



MARIA DO SOCORRO LUCAS BANDEIRA

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO: UMA CONSTRUÇÃO ENTRE
SESPA E SUSIPE

BELÉM/PARÁ
2014

MARIA DO SOCORRO LUCAS BANDEIRA

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO: UMA CONSTRUÇÃO ENTRE
SESPA E SUSIPE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como
requisito para obtenção do título de Especialista em
Gestão em Saúde no Sistema Prisional.

Orientador(a): Prof.^(a) Andreia Souza Pinto da Silva

BELÉM/PA
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ter me dado a vida e me proporcionado ser mãe.

A minha mãe Maria da Conceição Lucas que mesmo na condição em que se encontra diz que eu tenho condições de concluir o curso.

Ao meu namorado Ted Andrade que durante muitas vezes me ajudou, discutindo os assuntos comigo.

E as minhas filhas Fernanda e Camila para que elas sejam profissionais que saibam respeitar seus semelhantes e sempre estejam em busca de melhores qualificações.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Andréia Silva pela paciência e dedicação que me dispensou ao longo do curso, quando tantas vezes manifestei desistir pelos problemas enfrentados e ela sempre enviando palavras de incentivo e compreensão.

A minhas colegas da SUSIPE: Adriana, Sandra e Soraia por se disponibilizarem a realização das discussões sobre planejamento.

Ao Ted Andrade pela dedicação em me ajudar nas discussões afetas à área da enfermagem.

EPÍGRAFE

O planejamento não é uma tentativa de predizer o que vai acontecer. O planejamento é um instrumento para raciocinar agora, sobre que trabalhos e ações serão necessários hoje, para merecermos um futuro. O produto final do planejamento não é a informação: é sempre o trabalho.” (Autor desconhecido).

RESUMO

O mundo globalizado exige constantes transformações, tanto no âmbito político, econômico, social, cultural e científico-tecnológico, com reflexos diretos em todas as organizações da sociedade, sejam elas governamentais empresariais ou sem fins lucrativos. Assim, as instituições e órgãos públicos também se tornaram alvo de tais transformações, exigindo que seus gestores acompanhem esse ritmo de melhoria da qualidade dos serviços e atendimentos aos usuários. Para que isso ocorra fez-se necessária a realização de um planejamento estratégico e participativo para definição da aplicabilidade e mobilização de seus recursos propondo alcançar esses objetivos. A fim de apresentar propostas entre SESPÁ e SUSIPE, que favoreçam ações de saúde do Presídio Estadual Metropolitano - PEM II, tal planejamento foi realizado em etapas e descreveu objetivos e metas a serem alcançadas, considerando as políticas de atenção a saúde disponibilizadas aos internos. Com isso, houve uma melhor integração entre SESPÁ e SUSIPE, possibilitando a elaboração de metas que pudessem direcionar, de maneira mais efetiva, as ações de saúde no sistema prisional.

Palavras chaves: Sistema prisional; Ações em saúde; Planejamento participativo

ABSTRACT

The globalized world requires constant change , both in the political , economic , social , cultural and scientific - technological context , with direct impacts on all organizations in society , be they governmental or corporate profit . Thus , institutions and government agencies have also become the target of such transformations , requiring their managers to accompany this rate of improvement of quality of care and services to users. For this to occur it was necessary to conduct a strategic and participatory planning for defining the applicability and mobilizing their resources proposing achieve these goals . In order to submit proposals among SESPA and SUSIPE that favor health actions of Metropolitan State Prison - II PEM , such planning was carried out in stages and described goals and objectives to be achieved , considering the policies of the health care provided to inmates. Thus, there was better integration between SESPA and SUSIPE , enabling the development of goals that could direct , more effectively , the actions of prison health .

Key words : Prison system ; Health actions ; participatory planning

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Demonstrativo das ações realizadas	26
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - O PEM II conta com os seguintes profissionais de saúde.....	21
--	----

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	11
1.1 Introdução.....	11
1.2 O que é Planejamento	14
1.3 Planejamento Participativo	16
1.3.1 Princípios do planejamento participativo	18
1.4 Objetivos	19
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA	19
2.1 Estrutura física para os serviços de saúde	21
2.2 Recursos humanos existentes	21
2.3 Clientela	22
2.4 Ações de saúde desenvolvidas no ano 2012 conforme os programas do Ministério da Saúde e as ações e metas estipuladas no POE	22
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	26
3.1 Atividades/metras/indicadores (processo/resultado) cálculos	26
3.2 Principais problemas para implantação do planejamento participativo na Secretaria de Segurança Pública	27
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	32

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

O planejamento tem uma prática bem mais antiga do que o senso comum supõe. Desde o início da história da humanidade, de alguma maneira, o homem já fazia uso do planejamento, pois quando se organizavam em grupos para caçada, nas suas invasões por territórios desconhecidos, ou para celebrar o sucesso dessas empreitadas, assim de maneira simples, o planejamento se fazia presente. Quando havia batalha o exercício do planejamento era muito mais claro (PARENTE, 2011).

Nas organizações militares, o planejamento recebe status de disciplina se destacando nos anais militaristas. Verifica-se isso com maior evidência dada para o clássico “A Arte da Guerra” de Sun Tzu, livro que foi elevado à condição de manual obrigatório das corporações militares. A obra ainda hoje, é leitura imprescindível em diversas escolas de estudos de formação de oficiais militares no Brasil e em outros países. Porém, é na ciência da administração que o planejamento vai ser adotado como disciplina fundamental e estruturante do saber e da prática administrativa (PARENTE, 2011).

O planejamento passa a ser compreendido como ferramenta gerencial excepcional que não só organiza a dinâmica interna das empresas, mas que também regula tais processos através do controle e da disciplina. Na atualidade, o planejamento sofismou-se, ganhou corpo, prestígio acadêmico e passa a ser ideia fixa no interior de boa parte das organizações que anseiam assumir o título de modernas. (AZEVEDO, 1992).

