assistência farmacêutica em Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do SUS.	02 (dois) Projetos	Número de projetos executados

Objetivo 1.3.7 - Humanizar e qualificar o acesso às ações de Atenção Básica, Atenção Especializada, Ambulatorial e Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Criar uma rede de unidade coronária incluindo área de hemodinâmica integral (24horas).	1 (uma) rede	Rede Criada.
2	Elaborar projeto para implantação de unidade coronária na FUNDHACRE	01 (um) projeto	Projeto elaborado.
3	Implementar o serviço de reabilitação nas regiões de saúde	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com Serviço implementado.
4	Implantar serviço de reabilitação nas regionais de saúde do Juruá/Tarauacá e Envira e do Alto Acre.	02 (duas) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com serviço de reabilitação implementado.
5	Implantar Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC) nas Unidades de referência regional de urgência e emergência.	03 (três) Unidades	Número de Unidades de Acidente Vascular Cerebral (AVC) implantado.
6	Elaborar projeto para implantação de leitos de saúde mental para atendimento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas nas 3 regiões de saúde.	01 (um) projeto	Projeto elaborado
7	Elaborar projeto para implantação de leitos de saúde mental para atendimento as crianças e adolescentes com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas nas 3 regiões de saúde.	01 (um) projeto	Projeto elaborado

8	Implantar serviço de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no Hospital regional do Juruá.	01 (um) serviço	Serviço implantado.
9	Estruturar as Unidades Mistas de saúde do Estado.	100%	Percentual de unidades mistas estruturadas.
10	Implantar sala de estabilização na Unidade Mista de Jordão.	01(uma) sala	Sala de estabilização implantada
11	Estruturar sala de parto da Unidade Mista de Jordão.	01 (uma) sala	Sala de parto estruturada.
12	Dotar a Unidade Mista de Jordão com serviço de Raio X	01 (um) serviço	Serviço de Raio X implantado.
13	Implantar e implementar Política de Humanização do SUS em todas as unidades de saúde.	100%	Percentual de unidades de saúde de gestão estadual com política de humanização implantada.
14	Reducir as internações por condições sensíveis a atenção básica (ICSAB).	Redução de 20% das ICSAB	Percentual de redução das ICSAB
15	Qualificar a captação dos registros de produção de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar das unidades de saúde do Estado	Qualificar a captação dos registros em 80%	Percentual de unidades de saúde qualificadas

Objetivo 1.3.8 - Ampliar e estruturar os serviços de apoio diagnóstico para Atenção Básica e Especializada.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Implementar o acesso qualificado ao apoio diagnóstico laboratorial nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regionais com acesso ao apoio diagnóstico laboratorial implementado.
2	Implementar o acesso qualificado ao apoio diagnóstico de rádio imagem nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde.	Número de regionais com acesso ao apoio diagnóstico de rádio imagem implementado.
3	Implementar o acesso qualificado ao apoio diagnóstico com traçados gráficos nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde.	Número de regionais com acesso ao apoio diagnóstico traçados gráficos implementados.
4	Estruturar o laboratório de fronteira para realizar os exames de saúde pública.	01 (um) Laboratório	Laboratório de fronteira estruturado.
5	Implantar centro de diagnóstico especializado nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de região de saúde com centro de diagnóstico especializado implantado.
6	Elaborar projeto para ampliação de laboratórios de análise clínicas nas regiões de saúde nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com projeto elaborado.
7	Implantar laboratório de Saúde Pública na região do Juruá/Tarauacá e Envira.	1 (um) Laboratório	Laboratório Implantado
8	Apoiar a descentralização do apoio diagnóstico para os municípios do estado.	22 Municípios	Número de municípios com apoio diagnóstico descentralizado.

9	Estruturar o laboratório de análises clínicas do hospital de Brasiléia para ampliar a realização de exames.	80%	Percentual ampliado de exames de análises clínicas
10	Assegurar exames de tomografia, radioterapia e braquiterapia.	100%	Percentual de exames de tomografia, braquiterapia e radioterapia realizados.
11	Elaborar projetos para aquisição de equipamentos para Média e Alta Complexidade.	01 (um) projeto	Projeto Realizado.
12	Aquisição de aparelho de eletrocardiograma para unidades mistas.	03 (três) Unidades Mistas	Número de unidades mistas com aparelho de eletrocardiograma.
13	Dotar as unidades de saúde estaduais de equipamento de ultrassonografia.	100%	Percentual de unidades de saúde com equipamento de ultrassonografia.
14	Assegurar, em até 60 dias, a entrega de resultados exames de tomografia e biópsia para pacientes em tratamento de câncer, em conformidade com a lei nº 12.732 de 22/11/2012.	100%	Percentual de exames de tomografia e biópsia para pacientes com câncer estregues até 60 dias.
15	Viabilizar as ações, recursos e responsabilidades do apoio diagnóstico em 100% da gestão de saúde estadual.	100%	Percentual de ações e recursos viabilizados.

EIXO II – PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Diretriz 2.1 – Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

Objetivo 2.1.1 - Manter o programa de qualificação dos Conselheiros de Saúde do SUS

Programação Quadrienal			
Item	Ações	Meta	Indicador de Monitoramento
1	Elaborar o projeto de formação de conselheiros e gestores públicos em temáticas relacionadas aos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS.	01 (um) projeto	Projeto Elaborado
2	Executar projeto para formação de conselheiros e gestores públicos em temáticas relacionadas aos princípios, diretrizes, organização e funcionamento do SUS, de acordo com as especificidades das pessoas em situação de vulnerabilidade, com participação do controle social.	01(um) Projeto	Projeto executado

Objetivo 2.1.2 Fortalecer a participação da comunidade, do controle social e dos órgãos colegiados.

Programação Quadrienal			
Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Apresentar as políticas públicas desenvolvidas pela SESACRE em Conselhos de Políticas Públicas.	100%.	Percentual de apresentações realizadas.

2	Fortalecer a articulação das políticas do SUS com a política de Saúde Indígena junto aos DSEI's.	100%	Percentual de Distritos Sanitários Indígenas e Conselhos de Saúde com articulação.
3	Implantar ouvidoria nas unidades sob gestão estadual.	100%	Percentual de ouvidorias implantadas.
4	Promover participação dos conselhos indígenas no conselho estadual de saúde.	100%	Percentual de conselheiros nos conselhos indígenas.

Objetivo 2.1.3 - Ampliar, assegurar e fortalecer as instâncias e colegiados de controle social no SUS.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Estabelecer fórum de discussão entre conselhos e entidades.	01 (um) Fórum	Fórum estabelecido.
2	Formar parceria com as instituições para garantir a participação de conselheiros nas atividades do CES.	100%	Percentual de participação garantida.
3	Determinar, no âmbito da SESACRE, que Unidades de Saúde afixem em local visível, os telefones dos Conselhos Municipais de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, ouvidorias municipal e estadual e da Promotoria de Defesa da Cidadania e Saúde.	100% dos locais visíveis	Percentual de unidades com números de telefones afixados em local visível.
4	Divulgar amplamente o calendário de reuniões do Conselho Estadual de Saúde para a comunidade, com a apresentação prévia da pauta.	100%	Percentual de reuniões divulgadas.
5	Divulgar no âmbito estadual, através da mídia falada, escrita e televisiva, as ações desempenhadas pelo CES para os demais	100%	Percentual de ações do Conselho Estadual de Saúde divulgado.

	conselhos de saúde e a comunidade.		
6	Implantar a Política Nacional de Participação Social.	100%.	Percentual da Política Nacional de Participação Social implantada.
7	Implantar ouvidorias nas Unidades de Saúde Especializadas e de Urgência e Emergência, para fortalecer a escuta qualificada e humanizada pelos profissionais no cuidado ao usuário.	10 (dez) ouvidorias	Número de ouvidorias implantadas.
8	Implantar as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST's) nas Regiões de Saúde do Estado	03 (três)	Número de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador implantadas

EIXO III – VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Diretriz 3.1 – Fortalecer o papel do Estado 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 na área da saúde estabelecida pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.

Objetivo 3.1.1 – Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.

Programação Quadrienal			
Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Estabelecer parcerias para promover atualização e capacitação dos profissionais de saúde, garantindo a formação.	02 (duas) parcerias	Número de parcerias estabelecidas
2	Priorizar cursos de especializações e capacitação nas áreas técnicas e humanização.	30% das especializações e capacitações	Percentual especializações e capacitações ofertadas.
3	Firmar parcerias com as secretarias municipais do Acre para capacitar os profissionais de saúde, em conformidade com a Portaria nº 2.488/2011, que institui a Política Nacional de Atenção Básica.	22 Parcerias	Número de parcerias formalizadas.
4	Capacitar em Urgência e Emergência os profissionais de saúde das Unidades Mistas.	100%	Percentual de profissionais capacitados.