Para a área da saúde este desafio é representado pela implementação do SUS, que exige, cada vez mais, a utilização de ferramentas e tecnologias que proporcionem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. A principal ferramenta a ser usada é, sem dúvida, o planejamento. (AZEVEDO, 1992).

O planejamento objetiva o desenvolvimento de processos, técnicos e atitudes administrativas que permitam avaliar as implicações futuras de decisões presentes de modo a diminuir a dúvida envolvida no processo decisório e, portanto, aumentar a possibilidade de alcance dos objetivos e desafios postos para a organização, potencializando resultados e reduzindo deficiências. (AZEVEDO, 1992).

O mundo globalizado encontra-se em constantes transformações, por vezes imprevisíveis assim como os avanços tecnológicos, determinou barreiras ao modelo burocrático. A gestão pública passou a determinar maior celeridade, e controle de resultados. Nasce então a necessidade de uma administração pública gerencial. (SOUZA, 2010).

Na contramão, a sociedade clama por moralidade, profissionalismo e excelência da administração pública, e por melhor qualidade de vida e diminuição das desigualdades sociais. Portanto, a população deixa, gradualmente, de ser passiva e passa a exigir, em escalas progressivas, melhores serviços, respeito à cidadania e mais transparência, honestidade, economicidade e efetividade no uso dos recursos públicos (SOUZA, 2010).

Nesse contexto, a procura pelo aprimoramento e pela profissionalização da administração pública adota papel essencial na medida em que procura minimizar o desempenho do Estado brasileiro, aproximando-o das aspirações da sociedade.(SOUZA, 2010).

O Papel fundamental atribuído às organizações públicas no mundo moderno é a de expandir de forma sistemática e integrada as oportunidades dos cidadãos. O Estado tem a obrigação de estimular o desenvolvimento e a inclusão de novas tecnologias e inovações no setor público para que sejam instituídas as condições necessárias ao atendimento crescente das demandas sociais (SOUZA, 2010).

Assim as instituições e órgãos públicos são obrigadas à realização de um planejamento estratégico para definirem a aplicabilidade e mobilização de seus recursos propondo alcançar os objetivos propostos. Nesse sentido, este projeto de intervenção objetivou apresentar propostas para realização de planejamento estratégico e participativo. Para tanto, se fez necessário um conhecimento dos principais pressupostos: que as ferramentas e o corpo técnico do Sistema Penitenciário tornem-se aliadas das práticas de saúde; todo método deveria ser submetido e adaptado à cultura da instituição interessada. (TERENSE, 2002).

A elaboração de um planejamento estratégico pressupõe a adoção de modernas filosofias no sentido de habilitar diferentes organizações a utilizá-las na obtenção de uma visão de futuro. No caso específico do Sistema Prisional, o planejamento participativo e estratégico tornam-se relevantes, pois é um importante instrumento para o desenvolvimento das ações e serviços realizados pelo Sistema. (TERENSE, 2002).

Segundo o Plano Estadual de Saúde para as Pessoas Privadas de Liberdade elaborado para o quadriênio 2012 – 2015, o mesmo possui como compromisso principal a consolidação institucional do Sistema Único de Saúde, além de reafirmar o compromisso da Secretaria de Saúde Pública e do próprio Governo do Estado do Pará, a partir da realização de ações visando a redução das iniquidade em saúde e a sustentação de um sistema pautado, prioritariamente, nos princípios de universalização do atendimento, integralidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema e equidade, uma vez, que se trata de uma parcela da sociedade excluída e discriminada pela sociedade, seja qual for o motivo que tenha ocasionado a situação de cárcere (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE PARA PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE 2013).

O PESPPL (Plano Estadual de Saúde para as Pessoas Privadas de Liberdade) tem como objetivo o fomento à expansão de equipes de saúde dentro das casas penais do estado, a melhoria das condições de saúde dos apenados a partir da melhoria das condições de trabalho, tanto materiais quanto funcionais, no ambiente do cárcere, a efetiva inter-relação da Divisão de Saúde Prisional/SUSIPE com as Coordenações Estaduais de Saúde integrantes da Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde - DPAIS/SESPA e com a Diretoria de Desenvolvimento de Redes Assistenciais e Regionalização – DDRAR /SESPA e suas ramificações, para alcançar a inclusão dessas populações nas políticas voltadas à Atenção Básica em Saúde e o apoio técnico e logístico necessários ao desempenho das ações de saúde voltadas às pessoas privadas de liberdade.

Em conversa mantida com membro da equipe de planejamento do Sistema Penitenciário, verificou-se que a equipe não realiza um planejamento conjunto com os demais profissionais da área técnica do sistema, assim observou-se que no ano de 2013, ainda existiam recursos referentes ao ano de 2012, que não foram aplicados mesmo existindo necessidades imprescindíveis tais como: falta de luvas de procedimentos, materiais odontológicos, dentre outros.

Verificou-se que não existia metas a serem cumpridas, indicadores e objetivos. Ainda percebe-se uma falta de integração entre a equipe de técnicos de saúde e o setor de planejamento, bem como a falta de conhecimento deste último setor em relação a construção de indicadores e metas.

Sendo assim, é necessário que se faça referência a Política Nacional de Humanização - PNH, de relevante importância nas ações de saúde. A PNH é

resultado de uma construção coletiva que tem o objetivo de mobilizar os diferentes sujeitos que constituem o sistema de saúde – gestores, usuários e trabalhadores, alterando as relações e os modos de agir e produzir saúde (HUMANIZASUS, 2004).

Mesmo tendo grandes avanços, o SUS enfrenta inúmeros desafios que precisam ser superados, tais como o acolhimento de seus usuários e a precária valorização dos trabalhadores da saúde, entre outros.

Assim, os principais princípios da PNH são a transversalidade, aumentando assim o grau de comunicação entre os atores; a autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo, implicando em corresponsabilidades e em cogestão (HUMANIZASUS, 2004).

Sendo a Política Nacional de Humanização uma política transversal, faz-se necessário que os gestores do SUS tenham conhecimento da mesma, para sua real aplicação, pois a co-responsabilidade deve estar presente em todos os programas de saúde, nas ações de cada profissional, de cada gestor, e até mesmo dos usuários. Portanto sendo necessária a referência desta política durante a construção do planejamento da Saúde Prisional, uma vez que todas as ações direcionadas a esta população deve ser pensada de maneira ampla.