5	Ação: Capacitar os profissionais que atuam na área de recursos humanos em informática e gerenciamento da rede de sistema.	70% de Recursos Humanos na área de informática.	Percentual de Profissionais Capacitados.
6	Capacitar os profissionais de saúde na área de tecnologia da informação.	30%	Percentual de profissionais de saúde capacitados.
7	Assegurar a continuidade do aprendizado dos profissionais da saúde na língua brasileira de sinais.	100%	Percentual de profissionais com continuidade do aprendizado assegurado.
8	Qualificar profissionais em saúde no Programa Sentinel da maneira a compor todas as equipes de saúde nas Unidades de Pronto Atendimento e Urgência e Emergência.	100%	Percentual de profissionais qualificados.
9	Qualificar os profissionais da saúde para atuação na saúde indígena.	Qualificar 30% dos profissionais de saúde em saúde indígena.	Percentual de profissionais de saúde capacitados em saúde indígena.
10	Ampliar a oferta de cursos profissionalizantes na área de laboratório, saúde bucal e correlatos.	15%	Percentual de ampliação efetivada.
11	Ofertar aos diversos profissionais que atuam na saúde formação continuada nos Sistemas de Informação do SUS.	30%	Percentual de profissionais com formação continuada nos sistemas de informação do SUS.

12	Assegurar proficiência na língua portuguesa aos médicos estrangeiros que atuem através de Convênios com o SUS, para que haja maior integração entre médico e paciente, de acordo com as especificidades locais.	80%	Percentual de médicos estrangeiros com proficiência em língua portuguesa
13	Elaborar estudo da necessidade de coordenado pela CIES para implantação de graduação e pós-graduação na área de saúde nas Regiões de Saúde do Estado.	01 (um) Estudo	Estudo elaborado
14	Estabelecer parceria nas regiões de saúde com as IES, para a implantação de novos cursos públicos de graduação e pós-graduação identificado no estudo de necessidade realizado pelo estado.	100% das IES	Percentual de parceria estabelecida.
15	Qualificar os profissionais dos serviços de referência para prescrição correta de tecnologias assistivas (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção).	100%	Percentual de profissionais efetivos qualificados.
16	Qualificar os servidores das unidades de saúde, Instituto Médico Legal (IML) e delegacias especializadas para o acolhimento humanizado das mulheres, adolescentes, crianças e idosos vítimas de abuso sexual e outras situações de risco à saúde, bem como,	Qualificar 100% dos servidores	Percentual de servidores qualificados.

	no momento do parto.		
17	Assessorar os municípios nos processos de qualificação dos profissionais designados para acompanhar os usuários nas academias populares.	22 Municípios	Número de municípios assessorados.
18	Implementar processo de dimensionamento de pessoas. Nas unidades administrativas e assistenciais da Secretaria de Estado de Saúde com processo de dimensionamento implantado.	80% das Unidades administrativas e assistenciais da Secretaria de Estado de Saúde com processo de dimensionamento implantado.	Percentual de processos implementados.

O Objetivo 3.1.2 - Implantar, fortalecer e democratizar a política de valorização dos profissionais de saúde do SUS.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Assegurar o custeio referente às despesas dos profissionais de saúde que necessitem de deslocamento para realizar cursos na sua área de atuação.	100%	Percentual de profissionais com custeio assegurado pela gestão.
2	Estabelecer parceria junto ao Centro de Estudo de Línguas (CEL) e Centro de Idiomas, para vagas nos cursos de línguas estrangeiras para os profissionais de saúde.	02 (duas) parcerias	Número de parcerias estabelecidas.
3	Estabelecer parcerias com as instituições formadoras de ensino superior e setor	03 (três) regiões de Saúde	Número de regiões de saúde com

	produtivo para a Vigilância em Saúde capacitar o setor produtivo, que atendam as 03 Regiões de Saúde.		parcerias estabelecidas.
4	Fomentar a participação do servidor na realização de pesquisa científica e participação em eventos no âmbito da saúde.	10%	Percentual de servidores em pesquisas e eventos de interesse à saúde.
5	Divulgar amplamente os processos de especialização, mestrado e doutorado oferecidos pelas três esferas de gestão para os servidores de saúde.	100%	Percentual de processos de especialização, mestrado e doutorado amplamente divulgados.
6	Qualificar os profissionais que atuam nas Unidades que integram a rede de urgência e emergência, com ênfase em Urgência/Emergência Pediátrica.	100%	Percentual de Profissionais Qualificados.

Objetivo 3.1.3 - Implantar mecanismos que proporcionam a valorização das relações de trabalhos e espaço de negociação permanentes entre trabalhadores e gestores do SUS.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Assegurar que a inserção do trabalhador em saúde se dê exclusivamente através de concurso público efetivo, exceto em casos previstos em lei.	100%	Percentual de servidores públicos contratados mediante concurso público.

2	Ofertar ambientes de trabalho saudáveis e promotores de bem-estar dos usuários e dos trabalhadores por meio da política de humanização.	100%	Política de Humanização implantada
3	Disponibilizar os exames médicos periódicos para os servidores da saúde conforme legislação vigente do Ministério do Trabalho.	100%	Percentual de exames médicos disponibilizados
4	Firmar parcerias com Instituições Públicas e Privadas para promover ações voltadas à saúde do trabalhador nas regiões de saúde.	03 (três) regiões	Número de regiões de saúde com parcerias firmadas
5	Garantir equipamentos de proteção individual para todos os profissionais de saúde, de acordo com a legislação trabalhista vigente.	100%	Percentual de profissionais de saúde com equipamentos de proteção individual garantido.
6	Realizar estudo para dimensionamento da necessidade dos profissionais por unidade de saúde.	01 (um) estudo	Estudo realizado

Objetivo 3.1.4 - Implantar mecanismos que proporcionam a valorização das relações de trabalhos e espaço de negociação permanentes entre trabalhadores e gestores do SUS.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Revisar o Plano de Cargo e Carreira Remuneração conforme legislação vigente.	02 (duas) revisões	Número de Revisões realizadas
4	Implementar as adequações que se fizerem necessárias apontadas pelas revisões do Plano de Cargo, Carreira e Remuneração.	02 (duas)	Percentual de adequações implementadas.
5	Inserir a categoria dos profissionais: tecnólogo em radiologia, tecnólogo de gestão hospitalar e tradutor e interprete de libras no Plano de Cargo e Carreira Remuneração.	03 (três) categorias	Número de categorias inseridas

Objetivo: 3.1.5. Implementar a política de formação, educação permanente e valorização dos trabalhadores do SUS.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Criar comissão para elaborar proposta que contemple estratégias para fixação de profissionais no SUS nas localidades de	1 (uma) Comissão	Comissão criada

	difícil de acesso.		
2	Instituir uma Política de Valorização do Servidor Público.	01 (uma)	Política instituída.
3	Inserir no PCCR a revisão anual do pagamento de insalubridade a fim de assegurar o direito dos trabalhadores.	01 (uma) inserção	Inserção realizada.
4	Criar comissão para estabelecer número de vagas nos concursos públicos para tecnólogos e gestores hospitalares formados para atuar na sua área específica.	01 (uma) Comissão	Comissão criada
5	Implementar plano de qualificação e aperfeiçoamento para os servidores da área meio e assistencial da Secretaria de Estado de Saúde	40% de plano de qualificação e aperfeiçoamento implementado para os servidores.	Percentual de qualificação e aperfeiçoamento realizados.

EIXO IV – FINANCIAMENTO DO SUS E RELAÇÃO PÚBLICO – PRIVADO

Diretriz 4.1 - Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos.

Objetivo 4.1.1 – Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Assessorar os municípios em estudo de necessidade de ampliação do financiamento para estruturação da saúde bucal.	22 municípios	Número municípios assessorados.
2	Ampliar as Unidades Móveis para coleta de bolsa de sangue nas Regiões de Saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com Unidades Móveis ampliadas
3	Ampliar a capacidade física, técnica e operacional do Serviço de Assistência Especializada (SAE), contemplando a saúde indígena.	1 (uma) ampliação	Ampliação realizada.
4	Assegurar recursos financeiros para ampliar a capacidade física, técnica e operacional do SAE indígena, além do fornecimento de medicamento em 100% dos atendimentos.	01 (uma) projeto de captação de recursos pactuado e com financiamento definido.	Ampliação realizada.