Diante do exposto, buscou-se realizar um projeto de intervenção para realização de um planejamento participativo contemplando todos os setores envolvidos nas ações de saúde do Sistema Prisional.

1.2 O que é o planejamento?

Para uma compreensão mais precisa acerca do conceito, destaca-se algumas definições de diferentes autores. Segundo Schwartz (2003) apud Souza 2010 planejar seria antecipar e ordenar decisões. Para Gandin (1983) apud Parente (2011) seria mudar a realidade numa direção escolhida. De acordo com Padilha (2001) apud Baffi (2002) planejamento é entendido como processo de previsão de necessidades e o uso racional dos meios materiais e humanos disponíveis para alcançar determinados objetivos.

Segundo o Economista chileno Carlos Matus, planejamento estratégico:

“diz respeito à gestão de governo, à arte de governar. Quando nos perguntamos se estamos caminhando para onde queremos, se fazemos o necessário para atingir nossos objetivos, estamos começando a debater o problema do planejamento. A grande

questão consiste em saber se somos arrastados pelo ritmo dos acontecimentos do dia-a-dia, como a força da correnteza de um rio, ou se sabemos onde chegar e concentramos nossas forças em uma direção definida. O planejamento, visto estrategicamente, não é outra coisa senão a ciência e a arte de construir maior governabilidade aos nossos destinos, enquanto pessoas, organizações ou países” (REVISTA ESPAÇO ACADÊMICO, 2004).

Assim como existem várias definições sobre o planejamento também pode-se identificar diferentes modelos de planejamento

Planejamento Normativo ou Burocrático é uma forma de planejar em que o destaque é dado ao produto. Geralmente a participação dos atores sociais é muito pequena ou até desestimulada. O planejar cumpre uma determinação legal muito comum nas administrações públicas e privadas que trabalham centradas numa lógica de baixa ou de nenhuma participação dos seus colaboradores. Os dirigentes são quem decide tudo. (PARENTE, 2011).

Planejamento Estratégico na disciplina da administração condicionou-se reconhecer como estratégico um modo de planejar que não se reduz à elaboração de um plano de ação, mas que segue nas reflexões acerca da identidade organizacional e da análise de fatores de dentro e fora da organização, interferindo de forma direta na execução do plano de ação e, conseqüentemente, nos resultados esperados.

Segundo Peter Drucker, citado por Chiavenato (2003) apud Souza (2010):

“planejamento estratégico é processo contínuo de, sistematicamente e com o maior conhecimento possível do futuro contido, tomar decisões atuais que envolvem riscos; organizar sistematicamente as atividades necessárias à execução dessas decisões; e, através de uma retroalimentação organizada e sistemática, medir o resultado dessas decisões em confronto com as expectativas alimentadas”.

Planejamento Estratégico Situacional (PES) tem em Carlos Matus (1993) seu maior divulgador. Para ele o planejamento tradicional é insuficiente para enfrentar a complexidade da realidade. A principal característica deste método está em compreender a realidade como incerta e complexa.

O PES trabalha com a estratégia inicial de identificar, selecionar e priorizar determinados problemas, descrevendo o problema o mais detalhado possível, para que possa definir objetivos para a resolução do problema, elaborando as ações

necessárias ao enfrentamento da situação para que possa ser analisado a viabilidade dessas ações e assim implementar as intervenções sugeridas.

1.3 Planejamento Participativo

O Planejamento Participativo é uma elaboração conjunta das diretrizes e dos macro-objetivos de longo prazo a serem atingidos pela organização. É uma ferramenta onde a organização mostra a sua razão de existir, onde ela quer chegar, quais os seus valores e ações para alcançar os seus objetivos que, no caso das instituições públicas, são os exigidos pela sociedade. É a busca de uma visão múltipla, integrada e sustentável de desenvolvimento. (PARENTE,2011)

Cada opção é um caminho provável para chegar à situação almejada e requer outra maneira de aplicar os escassos recursos que estão à disposição. Para concretizar as decisões, é que as pessoas envolvidas se comprometam a atuar conforme às decisões tomadas. É importante que o o grupo de pessoas envolvido assuma o compromisso de agir conforme às decisões fixadas. (PARENTE,2011)

Por o planejamento também ser um processo de comunicação, as pessoas se sentirão comprometidas com as decisões que se tomam. Elas têm idéias diferentes sobre a situação desejada e como atingi-la. Para chegar-se a um consenso, todos devem ter a chance de expor suas idéias. Também é necessário informar às pessoas sobre o histórico do tema com o qual se discute e sobre os mecanismos que fazem com que os problemas permaneçam. Assim, é possível procurar diferentes alternativas para resolver os problemas e apresentar novas escolhas.

Cada vez que acontece a participação de várias pessoas no planejamento, oferta-se bem mais opções, mais experiências a serem compartilhadas, diferentes opiniões sobre os temas tratados. Além de proporcionar o aumento da capacidade de ação, complementação de especialidades, até mesmo reduzindo custos e permitindo um trabalho com mais qualidade (PARENTE,2011)

Existe o entendimento de que o trabalho que possua a contribuição do maior número de pessoas tende a ter uma melhor qualidade do que os daqueles que se restringem a uma aristocracia organizacional. No entanto, deve-se ressaltar que nem sempre mais quer dizer melhor. Não adianta juntar o maior número possível de pessoas para garantir que a obtenção de um processo participativo e de qualidade.

O coletivo precisa estar no nível mínimo de organização para diferenciar-se de uma massa informe e acrítica. (PARENTE, 2011).

Com um diagnóstico do problema, passa-se para a discussão e construção participativa do plano ou programação. Devendo levar em consideração os objetivos, as ações a serem desenvolvidas, os recursos necessários, o cronograma, o processo de acompanhamento e avaliação.

O planejamento não se adequa apenas a empresas privadas, visto que qualquer organização requer a elaboração de estratégias que estabelecerão os rumos a serem seguidos e a maneira mais adequada de atingir esses objetivos. Na administração pública, este instrumento de gestão é cada vez mais utilizado com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços públicos que, mais que uma obrigação do Estado, são um direito do cidadão. (PARENTE, 2011).

Na saúde pública para alcançar resultados significativos precisa-se construir uma agenda que tenha a contribuição de todos os atores sociais envolvidos no processo de promoção da saúde, ou seja, gestores, usuários, trabalhadores, controle social e também dos movimentos sociais que defendem os princípios do Sistema Único da Saúde – SUS: universalidade, equidade e integralidade. (HUMANIZASUS, 2004).

O planejamento em saúde pode ser um instrumento ou uma tecnologia, porem sua essência, para aqueles que atuam na área da saúde, encontra-se na sua capacidade de produzir níveis crescentes de autonomia e de protagonismo junto aos diversos atores sociais que se relacionam com o sistema de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Desse modo, o planejar deixa de ser uma atividade burocrática para ser uma ação político-pedagógica que tem entre seus objetivos resgatar e promover a qualidade de vida (PARENTE, 2011).

Existem algumas condições que precisam ser garantidas, caso contrário, não há como falar em planejamento participativo. Estas condições passam por incluir no processo os diferentes coletivos que participam da construção das políticas de saúde.

O primeiro coletivo é constituído pelos diferentes atores sociais: gestores (secretário, coordenadores, gerentes), usuários (associação de moradores de um dado território, por exemplo) e trabalhadores (sindicato dos servidores municipais, profissionais de uma dada categoria, por exemplo).

O segundo coletivo é formado por outros três coletivos: o dos movimentos sociais organizados; o dos movimentos dos usuários (grupo de hipertensos, grupo de gestantes, grupo de adolescentes, etc. O terceiro coletivo é do coletivo que há dentro de cada um de nós. (PARENTE, 2011).

1.3.1 Princípios do planejamento participativo

Ao investir na construção de um plano de forma participativa deve-se trabalhar com os seguintes princípios:

- Não perder de vista o ideal de uma sociedade democrática, justa, solidária e cidadã;
- Reconhecer a complexidade deste processo e da realidade que o mesmo pretende abarcar;
- Trabalhar com as diversas variáveis que afetam pessoas e sistemas sociais (econômicas, políticas, culturais, religiosas, psicossociais etc.);
- Adotar a educação permanente como prática de qualificação e de transformação dos processos de trabalho;
- Reconhecer politicamente a experiência do planejamento participativo como um importante espaço de grupo;

Não se pode deixar notar que o ato de planejar é antes de tudo uma decisão política por parte dos gestores e dos técnicos. E sendo assim, não decidem de forma espontânea ou isolada, mas o fazem porque comungam de certas crenças, sendo influenciados por forças políticas. Dentre essas crenças considera-se, inclusive, a de que o planejamento é uma necessária ferramenta de gestão que lhes auxiliará de forma mais rápida e melhor para atingir certos objetivos organizacionais/pessoais. Pode também o gestor identificar nesse procedimento a possibilidade de reconhecer, de maneira sólida, demandas provindas de determinados coletivos ou atender a certas pressões de pequenos grupos. (PARENTE, 2011).

Se aceita que a adesão ao planejamento não acontece de forma espontânea, mas sempre dentro de determinados contextos. E esses, são fomentados por correntes ideológicas que buscam se afirmar através dessa prática. O exercício do planejamento ocorre no interior de uma dada coletividade que possui uma história. Portanto, o planejamento se torna realidade situando-se num certo tempo e espaço.

Ambos historicamente construídos pelo homem. Isso acontece quer se tenha consciência ou não deste fenômeno histórico-social.

O tipo de planejamento, o papel de cada ator, o grau de participação destes atores, a profundidade com que se elabora um plano e suas análises vão refletir a visão de mundo, de homem e principalmente o modo de vida desta sociedade. (SOUZA, 2010)

1.4 Objetivos

Objetivo Geral

Promover o planejamento participativo no sistema prisional, colaborando para a melhor efetivação dos objetivos e metas propostas por SESPÁ e SUSIPE a serem realizadas e cumpridas em 2014.

Objetivos Específicos

- ✓ Sensibilizar a equipe de planejamento da SUSIPE para a importância do planejamento participativo;
- ✓ Promover a integração dos servidores envolvidos nas ações de saúde;
- ✓ Promover a participação das equipes de saúde no processo de planejamento;
- ✓ Realizar reunião com a equipe de planejamento da Secretaria de Segurança Pública;
- ✓ Realizar reunião com os demais atores envolvidos no processo de planejamento para desenvolvimento de um planejamento participativo;
- ✓ Realizar planejamento participativo para inserção das ações de saúde penitenciária no Plano Estadual de Saúde.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

O sistema prisional paraense apresenta atualmente 40 unidades prisionais, sendo oito Centrais de Triagem (CT), uma Colônia Agrícola (CA), um Centro de detenção Provisória (CDP), um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

(HCTP), uma Casa de Albergado, uma Carceragem e 27 Centros de Recuperação, sendo um deles exclusivamente feminino (o Centro de Recuperação Feminino), localizado no município de Ananindeua, todos gerenciados pela Superintendência do Sistema Penal do Estado do Pará (SUSIPE), além das carceragens das delegacias, gerenciadas pela polícia civil do estado.

Somando a população carcerária de todas as 40 unidades já em funcionamento da SUSIPE, até 20 de dezembro de 2012 encontravam-se custodiadas 10.911 pessoas, sendo que estas unidades apresentavam 7.200 vagas, portanto um excedente de 3.711 pessoas, ou 51,54% (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE PARA PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE 2013).

O presente trabalho objetivou realizar a construção de um planejamento participativo, construído entre a área técnica de planejamento da SESPA e SUSIPE. As atividades e metas foram construídas durante as reuniões, o planejamento foi direcionado apenas ao Presídio Estadual Metropolitano II (PEM II), casa penal habilitada, via Plano Operativo Estadual (POE), no ano de 2011 ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP) do Governo Federal.