5	Assessorar os municípios no diagnóstico para a construção de seus planos de carreira, cargos e remuneração.	22 municípios	Número de municípios assessorados.
6	Assegurar a intersetorialidade e interinstitucionalidade para a condução da Política de Educação Permanente em Saúde nas regiões de saúde, de acordo com as necessidades locoregionais, conforme a Portaria nº 1.996/2007.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com a política de Educação Permanente Assegurada.
7	Elaborar estudo de viabilidade para a implantação de maternidades nas regiões de saúde.	03 (três) Estudos	Número de estudos elaborados
8	Assegurar o financiamento para execução da Programação Anual de Saúde, em conformidade com a Lei Orçamentária.	100%	Percentual de financiamento assegurado.
9	Assegurar financiamento para as ações de vigilância em saúde, considerando o acesso, localização geográfica, perfil epidemiológico, social e econômico do estado.	100%	Percentual de ações de vigilância em saúde com financiamento assegurado.
10	Estabelecer parceria com o Distrito Sanitário Especial Indígena para assegurar material educativo nas aldeias para prevenção de doenças e promoção à saúde na língua	02 (duas) parcerias	Número de Parcerias estabelecidas.

	indígena, de acordo com as suas especificidades, com formato acessível para pessoas com deficiências visuais e surdas.		
11	Articular junto ao Ministério da Saúde a manutenção do programa mais médico.	01 (uma) Articulação	Articulação Estabelecida
12	Apoiar os municípios na criação de consórcios intermunicipais.	22 municípios	Número de municípios apoiado
13	Garantir financiamento para aquisição e manutenção dos transportes sanitários das unidades estaduais de saúde.	36 Unidades	Número de Unidades com financiamento garantido.
14	Garantir a execução de termos de contratos/convênios/termos de cooperação celebrados entre SESACRE e hospitais/serviços.	100%	Contratos/convênios/termo de cooperação celebrados e executados.
15	Assegurar a cooperação técnica/financeira com as organizações não governamentais (ong's).	100%	Percentual de cooperação técnica e financeira assegurado.
16	Garantir a celebração e execução de termos de contratos ou convênios celebrados entre a SESACRE e o Ministério da Saúde.	100% dos de termos contratos ou convênios.	Termos de convênios celebrados e executados.
17	Contratualizar os serviços complementares especializados para atenção à saúde da população.	100%	Percentual de Contratualização efetivada.

18	Monitorar as contratualizações celebradas.	100%	Percentual de contratualizações monitoradas
----	--	------	---

Objetivo 4.1.2 - Aprimorar os processos de negociação, pactuação e financiamento do SUS.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Assessorar os municípios para fortalecimento da atenção básica.	22 municípios	Número de municípios assessorados.
2	Promover a reestruturação da atenção básica nos municípios.	22 municípios	Número de municípios reestruturados.
3	Promover o financiamento da atenção básica no âmbito do estado.	22 municípios	Número de municípios financiados.
4	Monitorar o cumprimento dos percentuais constitucionais de cada município.	22 municípios	Número de municípios monitorados
5	Garantir o financiamento de transportes aéreo e terrestre interestadual e intermunicipal.	100%	Percentual de financiamento garantido.
6	Elaborar projeto de Lei Estadual para recolhimento de taxas e multas da vigilância em saúde, com destinação para o Fundo	01 (um) projeto	Projeto de Lei elaborado.

	Estadual de Saúde.		
7	Recolher taxas e multas da vigilância em saúde para o Fundo Estadual de Saúde.	100%	Percentual de taxas e multas recolhidas.
8	Planejar o financiamento por região de saúde quanto ao Tratamento Fora Domicílio.	01 (um) Planejamento	Planejamento Elaborado
9	Garantir recursos para contratação de profissionais de saúde concursados, visando a não terceirização do serviço de saúde.	100%	Percentual de profissionais contratados através de concurso.
10	Garantir o financiamento da folha de pessoal e plantões extras do quadro de pessoal da SESACRE.	100%	Percentual da Folha de pagamento e plantões extras financiados
11	Assessorar os municípios para implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).	22 municípios	Número de municípios assessorados.

EIXO V – GESTÃO DO SUS E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Diretriz 5.1 – Garantir políticas públicas que busquem a integralidade da assistência por meio do fortalecimento da Atenção Básica, da ampliação e da implantação de Equipes da Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com retaguarda na média e alta complexidade, estimulando a implantação das Unidades de Pronto Atendimento e garantindo a articulação entre os níveis de atenção, melhorando a comunicação/interação entre os serviços da rede de saúde.

Objetivo 5.1.1 – Aprimorar o processo de implantação da Rede de Atenção à Saúde, com o fortalecimento da atenção básica e do processo de regulação

Item	Ações/Metas	Programação Quadrienal	
		Metas Gerais	Indicador de Monitoramento
1	Reformar a estrutura física e equipar o Hospital Epaminondas Jácome de Xapuri para seu pleno funcionamento.	01 (uma) reforma e adequação de equipamentos.	Hospital Epaminondas Jácome reformado e equipado.
2	Recomendar aos municípios a necessidade de adequação das unidades básicas de saúde quanto a acessibilidade.	22 municípios	Número de municípios com recomendação realizada
3	Assegurar nas unidades existentes e nos projetos de construção, reforma e ampliação de unidades de saúde, a inclusão do item acessibilidade.	100%	Percentual de unidades e projetos com inclusão do item acessibilidade
4	Implantar na rede SUS a comunicação em libras e outros recursos acessíveis para surdos e cegos segundo a legislação vigente.	100%	Percentual de unidades de gestão estadual com comunicação em libras e braile.

5	Proporcionar mobilidade urbana no externo das unidades de saúde	Garantir em 100% das Unidades de Saúde o acesso a mobilidade externa.	Percentual de unidades de gestão estadual com mobilidade externa acessível.
6	Contratualizar empresas para manutenção preventiva e corretiva de equipamentos das unidades da rede de saúde.	Meta: 100%	Percentual de empresa contratada
7	Implantar programa e manutenção preventiva e corretiva de equipamentos nas unidades da rede estadual de saúde.	100%	Percentual de unidades com o programa de manutenção preventiva e corretiva implantada.
8	Implantar na rede de atenção à saúde especializada o sistema de referência e contra-referência.	100%	Percentual de municípios com sistema de referência e contra-referência implantados.
9	Apoiar os municípios na implantação da regulação do acesso aos serviços de saúde.	22 municípios	Número de municípios apoiados
10	Realizar mostra estadual de experiências exitosas da Atenção Básica, Gestão, Vigilância e atenção à saúde especializada.	02 (duas) mostras	Número de mostras realizadas.
11	Garantir o repasse financeiro da contrapartida do Estado para fortalecimento da Atenção Primária nos municípios.	22 municípios	Número de municípios com o repasse garantido

Diretriz 5.2 - 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 concertação de responsabilidades dos Municípios, Estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.

Objetivo 5.2.1 - Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do estado como gestor estadual do SUS.

Programação Quadrienal			
Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Ampliar a oferta de especialidades médicas e odontológicas na Fundação Hospital Estadual do Acre (neuropediatras, neurologia, oftalmologistas, ortopedistas, ortodontistas, cardiologistas, otorrinolaringologista, cirurgia buco-maxilo, protesistas, endodontistas).	10 (dez) Especialidades	Número de especialidades ampliadas.
2	Convocar os profissionais aprovados nos concursos públicos para suprir a necessidade da rede de saúde.	100%	Percentual de profissionais convocados.
3	Realizar concurso público para suprir a necessidade de especialistas e demais profissionais necessário para o funcionamento da rede de Atenção à Saúde.	01 (concurso)	Concurso público realizado
4	Elaborar projeto Lei Estadual para a reimplantação dos conselhos gestores e a descentralização financeira nas unidades de saúde sob gestão estadual.	01 (um) projeto	Projeto Elaborado

5	Articular com os órgãos competentes a garantia da trafegabilidade em todos os ramais das comunidades rurais e ribeirinhos.	01 (uma) articulação	Articulação Realizada
6	Articular com os órgãos das áreas de meio-ambiente, ciência e tecnologia, para estabelecimento de parceria com a finalidade de minimizar os problemas de saúde decorrentes de fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos decorrentes do meio Ambiente.	02 (áreas) articuladas	Número de Áreas articuladas.
7	Assessorar os municípios para elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão.	22 municípios	Número de municípios assessorados.
8	Elaborar projeto de lei para instituir processo eleitoral de diretores de unidades de saúde no âmbito da gestão estadual, garantir elegíveis somente profissionais de carreira e concurso com formação específica para determinado cargo.	01 (um) Projeto	Projeto Elaborado..
9	Regulamentar a lei que trata sobre o processo eleitoral de diretores de unidades de saúde no âmbito da gestão estadual.	01 (um) Decreto de regulamentação	Decreto de regulamentação Publicado.
10	Implantar o processo eleitoral de diretores nas unidades de saúde no âmbito da gestão estadual.	100%	Percentual de unidades com processo eleitoral implantado

11	Assessorar o município de Marechal Thaumaturgo na elaboração e implantação do Código Sanitário.	1 (um) Assessoramento	Assessoramento Realizado
12	Implementar a Mesa de Negociação permanente do SUS.	01 (uma) Mesa de Negociação	Mesa de Negociação Permanente implementada
13	Assessorar os municípios na instalação de ouvidoria do SUS.	21 Municípios	Número de municípios assessorados.

Objetivo 5.2.2 - Investir na modernização e qualificação da gestão.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Dotar a unidade hospitalar de segurança adequada, garantindo a integridade dos usuários, trabalhadores e do patrimônio público.	100%	Percentual de Unidades de Saúde com segurança adequada.
2	Dotar o serviço de perícia, bem como, de emissão de laudo médico nas Unidades de Saúde para fins previdenciários.	100%	Percentual de Serviços e de Unidades com emissão de laudos.
3	Implantar a avaliação de caráter meritocrático dos servidores da saúde estadual.	100%	Percentual de servidores da saúde estadual avaliados.