A Superintendência do Sistema Penal (SUSIPE), através do Núcleo de Administração Penitenciária (NAP), registrou até 11 de maio de 2012, um total de 300 pessoas privadas de liberdade custodiadas no Presídio Estadual Metropolitano II, cuja capacidade era, na época, de 248 vagas. Embora a quantidade de vagas tenha sido ampliada para 304 ainda em 2012 e o mapa de população carcerária emitido pelo NAP em 21 de dezembro de 2012 tenha registrado 292 internos, este quantitativo oscilou pouco no ano de 2012.

As ações de saúde foram desenvolvidas por profissionais vinculados à Divisão de Saúde Prisional da SUSIPE, incluindo uma enfermeira, dois assistente social, duas psicóloga, uma odontóloga, um médico, três técnicos de enfermagem, uma técnica de laboratório e uma bioquímica, utilizando ainda a rede municipal de assistência à saúde no retaguarda a algumas Políticas da Atenção Básica e a Rede Estadual de Assistência à Saúde para suporte tanto a algumas políticas assistenciais básicas, em programas específicos, quanto a ações de média complexidade.

No entanto, as programações eram realizadas sem planejamento, pois as solicitações de insumos e material técnico são subestimadas acarretando assim, insuficiência de atendimento aos internos, ou ainda superestimando aquisições de

alguns insumos. Outro ponto a citar é a falta de conhecimento do Plano Estadual de Saúde e a importância da Programação Anual de Saúde; e que as ações desenvolvidas pela SUSIPE em relação a saúde deveriam estar contida em ambos.

2.1 Estrutura física para os serviços de saúde

O PEM II apresenta consultório odontológico para prestação da assistência odontológica aos internos, consultório multiprofissional, onde são realizados os atendimentos em enfermagem e onde podem ser realizadas as consultas médicas, sala de curativos e laboratório para realização de exames de tuberculose, equipado com recursos do Fundo Global e mantido por convênio com a Secretaria de Saúde do Estado do Pará.

Já os atendimentos da psicologia e do serviço social são realizados em ambiente não específico, visto não existirem, na referida casa penal, salas de atendimento para a psicologia e para o serviço social.

2.2 Recursos humanos existentes

Tabela 1 - O PEM II conta com os seguintes profissionais de saúde

CATEGORIA	TOTAL
ENFERMEIRO	01
ODONTOLOGO	01
MÉDICO	01
TÉCNICO DE LABORATÓRIO	01
FARMACÊUTICO/BIOQUÍMICO	01
PSICOLÓGO	02
TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM	03
ASSISTENTE SOCIAL	02

2.3 Clientela

A população custodiada no PEM II é composta exclusivamente por homens.

2.4 Ações de saúde desenvolvidas no ano de 2012 conforme os programas prioritários do Ministério da Saúde e as ações e metas estipuladas no POE

No que concerne às políticas voltadas ao componente saúde mental, foram identificados ao longo do ano de 2012, no PEM II, 13 internos com diagnóstico de transtorno psiquiátrico ou quadros de abstinência de uso de drogas, equivalente a 4,33% da população carcerária considerada no período.

No sistema prisional paraense, o número de casos identificados no ano referência foi de 323. A referida casa penal não apresenta no seu quadro funcional médico psiquiatra. Estes internos já adentram o sistema penal com diagnóstico fechado e com medicações já prescritas, sendo então avaliados por um único psiquiatra que atende tanto a demanda do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) da SUSIPE, quanto das demais casas penais na Região Metropolitana, incluindo então o PEM II. Tais internos têm suas evoluções descritas em prontuário pessoal e recebem suas medicações específicas pelo sistema penal.

Estes internos recebem apoio psicossocial pela equipe de psicologia e de serviço social da casa penal. Por fim, campanhas visando redução dos agravos decorrentes do confinamento e do uso de álcool e outras drogas são desenvolvidas no PEM II, sendo o meio mais utilizado o contato direto entre interno e a psicóloga, em sessões de terapia de grupo ou de psicoterapia individual, porém tratamentos específicos para tais agravos não são protocolo dos serviços da instituição.

Quanto aos casos de hipertensão e diabetes, ao longo de 2012 foram identificados e notificados, no PEM II, cinco casos de hipertensão arterial e quatro casos de hipertensão associada à diabetes. Nenhum caso de diabetes isolada foi identificado. No sistema prisional paraense, o número de casos identificados no ano referência foi de 32 diabéticos, 311 hipertensos e ainda 41 casos de hipertensão relacionada à diabetes. Estes nove casos identificados no componente hipertensão/diabetes correspondem a 3,00% da população custodiada no PEM II neste período.

É importante, porém, salientar que exames mais específicos, visando identificação do tipo de diabetes apresentado não são generalizados, contando-se uma vez mais com o diagnóstico de hipertensão ou de hipertensão associada à diabetes de entrada do interno e da demanda espontânea do setor de enfermagem do PEM II. O médico clínico da casa penal então passa a acompanhar tais casos, visando adequação terapêutica.

As prescrições iniciais ou adequações terapêuticas feitas pelo médico clínico são viabilizadas através dos medicamentos constantes dos kits recebidos trimestralmente pela casa penal do Ministério da Saúde (MS) em quantidade suficiente para suprir tal demanda, além da inscrição de alguns internos no programa “Aqui tem Farmácia Popular” do MS, que garante distribuição gratuita de medicamentos para tratamento de hipertensão e diabetes nas farmácias credenciadas.

Em relação a hanseníase, foram identificados no PEM II, no ano de 2012, dois casos novos de hanseníase e três casos de tratamentos de recidivas, sendo que, destes cinco casos identificados, notificados e tratados, um caso de alta por cura foi alcançado. No sistema prisional paraense, o número de casos identificados no ano referência foi de 23. O percentual de casos é de 1,66% da população custodiada no PEM II no período e o percentual de cura representa 20,00% dos casos diagnosticados e tratados.

Exames dermatológicos semestrais de rotina para todos os internos não são realizados, sendo detectados os casos onde os internos solicitam consulta com o médico clínico da casa penal (demanda espontânea) com queixa referencial (sintomáticos dermatológicos), referenciados, então, à consulta com especialista que atende estes casos uma vez por mês e cuja suspeita clínica é levada à pesquisa específica para fechar diagnóstico. Não são realizadas campanhas preventivas rotineiramente, porém aconselhamentos individuais.

Os casos identificados e diagnosticados são notificados à Secretaria de saúde do município de Marituba, que então encaminha os medicamentos específicos para administração supervisionada à casa penal. Os demais medicamentos constam do kit encaminhado pelo Ministério da Saúde.

No que diz respeito aos casos de tuberculose, ao longo de 2012, até sete casos de tuberculose foram diagnosticados, notificados e passaram então a

receberem tratamento medicamentoso referente no PEM II. No sistema prisional paraense, o número de casos identificados no ano referência foi de 144.

A dinâmica do sistema prisional resultou em um caso de cura confirmada e um interno custodiado no PEM II em tratamento em dezembro de 2012. Dois internos receberam alvará antes da conclusão do tratamento e três internos foram transferidos para outras unidades prisionais da SUSIPE, onde continuaram seus tratamentos. Os casos diagnosticados com tuberculose são lançados em livro de Registro e Acompanhamento de casos disponível na unidade e notificados à Secretaria de Saúde do município de Marituba, que repassa as medicações para tratamento dos casos.

O PEM II apresenta laboratório de pesquisa de casos de tuberculose (Tb), cujo aparelhamento foi custeado pelo Fundo Global a partir de projeto apresentado pela Divisão de Saúde Prisional (DSP) da SUSIPE e é mantido através de convênio com a Secretaria de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA), realiza pesquisa de Tb através de exame de baciloscopia de escarro para todas as casas penais da Região Metropolitana.

O percentual de casos de Tb no PEM II chegou, ao longo do ano, a 2,33%, tendo chegado, ao final do ano, a 0,33% da população custodiada. Porém esta pesquisa só é realizada para casos suspeitos (sintomáticos respiratórios) que comparecem à consulta com o médico clínico apresentando tal queixa. A partir da confirmação de Tb, é gerada uma busca ativa de casos, visto que os demais companheiros de cela do interno doente são considerados potenciais comunicantes e a pesquisa passa então a incorporá-los.

Não foram notificados, no ano de 2012, casos novos de hepatites virais no PEM II. No sistema prisional paraense, o número de casos identificados no ano referência foi de três. Também não foram identificados casos antigos em tratamento para a referida enfermidade. A demanda é espontânea e exames somente são solicitados mediante suspeita clínica, após consulta com o clínico geral, de casos que se apresentarem.

Não foram notificados, no ano de 2012, casos de outras DST's (gonorréia, sífilis, etc...) no PEM II. No sistema prisional paraense, o número de casos identificados no ano referência foi de 23. Também não foram identificados casos antigos em tratamento para as referidas enfermidades. A demanda é espontânea e

exames somente são solicitados mediante suspeita clínica de casos que se apresentarem.

No caso do vírus HIV, ao longo do ano de 2012, três casos de HIV foram identificados (1,00% da população carcerária no período) no PEM II, porém um dos internos recebeu alvará de soltura e deixou o sistema prisional e outro foi transferido para outra casa penal, onde deu continuidade ao tratamento; logo, apenas um interno com diagnóstico confirmado de HIV permaneceu, até dezembro de 2012, no PEM II realizando tratamento. No sistema prisional paraense, o número de casos identificados no ano referência foi de 78. Os casos do PEM II foram notificados à Unidade de Referência Especializada do estado, que então repassa os medicamentos para serem entregues aos internos infectados.

A distribuição de camisinhas aos internos do PEM II é mantida regularmente, pela parceria com a Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará - SESPA, porém campanhas educativas e preventivas não são frequentes, sendo mais comuns os aconselhamentos individuais. A demanda é espontânea e exames somente são solicitados mediante suspeita clínica de casos que se apresentarem. Nesse caso, quando tais testes forem requisitados, a equipe técnica de enfermagem da referida casa penal recebeu treinamento na execução de testes rápidos e realiza os mesmos.

No que se refere às imunizações, a parceria entre Superintendência do Sistema Penal do Estado Do Pará – SUSIPE, SESPA e a Secretaria Municipal de Saúde de Marituba funcionou adequadamente no ano de 2012, tendo as campanhas vacinais chegado ao PEM II dentro dos cronogramas estipulados pelas citadas Secretarias de Saúde e alcançado tanto internos quanto servidores da referida casa penal, dentro dos protocolos específicos para cada campanha.

O setor odontológico do PEM II encontra-se equipado à prestação dos atendimentos odontológicos aos custodiados da referida casa penal, porém não apresenta alguns aparelhos (caneta de alta rotação, caneta de baixa rotação e fotopolimerizador) e os instrumentais existentes encontram-se em quantidade insuficiente, permitindo à odontóloga somente a realização de exodontias.

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

3.1 Atividades/metras/indicadores (processo/resultado) / cálculos

O quadro abaixo demonstra os mecanismos de avaliação de desempenho das atividades e das metas que foram empregados na construção do planejamento das ações de saúde da SUSIPE.

Quadro 1- Demonstrativo das ações realizadas

Objetivos Específicos	Atividades	Metas
- Sensibilizar a equipe de planejamento da SUSIPE para a importância do planejamento participativo;	Promover reuniões com a equipe de planejamento da SESP A e SUSIPE	Realizar três reuniões entre as equipes
- Realizar reunião com a equipe de planejamento da Secretaria de Segurança Pública;	Promover reuniões com a equipe de planejamento da SESP A e SUSIPE	Realizar três reuniões entre as equipes
- Promover a integração dos servidores envolvidos nas ações de saúde;	Realizar reuniões com os servidores da SUSIPE para apresentação da experiência da SESP A	Realizar um seminário de apresentação da experiência da SESP A em planejamento participativo
- Promover a participação das equipes de saúde da SUSIPE no processo de planejamento;	Promover reuniões e debates com a equipe de saúde SUSIPE para sensibilização do processo de planejamento	Realizar três reuniões com a equipe de saúde SUSIPE

- Realizar reunião com os demais atores envolvidos no processo de planejamento para desenvolvimento de um planejamento participativo;	Promover reuniões e debates com os atores envolvidos para sensibilização do processo de planejamento	Realizar duas reuniões com os demais atores envolvidos
Realizar planejamento participativo para inserção das ações de saúde penitenciária no Plano Estadual de Saúde.	Realizar reunião de construção do planejamento participativo	Realizar reunião de integração para construção do planejamento das ações de saúde da SUSIPE com objetivos e metas a serem alcançadas.