4	Implantar o processo de contratualização nas unidades de saúde da rede pública do Estado em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH), nas Unidades Especializadas de referência.	08 (oito) Unidades	Número de unidades de saúde especializada com Contratualização firmada.
5	Implantar o serviço de monitoramento, controle e avaliação nas unidades de saúde sob gestão estadual.	100%	Percentual de unidades com serviço de monitoramento, controle e avaliação implantados.
6	Realizar avaliação periódica de capacidade técnica dos gerentes das unidades de saúde e gestão estadual.	03 (três)	Número de avaliações realizadas.
7	Reestruturar o serviço de Auditoria/SNA Estadual.	01 (um) Serviço	Serviço de Auditoria Estadual Reestruturado.
8	Dotar as unidades hospitalares de médio e grande porte de gerentes com especialização em administração hospitalar e/ou gestão de saúde.	100%	Percentual de unidades hospitalares com gerentes especializados.
9	Realizar avaliação anual de capacidade técnica dos gerentes das Unidades de saúde e gestão, mediante instrumento de avaliação específica.	04 (quatro) Avaliações	Número de avaliações realizadas
10	Dotar as Unidades Hospitalares de médio e grande porte de gerentes com especialização em administração hospitalar e /ou gestão de saúde.	100%	Percentual de Unidades Hospitalares com gerentes especializados

11	Promover qualificação dos profissionais de saúde que atuam na gestão para coordenação de projetos e programas na área da saúde.	100%	Percentual de profissionais qualificados
12	Implantar o Programa Nacional de Gestão de Custo (PNGC) nas unidades de saúde sob gestão estadual.	100%	Percentual de unidades com PNGC implantado.
13	Assessorar as regiões de saúde na elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP, de forma compatível com os planos municipais e estadual de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde assessoradas.
14	Criar comissão, incluindo a participação do controle social, para avaliar a necessidade de contratualização de serviços de saúde.	01 (uma) Comissão	Comissão criada.
15	Estabelecer Indicadores de qualidade, produtividade e resultados nos processos de contratualização dos serviços privados.	100%	Percentual de serviços contratualizados com Indicadores de qualidade e resultados estabelecidos.
16	Estruturar as regiões de saúde, que deverão ser compostas por áreas administrativas e técnicas.	3 regiões com estrutura implementada	Número de regiões de saúde estruturadas.
17	Implantar projeto de modernização da gestão do setor público da saúde pública	01 (um) projeto de modernização da gestão pública	Projeto implementado

18	Implementar 80% das ações e serviços de saúde, tendo como base as metas de saúde e critérios de avaliação e desempenho a serem contratualizados nos Contratos Organizativos de Ações Públicas de Saúde – COAP.	80% das ações e serviços de saúde contratualizados no COAP	Percentual de Ações implementadas
----	--	--	-----------------------------------

Objetivo 5.2.3 - Fortalecer e aprimorar a Gestão e Gerências das Unidades de Saúde.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Assegurar a fixação, em local visível, de instrumento que informe à população sobre a oferta dos serviços realizados em todas as unidades de saúde sob gestão estadual, bem como a escala de serviço dos plantonistas.	100%	Percentual das unidades de saúde da gestão estadual com afixação dos serviços de escala e plantonistas.
2	Assegurar número suficiente de profissionais para atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas – UPA’s.	100%	Percentual de Unidades com número suficiente de profissionais.
3	Implantar o sistema de ponto eletrônico nos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual.	100%	Percentual de ponto eletrônico implantado.
4	Estruturar centros de almoxarifado nas regiões de saúde	3 regiões de saúde estruturadas	Número de regiões com centros de almoxarifados estruturados

Objetivo 5.2.4 – Elaborar, atualizar e aprimorar os instrumentos de gestão com sistematização do processo de planejamento.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Revisar o Plano Diretor de Regionalização (PDR).	01 (uma) Revisão	Plano Diretor revisado
2	Instituir equipe técnica de gestão e planejamento nas unidades administrativas e assistenciais de saúde sob gestão estadual com a finalidade de normatizar e padronizar as atividades de gestão.	60% das unidades assistenciais e administrativas.	Percentual de unidades com equipe técnica de gestão e planejamento instituída.
3	Assessorar as equipes técnicas de gestão e planejamento das unidades administrativas e assistenciais sob gestão estadual na elaboração dos Instrumentos de Gestão e Planejamento.	100%	Percentual das unidades assessoradas.
4	Ação: Revisar os instrumentos de gestão e planejamento no âmbito as SESACRE de acordo com o estabelecido no Decreto nº 7.508/2011.	100%	Percentual dos instrumentos de gestão regionalizados revisados.
5	Fortalecer e Qualificar as Comissões Intergestores Regionais (CIR).	03 (três) CIR	Número de Comissões Intergestores Regionais qualificadas

6	Implantar nas unidades administrativas e assistenciais da Sesacre, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional	80% de unidades implantadas	Percentual de unidades administrativas e assistenciais com o Apoio ao Desenvolvimento Institucional Implantado.
7	Negociar e pactuar Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS)	1(uma) PGASS	PGASS implantada
	Implantar sistema informatizado de gestão e planejamento nos setores administrativos e assistenciais	Implantar sistema informatizado em 80% dos setores.	Percentual de sistema informatizado implantado.

EIXO VI – INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E POLÍTICA DE COMUNICAÇÃO DO SUS

Diretriz 6.1 - Elaborar e implementar uma Política de Informação, Educação e Comunicação em Saúde que reforce o princípio constitucional da saúde como direito de todos(as) e dever do Estado e que promova a disseminação do conhecimento científico e tecnológico, mas que considere as experiências exitosas, as diversidades regionais e étnico-culturais e as pessoas com deficiências, visando manter a população constantemente informada por meio de mecanismos de comunicação e acesso à informação que favoreçam o protagonismo e autonomia dos usuários.

Objetivo 6.1.1 - Assegurar à população informações e conhecimento sobre as políticas e ações de saúde dos SUS.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Estabelecer mecanismos de comunicação em tempo real entre a Secretaria de Saúde e as regionais, garantindo a informação qualificada dos serviços e ações de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com canal de comunicação estabelecido.

2	Realizar campanhas de promoção à saúde e prevenção de doenças.	04 (quatro) campanhas	Número de campanhas realizadas
3	Elaborar e divulgar boletins informativos acerca das atividades realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde.	03 (quatro) Boletins	Número de campanhas realizadas
4	Elaborar e divulgar periodicamente boletins informativos acerca das doenças e agravos de maior prevalência no estado.	12 (doze) Boletins	Número de boletins elaborados
5	Disponibilizar mapa tátil nas unidades de saúde de gestão estadual.	100%	Percentual de unidades de saúde de gestão estadual com mapa tátil disponível.
6	Elaborar e distribuir material de educação popular sobre os direitos e deveres dos usuários do sistema de saúde nas regiões de saúde, de acordo com as especificidades apresentadas.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com material elaborado.
7	Elaborar e distribuir cartilha que trate sobre alimentação saudável, que seja acessível também às pessoas com deficiência, buscando melhorias na alimentação.	01 (uma) cartilha	Cartilha elaborada e distribuída
8	Realizar campanhas educativas nas Regiões de Saúde, para orientar profissionais de saúde, família de pessoas com surdez e comunidade, difundindo o conhecimento em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) e suas especificidades como língua 1 (um) para surdos (metodologia bilíngue).	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com campanhas educativas realizadas.

9	Estabelecer parcerias com instituições de Ensino Superior para apoiar o uso e difusão da Língua Brasileira de Sinais (Libras) como meio de comunicação objetiva e de utilização corrente das comunidades surdas do Brasil.	02 (duas) Parcerias	Número de parcerias estabelecidas
---	--	---------------------	-----------------------------------

Diretriz 6.2 - Valorizar e defender o SUS como Política Pública de Estado, por meio de estratégias de comunicação, produção e disseminação do conhecimento científico, tecnológico e popular, mas também das políticas e ações de saúde e seus resultados nos grandes meios de comunicação, mídias comunitárias e redes virtuais, contribuindo, desta forma, para a sustentabilidade do SUS

Objetivo 6.2.1 – Promover a valorização e defesa do SUS através de práticas de comunicação, produção e disseminação do conhecimento.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Realizar parceria com órgãos de educação, cultura e assistência social nas comunidades mais distantes, dando suporte e material acessível, visando a prevenção e a promoção da saúde, através da educação permanente.	04 (quatro) parcerias	Número de parcerias realizadas.
2	Articular junto ao Ministério da Saúde a implementação de sistemas que tenha interface com as bases dos sistemas de informação.	01 (uma) articulação	Articulação efetivada
3	Promover, nas regiões de saúde, a divulgação sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), na mídia falada, escrita e televisiva.	03 (três) regiões de saúde.	Número de regiões de saúde com divulgação promovida

Diretriz 6.3 - Fortalecer o SUS como política pública, assegurando a democratização do acesso à informação em saúde, facilitando a interação entre trabalhadoras(es), usuárias(os) e gestoras(es) nos níveis municipais, estaduais e federal, promovendo a educação na perspectiva da construção coletiva e dialógica.