3.2. Principais problemas para implementação do planejamento participativo na secretaria de segurança pública

A viabilidade desse projeto foi garantido pela priorização da equipe da Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde da SESPA, que objetivou integrar as equipes da SUSIPE de maneira a realizar o planejamento estratégico e participativo a partir da experiência da Secretaria de Estado de Saúde Pública, onde houve dificuldades de integração dos diversos setores na construção de objetivos, metas e indicadores de acordo com as Diretrizes Nacionais de Saúde.

A equipe técnica da SESPA trabalhou durante o ano de 2012 para a construção do planejamento das metas e atualmente existe dentro da SESPA, um planejamento integrado com a Programação Anual de Saúde e o Plano Estadual de Saúde nos diversos níveis e setores da Secretaria Estadual.

A falta de planejamento participativo e estratégico, entre a SESPA e SUSIPE, causou “perdas” da qualidade do trabalho dos profissionais de saúde no PEM II, aqui focado, pois é a única Unidade Prisional que recebe recursos financeiros, e encontra-se cadastrada no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Ressalta-se que anteriormente existiam 02 (duas) pessoas, sendo uma da SESPA e uma da SUSIPE que formavam uma equipe responsável pela viabilização,

estudo e acompanhamento da saúde prisional no âmbito da SESPA, naquele momento Plano Operativo Estadual.

O PEM II que recebe recursos pelos procedimentos realizados, tais recursos estão alocados no Fundo Estadual de Saúde, anteriormente existia um convênio entre a SESPA e SUSIPE de repasse de recursos, no entanto após a Lei Complementar n.º 141 de 13 de janeiro de 2012, que:

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Assim, a equipe realizava a solicitação dos insumos e material técnico para suprir as “necessidades” do PEM II; no entanto isso não era realizado de maneira eficaz, pois o processo de aquisição demorava a ser efetuado e ainda eram solicitadas quantias pequenas para o número de presos existentes na unidade. Isso gerava um descontentamento na equipe de saúde do sistema prisional e constantes reclamações dos demais técnicos durante as reuniões entre SESPA e SUSIPE.

Diante de tais fatos, verificou-se que não existia um planejamento das ações a serem realizadas, houve também a observação de que os técnicos da SUSIPE não tinham conhecimento do Plano Estadual de Saúde, e que no mesmo deveria estar contida a saúde prisional. Assim, como a Programação Anual de Saúde deve ser realizada a luz do Plano de Saúde.

Durante o início das discussões no mês de novembro de 2013, houve muita resistência das técnicas do planejamento da SUSIPE em adotar o modelo de planejamento da SESPA, devido a existência do Plano Operativo.

No entanto quando houve em 02 de janeiro de 2014, a publicação no DOU a Portaria Interministerial nº 1, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A apresentação da PNAISP trouxe um impulso nestas ações, pois as reuniões puderam ser realizadas com mais frequência e apresentado o Plano Estadual de Saúde e Programação Anual de Saúde para entendimento dos técnicos da SUSIPE de como funciona o planejamento

participativo na SESPA, onde houve a apresentação dos Eixos orientadores do Plano:

- ✓ As condições de saúde da população (este eixo concentra os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde);
- ✓ Os determinantes e condicionantes de saúde (este eixo concentra medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores – intersectorialidade);
- ✓ A gestão em saúde (este eixo concentra, entre outras, medidas que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão).

A partir deste momento houve a consolidação da construção do planejamento participativo e integrado entre os dois órgãos, pois realizou-se reunião discutindo de que maneira deveria ser integrado as ações da saúde prisional no plano estadual de saúde e na Programação Anual de Saúde para que os recursos estivessem alocados, bem como, os objetivos, diretrizes e metas da saúde prisional estivessem contidas nos instrumentos de gestão.

Houve a demonstração de que a equipe de saúde da SUSIPE deveria realizar o alcance das metas e indicadores de saúde, dentro do sistema prisional, tais como: proporção de curas de casos de tuberculose e hanseníase, média de escovação supervisionada, dentre outros.

A PNAISP encontra-se sendo executada no Estado do Pará, portanto o planejamento participativo esta em fase de construção, assim a equipe ainda está reunindo com as áreas técnicas da SESPA para realização das ações direcionadas a população prisional, uma vez que o estado estará responsável pela implantação das Estratégia Saúde da Família Prisional em alguns dos sistemas prisionais.

No estado, os municípios que aderiram a PNAISP foram: Ananindeua, Belém e Marituba, os quais irão executar as ações de saúde dos complexos prisionais que encontram-se em seu território. Sendo que o grupo condutor da política está realizando discussões para a construção do plano de ação destes municípios nos mesmos moldes do planejamento realizado pela SESPA e SUSIPE, ou seja, demonstrando a importância do alcance de metas e indicadores.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir o presente trabalho, verificou-se que o instrumento de planejamento, oportunizou uma melhor integração entre SESPÁ e SUSIPE, onde buscou-se a elaboração de metas que pudessem direcionar de maneira mais efetiva as ações de saúde penitenciária. Houve a apresentação do planejamento da SESPÁ de maneira que os técnicos da SUSIPE observassem a importância dos indicadores de saúde e seus alcances dentro da saúde prisional. Vale ressaltar que conforme analisamos a obra de Parente, o planejamento em saúde pode ser um instrumento ou uma tecnologia, porém sua essência, para aqueles que atuam na área da saúde, encontra-se na sua capacidade de produzir níveis crescentes de autonomia e de protagonismo junto aos diversos atores sociais que se relacionam com o sistema de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Assim, é mister afirmar que a elaboração do planejamento integrado e participativo na SUSIPE oportunizou uma melhor visibilidade e desempenho das ações de saúde penitenciária por todos os níveis de governo e pela pactuação entre os seguimentos envolvidos. A sustentabilidade das ações estarão garantidas no PPA da SESPÁ/DPAIS já para o ano de 2014 e 2015.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Creuza da S. Planejamento e Gerência no Enfoque Estratégico-Situacional de Carlos Matus. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, abr/jun, 1992.