Objetivo 6.3.1 - Promover o fortalecimento e democratização do acesso à informação e integração de práticas de gestão.

Programação Quadrienal			
Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Estabelecer canal efetivo de comunicação entre as três esferas de gestão, garantindo que as informações alcancem todos os municípios.	Efetivar canal de comunicação entre as Três esferas de gestão.	Canal de informação efetivado.
2	Promover a participação da sociedade nas ações de controle e combate de epidemias nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com participação popular promovida
3	Planejar com a sociedade civil organizada, a realização de seminários, palestras e oficinas para a prevenção e combate ao uso de álcool e outras drogas, nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com planejamento realizado
4	Promover, com a sociedade civil organizada, a realização de seminários, palestras e oficinas para a prevenção e combate ao uso de álcool e outras drogas, nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com seminários, palestras e oficinas executados
5	Divulgar, quadrimensalmente, as ações, os programas e os serviços implantados pela gestão estadual.	12 (doze) divulgações	Número de divulgações realizadas.

EIXO VII– CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NO SUS

Diretriz 7.1 - Assegurar um sistema de informação que permita a comunicação e o fluxo de informação entre os serviços de saúde, efetive a funcionalidade dos fluxos de referência e contra referência, a exemplo do prontuário eletrônico e Cartão Nacional de Saúde, e com isso melhore a qualidade do atendimento.

Objetivo 7.1.1 - Desenvolver estratégicas que melhorem a qualidade dos fluxos de informação, dando maior celeridade e qualidade ao atendimento aos usuários.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Assegurar a pactuação junto a uma unidade de referência CAPS para atender a população psicossocial do município de Bujari.	01 (uma) Unidade Referenciada	Unidade Referenciada Assegurada.
2	Estabelecer o fluxo de referência e contra referência de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, através dos princípios de gestão do SUS.	100%	Percentual estabelecido
3	Assegurar retaguarda de leito hospitalar para os pacientes referenciados pelas unidades de urgência e emergência das regiões de saúde.	100% dos leitos	Percentual de leitos para pacientes referenciados
4	Fortalecer as ações do Complexo regulador, para assegurar a referência e contra-referência nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com ações de referência e contra-referência fortalecida
5	Articular junto ao Ministério da Saúde a elaboração de projeto para criação de sistema de regulação no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) para saúde suplementar.	01 (um) projeto	Projeto elaborado
6	Criar protocolos de avaliação do atendimento, nas Unidades de Pronto	01 (um) Protocolo	Protocolo criado.

	Atendimentos e nos Hospitais de Urgência e Emergência.		
7	Fortalecer Protocolo Clínico para solicitação de exames laboratoriais e por imagens nas três regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com Protocolo Clínico fortalecido
8	Implementar o Telessaúde no estado e município.	100%	Percentual implementado
9	Criar um fluxograma de comunicação direta entre os médicos da atenção básica e os especialistas da média e alta complexidade, nos 22 municípios.	01 (um) Fluxograma.	Fluxograma criado

Diretriz 7.2 - Fortalecer a assistência farmacêutica pública com responsabilidade e estruturada pelas três esferas de governo nos três níveis da assistência, de acordo com a competência de cada um dos entes federados, atendendo em todos os níveis de atenção à saúde com profissionais qualificados para tal fim, aumentando o investimento em inovação tecnológica e discutindo criticamente a medicalização dos corpos.

Objetivo 7.2.1 - Fortalecer e qualificar o acesso a assistência farmacêutica.

Programação Quadrienal			
Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Implantar a Farmácia Viva nas Regiões de Saúde, incentivando o cultivo de ervas medicinais de interesse à população.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com a Farmácia Viva implantada
2	Realizar capacitação dos profissionais de saúde para garantir o acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões com profissionais capacitados.

3	Assegurar a distribuição dos medicamentos dos programas estratégicos aos municípios.	22 municípios	Número de municípios com distribuição assegurada..
4	Assegurar a aquisição dos medicamentos especializados.	100%	Percentual de aquisição realizada.
5	Assegurar os tratamentos com medicamentos do Centro de Referência de Medicamentos Especiais (CREME), nos municípios.	22 municípios	Número de municípios com tratamentos assegurados
6	Assegurar a aquisição de medicamentos conforme lista estadual pactuada na CIB.	100%	Percentual de aquisição Realizado.
7	Assessorar os municípios na elaboração de projeto para criação de farmácias satélites 24 horas, para atendimentos nos feriados e fins de semana.	22 municípios	Número de municípios assessorados.
8	Assessorar os municípios na articulação necessária para implantação de farmácias populares.	22 municípios	Número de municípios assessorados
9	Monitorar a aplicabilidade dos protocolos clínicos pertinentes à assistência farmacêutica, em conformidade com a Relação Estadual de Medicamentos.	100%	Percentual de protocolos aplicados.
10	Estabelecer protocolos clínicos para dispensação de medicamentos em unidades/serviços sob gestão estadual, nos quais ainda não esteja instituída esta atividade.	100%	Percentual de protocolos estabelecidos.
11	Garantir a dispensação de medicamentos nas Unidades de Pronto Atendimento de Saúde e Unidades de Urgência e Emergência, nos feriados e finais de semana.	100%	Percentual de unidades de pronto atendimento e de urgência e emergência com dispensação de medicamentos

12	Apoiar os municípios na implementação do sistema HORUS de assistência farmacêutica.	22 municípios	Número de municípios apoiados
13	Apoiar os municípios na elaboração de projeto para a inserção de terapias alternativas (fitoterapia, homeopatia, acupuntura, massoterapia e outros) nos serviços de saúde.	22 municípios	Número de municípios apoiados.
14	Fortalecer a rede de assistência farmacêutica e garantir acesso ao medicamento para tratamento e para manutenção da vida	Fortalecer 80% da rede de assistência farmacêutica e acesso a medicamentos.	Percentual de rede de assistência fortalecida
15	Assegurar o ciclo da Assistência Farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde.	100%	Percentual do ciclo da Assistência farmacêutica assegurada.

Objetivo 7.2.2 - Assegurar investimentos para aquisição e manutenção de equipamentos.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Estruturar a Central de Demandas de Tecnologia da Informação, com aquisição de equipamentos com tecnologia de ponta.	01 (uma) Central	Central de demanda estruturada
2	Realizar a contratualização de empresas para a manutenção preventiva corretiva dos equipamentos.	100%	Percentual de manutenção preventiva e corretiva realizado.
3	Distribuição equitativa dos equipamentos de saúde no estado, considerando as regiões de saúde e obedecendo aos padrões mínimos exigidos pelo Ministério da Saúde.	03(três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com distribuição equitativa de equipamentos.

Diretriz 7.3 - Implementar plenamente a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, orientada para o desenvolvimento científico que possa gerar projetos de pesquisas (respeitando as normas de bioética e proteção a biodiversidade) voltados às necessidades de saúde e fortalecimento dos sistemas de informação em saúde, produção nacional de insumos indispesáveis (medicamentos, vacinas, materiais e equipamentos de saúde) ao atendimento digno da população brasileira.

Objetivo 7.3.1 - Fortalecer e difundir a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde no Estado do Acre.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Estruturar e equipar os serviços de auditoria e fiscalização sanitária.	02 (dois) serviços	Número de serviços estruturados
2	Criar um aplicativo informativo da rede de serviços de atenção à saúde.	01 (um) aplicativo	Aplicativo criado.
3	Estabelecer parcerias com Instituições de Ensino e Pesquisa para realizar pesquisas científicas, com foco nas doenças tropicais e prevalentes no estado do Acre.	04 (quatro) parcerias	Número de Parcerias Realizadas
4	Ampliar a integração dos serviços de saúde com as instituições de ensino, pesquisa, ciência e tecnologia nas regiões de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com integração ampliada.
5	Garantir recursos financeiros destinados ao campo da pesquisa nas regiões de saúde, a fim de descobrir novas tecnologias em saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com pesquisas realizadas
6	Assessorar os municípios para incorporação de novas tecnologias para o atendimento na atenção básica.	22 municípios	Número de municípios assessorados.

7	Articular a ampliação de banda larga em todos os municípios, visando garantir a instalação de internet em todas as unidades de saúde local e articulação entre estado e município, para que os programas funcionem adequadamente.	22 municípios	Número de municípios assessorados
8	Implementar projeto de verificação de resultados, estudo e pesquisa em saúde.	1(um) projeto implementado	Projeto implementado
9	Fortalecer as pesquisas e trabalhos científicos com relevância na Saúde Pública do Acre	Fortalecer as pesquisas e trabalhos científicos em 20%	Percentual de pesquisas e trabalhos científicos realizados.

EIXO VIII - REFORMAS DEMOCRÁTICAS E POPULARES DO ESTADO

Diretriz 8.1 - Fortalecer as políticas públicas que reduzam as desigualdades sociais, diminuam a pobreza e contribuam para a qualidade de vida da população.

Objetivo 8.1.1 - Implementar políticas que propiciem a inclusão social e melhore a qualidade de vida da população.

Programação Quadrienal

Item	Ações	Metas	Indicador de Monitoramento
1	Garantir à construção de casas de apoio a pacientes em tratamento de saúde, nos municípios sede de cada regional de saúde.	03 (três) regiões de saúde	Número de regiões de saúde com casa de apoio
2	Implantar Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) para destinação correta dos resíduos sólidos nas unidades de saúde estaduais.	01 (um) Programa	Programa Implantado

3.0 PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA.

A apreciação de viabilidade da execução das diretrizes do PES 2016 – 2019 da Secretaria de Saúde do Estado do Acre foi realizada durante todo o processo de elaboração do plano. A viabilidade política das ações propostas resulta do compromisso estabelecido pelo governo estadual inseridos em seu plano de governo. Abaixo apresentamos as viabilidades:

1. O plano foi elaborado em um processo de planejamento ascendente, de base regional, ouvindo todos os municípios. Sua implementação irá demandar, anualmente, monitoramento e avaliação permanente, com as devidas adaptações necessárias a cada ano.

2. A viabilidade orçamentária e financeira do Plano Estadual de Saúde está inteiramente conectada com o PPA 2016 – 2019 que, por sua vez, reflete o plano de governo para o mesmo período.

3. No quadro abaixo apresentamos a previsão de recursos capazes de viabilizar a execução das ações para atender ao proposto nos eixos, diretrizes, objetivos e metas para o quadriênio, estimado em R\$ 6.290.197.842,22 (Seis bilhões, duzentos e noventa milhões cento e noventa e sete mil oitocentos e quarenta e dois reais e vinte e dois centavos).

Quadro 78 - Previsão Orçamentaria de 2016-2019

Ano	Custeio		Investimento	Total
	Pessoal	Outros		
2016	R\$ 434.755.599,22	R\$ 563.626.430,59	R\$ 40.803.214,68	R\$ 1.039.185.244,49
2017	R\$ 465.188.491,16	R\$ 704.533.038,23	R\$ 48.963.857,62	R\$ 1.218.685.387,01
2018	R\$ 497.751.685,55	R\$ 880.666.297,79	R\$ 58.756.629,14	R\$ 1.437.174.612,48
2019	R\$ 532.594.303,53	R\$ 1.100.832.872,24	R\$ 70.507.954,97	R\$ 1.703.935.130,74
Total de Investimentos no Período				R\$ 6.290.197.842,22

Fonte: SESACRE/Diretoria de Planejamento – 2016.

Quadro 79 - Previsão Anual de Recursos aos Municípios 2016-2019.

Previsão Anual de Recursos aos Municípios - 2016-2016 (Conforme Art. 19º § 1º da lei Complementar 141/2012)				
Valores em R\$ 1,00				
Região de Saúde/Município	2016	2017	2018	2019
Alto Acre	155.737,57	158.203,63	160.619,91	162.984,71
Assis Brasil	16.162,40	16.418,32	16.669,08	16.914,50
Brasiléia	57.206,44	58.112,29	58.999,85	59.868,50
Epitaciolândia	40.132,54	40.768,03	41.390,69	42.000,08
Xapuri	42.236,19	42.904,99	43.560,29	44.201,63
Baixo Acre e Purus	1.257.066,45	1.276.971,73	1.296.475,27	1.315.563,23
Acrelândia	33.267,48	33.794,26	34.310,41	34.815,56
Bujari	22.401,40	22.756,12	23.103,68	23.443,83
Capixaba	25.181,48	25.580,22	25.970,92	26.353,29
Jordão	18.011,79	18.297,00	18.576,46	18.849,96
Manoel Urbano	20.727,11	21.055,32	21.376,90	21.691,63
Plácido de Castro	43.557,87	44.247,60	44.923,41	45.584,81
Porto Acre	40.194,91	40.831,38	41.455,01	42.065,35
Rio Branco	888.835,83	902.910,29	916.700,69	930.197,23
Santa Rosa do Purus	13.934,01	14.154,65	14.370,84	14.582,42
Sena Madureira	100.145,45	101.731,22	103.284,99	104.805,65
Senador Guiomard	50.809,12	51.613,67	52.401,98	53.173,49
Juruá e Tarauacá/Envira	514.577,30	522.725,48	530.709,21	538.522,82
Cruzeiro do Sul	195.539,09	198.635,39	201.669,20	204.638,37
Feijó	77.681,69	78.911,75	80.116,99	81.296,55
Mâncio Lima	41.192,76	41.845,04	42.484,15	43.109,64
Marechal Thaumaturgo	40.525,92	41.167,64	41.796,41	42.411,77
Porto Walter	25.807,54	26.216,20	26.616,60	27.008,48
Rodrigues Alves	40.715,42	41.360,14	41.991,84	42.610,09
Tarauacá	93.114,88	94.589,33	96.034,01	97.447,92
Total	1.927.381,32	1.957.900,84	1.987.804,40	2.017.070,76

Fonte: IBGE

N.E – Assistência Farmacêutica: Foi aplicado o coeficiente per capita de R\$ 2,36 (conforme Portaria MS/GM Nº 1555/2013 Art. 3º Incisos II e III) sobre os efetivos demográficos calculados pelo IBGE para o Acre em 2015 para a previsão anual de recursos de 2016 a 2019.

4.0 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde será monitorado e avaliado tendo como referência os instrumentos de planejamento do SUS, estabelecidos pelo Decreto 7508/2011, a lei complementar 141/2012 e pela Portaria MS/GM Nº. 2135/2013. O monitoramento e avaliação é de fundamental importância para a qualificação e fortalecimento da gestão, pois é uma ferramenta que subsidia o gestor na tomada de decisão. Os instrumentos de planejamento utilizados no SUS para o monitoramento e avaliação são:

1. Plano de Saúde (PS), instrumento que marca as intenções e os resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas;

2. Programação Anual de Saúde (PAS) que operacionaliza as intenções descritas no Plano de Saúde;

3. SISPACTO, que pactua anualmente, monitora e avalia quadrimestral e anualmente o desempenho das metas dos indicadores pactuados, de acordo com as diretrizes e objetivos do plano de saúde.

4. Relatório Anual de Gestão (RAG) que registra os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) no Sistema de Avaliação Anual do Relatório de Gestão (SARGSUS) e norteia eventual redirecionamento.

5. Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), instrumento que visa à organização e a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos da região em rede de atenção à saúde;

6. Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) instrumento de programação das ações de atenção à saúde (atenção básica e assistência especializada) assistência farmacêutica, promoção e vigilância em saúde, constantes na RENASES e RENAME;

O desempenho das metas estabelecidas no Plano e programação anual de saúde são analisados e avaliados quadrimensalmente e encaminhados aos colegiados, CIB e Conselho de saúde e apresentados em audiência pública na assembleia legislativa. O relatório de gestão estadual que terá o registro dos resultados alcançados no Sistema de Avaliação Anual do Relatório de Gestão/SARG-SUS é enviado ao conselho estadual de saúde, para deliberação e órgãos fiscalizadores. Deve ser utilizado pela gestão para tomada de decisão.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ACRE. Lei complementar estadual nº 247, de 17 de fevereiro de 2012, A administração direta é organizada com base na hierarquia, na gestão matricial e na desconcentração administrativa, sendo composta pelos seguintes órgãos, *detalhamento SESACRE*: capítulo III, seção I, artigo 7º e inciso XVI. Acre, 2016.

ACRE. Decreto nº. 6.375, de 13 de fevereiro de 2013. *Estabelece a Estrutura Organizacional Básica da Secretaria de Estado de Saúde – SESACRE*. Acre, 201.

ACRE. Decreto nº. 7.083 de 24 de fevereiro de 2014. Altera o Decreto nº 6.375, de 13 de setembro de 2013. *Divisão de Práticas Integrativas e Complementares*. Acre, 2014.

BRASIL, Atlas 2010 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Índice de desenvolvimento humano- IDHM. Disponível em <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>> acessado em março de 2016.

BRASI. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Cancêr. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Manual de recomendação para controle de Tuberculose no Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Pactuação Unificada de Indicadores: Avaliação 2008. (Série G. Estatística e informação em Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006; V.14) – Brasilia: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 248p.: iL.;

CACIN, Natália. Com 1,6 mil de casos em um ano, Brasil registra recorde de dengue em 2015. Artigo apresentado no Folha de São Paulo em 15/01/2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/01/1729976-com-16-milhao-de-casos-em-um-ano-brasil-registra-recorde-de-dengue-em-2015.shtml>>; acesso em maio de 2016.