BAFFI, Maria Adelia Teixeira. O Planejamento em Educação: Revisando Conceitos para Mudar Concepções e Práticas. Petrópolis, 2002.

Humanizadas - Política Nacional de Humanização. Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS, Brasília – DF 2004 Série B. Textos Básicos de Saúde.

O que é o Planejamento Estratégico Situacional? Revista Espaço Acadêmico n.º 32 – Janeiro/ 2004.

PARENTE, José Reginaldo Feijão. Planejamento Participativo em Saúde. S A N A R E, Sobral, v.10, n.1, jan./jun. 2011.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE PARA PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE 2013.

SOUZA, Daniel Luiz de Planejamento Estratégico em Organizações Públicas. Planejamento de longo prazo em organizações públicas com a utilização do Balanced Scorecard e de cenários prospectivos. Brasília, 2010.

TERENSE, Ana Cláudia Fernandes. Planejamento Estratégico como Ferramenta de Competitividade na Pequena Empresa: Desenvolvimento e Avaliação de um Roteiro Prático para o Processo de Elaboração do Planejamento. São Carlos, 2002.

ANEXOS

MODELO DE PALNEJAMENTO UTILIZADO PELA SESPA E SUSIPE

SAÚDE BUCAL	
DIRETRIZ 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.	
Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.	
Indicador 5 – Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	
Meta Estadual a ser Pactuada 2014: (M5) – Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Proposta de Meta Estadual / Ano para 2014:
Meta de Gestão (2014): 1.59 – Implementação de serviços da Atenção Primária, implementando melhorias no acesso ao tratamento odontológico em 50% das Unidades Penitenciárias	Meta Gestão Programada p / o ano 2014: 10 monitoramentos; Aquisição de kits saúde bucal
Atividades a serem realizadas	Capacitação de equipes de saúde bucal; Aquisição de kits de higiene bucal;
SAÚDE BUCAL	
DIRETRIZ 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.	
Objetivo 1.1 – Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso	

da atenção básica.	
Indicador 6 – Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.	
Meta Estadual a ser Pactuada 2014: (M6) – Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Proposta de Meta Estadual / Ano para 2014:
Meta de Gestão (2014): 1.59 – Implementação de serviços da Atenção Primária, implementando melhorias no acesso ao tratamento odontológico em 50% das Unidades Penitenciárias.	Meta Gestão Programada p / o ano 2014: Aquisição de insumos e materiais técnicos em quantidade suficiente
Atividades a serem desenvolvidas	- Aquisição de insumos - Aquisição de material técnico em quantidade suficiente - Reunião com a equipe para sensibilizar da importância da prevenção
SAÚDE DA MULHER	
DIRETRIZ 3 – Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança e Implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade.	
Objetivo 3.1 – Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e no colo do útero.	
Indicador 18 – Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.	
Meta Estadual a ser Pactuada 2014: (M18) – Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada três anos.	Proposta de Meta Estadual / Ano para 2014:

<p>Meta de Gestão (2014): 3.1 – Implementação de Serviços da Atenção Primária, fomentando a implantação/implementação da gestão da Política de Atenção a Assistência ao Climatério em 50% das Regiões de Saúde.</p>	<p>Meta Gestão Programada p / o ano 2014:</p>
<p>SAÚDE DA MULHER</p>	
<p>DIRETRIZ 3 – Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança e Implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade.</p>	
<p>Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.</p>	
<p>Indicador 21 – Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.</p>	
<p>Meta Estadual a ser Pactuada 2014: (M21) – Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.</p>	<p>Proposta de Meta Estadual / Ano para 2014:</p>
<p>Meta de Gestão (2014): 3.3 – Implementação da Política de Gestão da atenção integral de assistência pré natal nas Unidades Prisionais Femininas</p>	<p>Meta Gestão Programada p / o ano 2014:</p> <p>04 capacitações e 10 monitoramentos.</p>
<p>SAÚDE DA MULHER</p>	
<p>DIRETRIZ 3 – Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança e Implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade.</p>	
<p>Objetivo 3.2 – Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.</p>	
<p>Indicador 22 – Número de testes de sífilis por gestantes.</p>	
<p>Meta Estadual a ser Pactuada 2014: (M22) – Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS.</p>	<p>Proposta de Meta Estadual / Ano para 2014:</p>

<p>Meta de Gestão (2014): 3.5 – Implementação de Serviços da Atenção Primária, implantando a Política de Gestão da Atenção Integral do Planejamento Familiar.</p>	<p>Meta Gestão Programada p / o ano 2014:</p>
<p>Atividades a serem realizadas</p>	
<p>VIGILÂNCIA EM SAÚDE</p>	
<p>DIRETRIZ 7– Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p>	
<p>Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.</p>	
<p>Indicador 36 – Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.</p>	
<p>Meta Estadual a ser Pactuada 2014: (M36) – Ampliar a cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.</p>	<p>Proposta de Meta Estadual / Ano para 2014:</p>
<p>Meta de Gestão (2014): 3.5 – 75% de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera</p>	<p>Meta Gestão Programada p / o ano 2014:1 Aparelho raio X 10 visitas</p>
<p>Atividades a serem realizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar visitas Técnicas nas unidades prisionais - instalar de 1 aparelho de Raio-X no HCTP - Capacitar servidores nas ações de prevenção e tratamento de Tuberculose