JORGE, Tânia Araújo. Doença de Chagas. Artigo apresentado à Fio Cruz em 10/09/2013. Disponível em:<http://static.scielo.org/scielobooks/cdbjg/pdf/araujo_9788575413937.pdf> acesso em maio de 2016.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo populacional, 2010*. Rio de Janeiro, 2010.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE.
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, 2015

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE.

População e projeção Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>> acessado em março de 2016:

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE.

perfil do estado do Acre Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ac>> acessado em março de 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA e os subsistemas de atenção à saúde indígena DSEI; AEAI. *Distribuição da população indígena por município do estado Acre.* Distrito Federal, 2013.

PENA, Rodolfo F. Alves. "Pirâmide Etária da População Brasileira"; Brasil Escola. Disponível em <<http://brasilescola.uol.com.br/brasil/piramide-etaria-populacao-brasileira.htm>>. Acesso em 27 de dezembro de 2017.

RIVERA FJ U, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5): 2265-2274, Brasil 2010.

TEIXEIRA, Paim JS, Cf. Política, Planejamento e gestão em Saúde: Balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública; 40(N Esp):73-78, Brasil, 2006.



SESACRE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

ANEXO I



/Sesacre



@sesacre



sesacre



sesacre

AÇÕES RETIRADAS POR ESTAREM CONTEMPLADAS EM OUTRAS DENTRE O PES 2016-2019, POR SE TRATAR DE ABRANGÊNCIA MUNICIPAL E/OU DE COMPETÊNCIA INTERSETORIAL.

AÇÃO		EIXO	JUSTIFICATIVA
1.	Criar um sistema para agendamento de consultas na internet para usuários da atenção básica.	Eixo I Diretriz 1.1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.	Ação retirada por se tratar de âmbito municipal e não estadual. Ressaltando que a presente alteração se deu conforme a recomendação do CES.
2.	Implantar e garantir sistema integrado de gestão clínica, que entre outros serviços, disponibilize o prontuário eletrônico dos pacientes nas unidades de saúde municipais e estaduais.		Ação excluída, pois está contemplada na ação: Implantar o Sistema de Informações Digital em Saúde (SIDS) nas Unidades hospitalares, serviços Especializados e de Pronto Atendimento, Objetivo 1.1.1, Diretriz: 1.1 no Eixo I.
3.	Ampliar de 3(três) para 6 (seis) dias por semana, o acesso à unidade móvel que referencia os pacientes, com o objetivo de absorver as demandas reprimidas intermunicipais		Ação ajustada conforme recomendação do CES. Retirada, pois transporte de pacientes é de responsabilidade do município.
4.	Construção e estruturação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Acrelândia, Epitaciolândia e demais municípios conforme a demanda.	Eixo I Diretriz 1.3 - 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.	O município de Acrelândia não condiz com o quantitativo mínimo populacional para implantação de uma Unidade de Pronto Atendimento. O município de Epitaciolândia é vizinho ao Hospital Raimundo Chaar, localizado no município de Brasiléia, onde também contará como referência o Novo Hospital Regional.
5.	Criar núcleos de atenção à saúde do trabalhador nas unidades de saúde estaduais e municipais com equipe multidisciplinar (assistente		Ação retirada conforme recomendação do Conselho Estadual de Saúde, com a seguinte

	social, psicólogo, fisioterapeuta e educador físico), para atendimento ao servidor no ambiente de trabalho.	justificativa: “O sistema de saúde é universal”.
6.	Adquirir sistema de transporte terrestre e fluvial adequado, de acordo com a realidade local, para localidades de difícil acesso.	Ação retirada, pois está contemplada no Objetivo 1.1.3, Ação: Assegurar o transporte interestadual dos pacientes e acompanhantes regulados em Tratamento Fora de Domicílio-TFD, tendo em vista que a competência do estado é assegurar o deslocamento interestadual.
7.	Adquirir sistema de transporte terrestre e fluvial adequado, de acordo com a realidade local, para localidades de difícil acesso.	Ação retirada, pois está contemplada no Objetivo 1.1.3, Ação: Assegurar o transporte interestadual dos pacientes e acompanhantes regulados em Tratamento Fora de Domicílio-TFD, tendo em vista que a competência do estado é assegurar o deslocamento interestadual.
8.	Garantir assegurar o transporte para gestantes de alto risco	A presente ação está em duplicidade, sendo contemplada na Ação: Assegurar o transporte para gestantes de alto risco em tratamento na rede estadual de assistência, nesse mesmo objetivo.
9.	Garantia de transporte sanitário com carro 4x4 para o atendimento nas unidades de saúde da zona rural e urbana de todos os municípios	A presente ação foi retirada, pois de responsabilidade do estado são: SAMU, inter-hospitalar e interestadual.
10.	Implantar postos de saúde nas comunidades da BR 364, comunidades rurais e ribeirinhas, com equipe permanente.	Ação retirada conforme recomendação do CES, com a presente justificativa: Competência dos municípios.
11.	Garantir os centros de saúde de todos os municípios,	Ação retirada conforme recomendação do CES, e

	especialmente em Santa Rosa do Purus	por se tratar de competência municipal.
12.	Ampliar e garantir recurso (didático e financeiro) para o desenvolvimento das atividades nas Unidades de Saúde da Família, Centro de Saúde e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (priorizando atividades externas).	Ação retirada por se tratar de competência municipal, conforme recomendação do GT.
13.	Regulamentar o atendimento e tratamento dos portadores de TDAH na rede psicossocial.	Ação retirada conforme recomendação do CES, com a presente justificativa: Esta ação já está contemplada na anterior.
14.	Implantação de uma Unidade Mista no município de Bujari.	Ação retirada conforme recomendação do CES, com a seguinte justificativa: As unidades especializadas de referência municipal devem ser de responsabilidade municipal
15.	Garantir espaço físico, equipamentos, materiais e insumos para os centros de saúde de todos os municípios, especialmente Santa Rosa do Purus.	Ação retirada conforme recomendação do CES, com a seguinte justificativa: Responsabilidade dos municípios.
16.	Garantir a conclusão da construção e estruturação da unidade de saúde do Novo Porto, garantindo condições de moradias para os profissionais que irão prestar serviço junto à unidade.	Ação retirada conforme recomendação do CES, com a seguinte justificativa: Responsabilidade dos municípios
17.	Construção de Unidade Mista nos municípios de Porto Acre e Capixaba.	
18.	Garantir o piso salarial diferenciado aos funcionários concursados após o período probatório, para os técnicos, auxiliares, dentistas e enfermeiros com todas as garantias	Eixo III Diretriz: 3.1. Fortalecer o papel do Estado na regulação do trabalho em saúde e ordenar, para as necessidades do SUS, a A proposta inicial seria desmembrar esta ação em 02 (duas), porém o GT do Conselho Estadual de Saúde solicitou a exclusão desta por estar contemplada na ação a

	trabalhistas conforme CLT/estatutário.	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 na área da saúde estabelecidas pela Década de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, iniciada em 2013.	baixo, sendo: Revisar o Plano de Cargo e Carreira Remuneração conforme legislação vigente.
19.	Garantir aposentadoria aos funcionários servidores da saúde que atingirem: homens 30 anos de contribuição e mulheres 25 anos de serviços insalubres (cargos com direito a insalubridade e periculosidade), através de decreto.	Ação retirada conforme recomendação do Grupo de Trabalho do CES.	
20.	Criar mecanismo dentro do PCCR do Estado/Município que permita a ascensão de carreira dos servidores do quadro.	Ação retirada conforme recomendação do CES, com a seguinte justificativa: Ascenção no serviço público é somente através de concurso público.	
21.	Incluir no Plano de Cargo, Carreira e Salário o profissional formado em Saúde Coletiva e o profissional tradutor e interprete de libras (garantindo reconhecimento profissional).	Ação retirada conforme recomendação do CES, justificativa: ação contemplada no item anterior	
22.	Garantir PCCR único da Atenção Básica com dedicação exclusiva, remuneração diferenciada/ampliada (dobro do usual) compatível com a complexidade de suas atividades de trabalho (proposta municipal).	Ação ajustada conforme recomendação do CES, justificativa: Responsabilidade Municipal.	
23.	Criação de uma carreira para o sistema público que valorize a formação dos trabalhadores e atenda às necessidades de saúde da população	Ação retirada conforme recomendação do CES, justificativa: previsto no PCCR	
24.	Garantir que todo profissional que faz acompanhamento direto de estagiários receba o incentivo financeiro, por	Ação retirada conforme recomendação do CES, justificativa: já existe ao incentivo de preceptoria.	

	parte da instituição formadora ou instituição do serviço, de acordo com o Termo de Convênio.		
25.	Criar e regulamentar a profissão de técnico em reabilitação de dependentes químicos e garantir vagas nos concursos públicos nas três esferas de gestão.		Ação retirada, por ser competência intersetorial, conforme recomendação do CES e GT.
26.	Garantir a contratação de profissional qualificado em reabilitação de dependentes químicos para atuar nas equipes multiprofissionais do estado através de concurso público efetivo.		Ação retirada, por ser competência intersetorial, conforme recomendação do CES.
27.	Garantir médicos nas atenções secundária e terciária para atender no Hospital Manoel Marinho Monte, Unidade Mista Ana Nery, SAMU e demais unidades hospitalares, por meio da criação da carreira de médico de estado no SUS, a fim de que o médico, ao iniciar na carreira pública estadual, inicie suas atividades profissionais nos municípios do interior do estado (priorizando os municípios de difícil acesso) e que, com a progressão da carreira, tenham a oportunidade de serem relatados nos demais municípios.		Ação retirada conforme recomendação do CES, por e tratar de âmbito nacional.
28.	Garantir financiamento para aquisição de transporte sanitário para os municípios garantir transporte sanitário para os 22 municípios.	Eixo IV Diretriz: 4.1. Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos	Ação retirada por estar contemplada na Ação: Assessorar os municípios para captação de recursos para aquisição de transporte terrestre e fluvial adequado/transporte sanitário, no Objetivo 1.3.2 Diretriz 1.3 e Eixo I.

29.	Manter a lógica de financiamento possibilitando a realocação e/ou remanejamento dos recursos entre os blocos de financiamento.		Ação retirada conforme recomendação do CES, mediante seguinte justificativa: o Ministério da saúde é quem regulamenta o financiamento da saúde.
30.	Ampliar a parceria entre município e estado a fim de fortalecer as ações da Atenção Primária.	EIXO V Diretriz 5.1. Garantir políticas públicas que busquem a integralidade da assistência por meio do fortalecimento da Atenção Básica, da ampliação e da implantação de Equipes da Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com retaguarda na média e alta complexidade, estimulando a implantação das Unidades de Pronto Atendimento e garantindo a articulação entre os níveis de atenção, melhorando a comunicação/interação entre os serviços da rede de saúde.	Ação retirada conforme recomendação do CES, com a seguinte justificativa: Já previsto.
31.	Apoiar os municípios na oferta dos serviços de ginecologia, pediatria e cirurgia geral	EIXO V Diretriz: 5.2. 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 concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.	Ação retirada conforme recomendação do Grupo de trabalho, por estar contemplada na Ação: Apoiar os municípios na criação de consórcios intermunicipais. No Objetivo: 4.1.1, Diretriz 4.1, Eixo IV.
32.	Garantir e implementar a contratação de psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas em todas as Unidades Mista de Saúde do Estado.	EIXO V Diretriz: 5.2. 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 concertação de responsabilidades dos municípios, estados e União, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.	Ação retirada mediante recomendação do CES, com a seguinte justificativa: Já contemplada na realização de concurso público para especialistas.
33.	Garantir a contratação do profissional farmacêutico		

	para todas as unidades de saúde durante todo o período de funcionamento. Que façam aquisição, dispensação, produção, armazenamento e transporte de medicamentos e correlatos de modo a garantir aos usuários uma assistência farmacêutica de qualidade.		
34.	Garantir a contratação do profissional farmacêutico para todas as unidades de saúde durante todo o período de funcionamento. Que façam aquisição, dispensação, produção, armazenamento e transporte de medicamentos e correlatos de modo a garantir aos usuários uma assistência farmacêutica de qualidade.		Ação retirada mediante recomendação do CES, com a seguinte justificativa: Já previsto na ação de realização de concurso para especialistas.
35.	Garantir a contratação de profissionais qualificados na área de radiologia para a Unidade Mista de Porto Walter e demais unidades do estado através de concurso público efetivo		
36.	Vetar a atuação de estagiários nas Unidades de saúde sem a supervisão direta do profissional responsável pelo acadêmico, com o número máximo de quatro acadêmicos por profissional.		Ação retirada mediante recomendação do CES, com a seguinte justificativa: Essa ação é organização de processo que já está definido nas normas de ensino de estágio supervisionado.
37.	Estabelecer critérios limitantes na Contratação dos serviços complementares de saúde com a oferta regulada através do sistema público, com a participação do controle social.		Ação retirada conforme recomendação do CES, com a seguinte justificativa: Já contemplado na ação anterior.
38.	Realizar concurso público para o cargo de gestor em saúde coletiva e saúde		Ação retirada conforme recomendação do CES, com a seguinte

	pública, com formação compatível com a função, conforme legislação vigente.		justificativa: contemplado na realização de concursos para especialistas, bem como na ação estudo de dimensionamento de pessoal, Eixo III.
39.	Garantir concurso para profissional gestor com a formação específica e/ou especialização com patível com a função.		Ação retirada conforme recomendação do CES, com a seguinte justificativa: Já contemplado na realização de concursos para especialistas.
40.	Criar incentivo especial de 14º salário para os profissionais da atenção primária que apresentem os melhores indicadores de desempenho, com base nas diretrizes e ações do Plano Municipal de Saúde.		Ação retirada conforme recomendação do CES, com a seguinte justificativa: Ação de competência municipal
41.	Reformulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) incluindo a região que englobe os municípios de Feijó, Tarauacá e Jordão.		Ação retirada conforme recomendação do Grupo de Trabalho.
42.	Promover alternativas de divulgação dos serviços de saúde no âmbito municipal e estadual, visando a construção e fortalecimento dos vínculos entre os usuários e as instituições prestadoras de serviços de saúde	Eixo VI Diretriz: 6.3. Fortalecer o SUS como Política Pública, assegurando a democratização do acesso à informação em saúde, facilitando a interação entre trabalhadoras (es), usuárias (os) e gestoras (es) nos níveis municipais, estaduais e federal, promovendo a educação na perspectiva da construção coletiva e dialógica.	Ação retirada conforme recomendação do CES, justificativa: ação contemplada no item anterior.
43.	Implantar e fortalecer a nível estadual e municipal o sistema de prontuário eletrônico com todas as informações do usuário.	EIXO VII Diretriz: 7.1. Assegurar um sistema de informação que permita a comunicação e o fluxo de informação entre os serviços de saúde,	Ação retirada conforme recomendação do GT, por estar contemplada na ação: Implantar o Sistema de Informações Digital em Saúde (SIDS) nas Unidades hospitalares,

		efetive a funcionalidade dos fluxos de referência e contra referência, a exemplo do prontuário eletrônico e Cartão Nacional de Saúde, e com isso melhore a qualidade do atendimento.	serviços Especializados e de Pronto Atendimento. Objetivo 1.1.1, Diretriz 1.1, Eixo I
44.	Criação de um aplicativo informativo das especialidades médicas, imunizações, farmácias, laboratórios existentes no município e regional.	EIXO VII Diretriz: 7.3. Implementar plenamente a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, orientada para o desenvolvimento científico que possa gerar projetos de pesquisas (respeitando as normas de bioética e proteção a biodiversidade) voltados às necessidades de saúde e fortalecimento dos sistemas de informação em saúde, produção nacional de insumos indispensáveis (medicamentos, vacinas, materiais e equipamentos de saúde) ao atendimento digno da população brasileira.	Ação retirada conforme recomendação do CES, com a justificativa: Contemplada na ação anterior.
45.	Garantir tecnologias que atendam às necessidades de saúde observando as características regionais	Contemplada na Ação: Garantir recursos financeiros destinados ao campo da pesquisa nas regiões de saúde, a fim de descobrir novas tecnologias em saúde. Neste mesmo objetivo.	
46.	Regulamentar a Lei que cria o Cartão Verde dos produtores rurais.	EIXO VIII Diretriz: 8.1. Fortalecer as políticas públicas que reduzam as desigualdades sociais, diminuam a pobreza e contribuam para a qualidade de vida da população.	Ação retirada conforme recomendação do GT, com a seguinte justificativa: Ação não compete da gestão da Secretaria Estadual de Estado de Saúde, sendo inviável para inserção no Plano Estadual de Saúde 2016-2019.
47.	Construção de um aeroporto na sede do município de Marechal Thaumaturgo.		Ação retirada conforme recomendação do CES, com a seguinte justificativa: Não é competência do Estado.
48.	Criação de um piso nacional para os profissionais de saúde que atuem no SUS (equipe multiprofissional),	AÇÃO NÃO INSERIDA	De acordo com o relatório referenciado “Primeira Minuta – com Análise da Comissão”, encaminhado

	<p>com garantia de financiamento através das novas fontes: taxação das grandes fortunas, taxação sobre movimentação financeira e 10% da receita corrente bruta da união para saúde.</p>		<p>pelo Grupo de Trabalho do Conselho Estadual de Saúde, a presente ação não se encontrava no decorrer do Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Porém, a mesma não foi inserida por já estar contemplada na ação: “<i>Revisar o Plano de Cargo e Carreira Remuneração conforme legislação vigente</i>”. Presente no Eixo III, Diretriz 3.1, Objetivo: 3.1.4.</p>
--	---	--	---