



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CEDRAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

***PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
CEDRAL – MA  
PMS 2018-2021***

## APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 é um dos principais instrumentos da gestão municipal, inicialmente, porque reflete as necessidades e peculiaridades regionais no âmbito da saúde, e, igualmente, porque tem a finalidade de apoiar as gestões na condução da prestação de ações e serviços de saúde de modo que alcance a melhoria dos níveis de saúde da população em cada dentro do sua região e território de atuação.

O documento buscou atender a todos os critérios e conformidades instituídos na Portaria nº 2.135 de 25/09/2013 do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, tal como esculpido em seu art. 3º - *“Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS no período de quatro anos”*.

A construção deste Plano buscou consolidar as contribuições, análises e sugestões de todas as áreas técnicas de implementação da Política Municipal de Saúde, bem como se utilizou como referência ou linha de base para definição das diretrizes, objetivos e metas a atualização da análise situacional da saúde, contida no Plano Estadual de Saúde 2016 - 2019, o levantamento das necessidades de saúde no município e na Região de Saúde de Pinheiro.

Ressalta-se, entretanto, que as propostas da IV Conferência Municipal de Saúde foram fundamentais e também subsidiaram as definições das diretrizes e a priorização metas governamentais para a Política Municipal de Saúde para o período 2018-2021.

Esperando que este Plano represente não somente as intenções da nossa Gestão Municipal, mas, principalmente, represente as reais necessidades da população de Cedral, representando o norteador de todas as ações em saúde, entregamos à sociedade o Plano Municipal de Saúde de Cedral no Estado do Maranhão.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>6</b>
<b>ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE</b> .....	<b>7</b>
<b>PARTE I - ANÁLISE SITUACIONAL</b> .....	<b>8</b>
<b>1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 Atenção à Saúde da Criança e Adolescente</b> .....	<b>9</b>
1.1.1 Mortalidade Infantil.....	10
1.1.2 Saúde do Adolescente.....	12
1.1.3 Caderneta de Saúde do Adolescente – CSA.....	13
1.1.4 Combate ao Óbito por Causas Externas.....	13
1.1.5 Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.....	14
1.1.6 Gravidez na Adolescência.....	16
1.1.7 Dependência Química e uso de Drogas.....	17
<b>1.2 Saúde da Mulher</b> .....	<b>17</b>
1.2.1 Assistência Materno Infantil no Estado do Maranhão – Rede Cegonha.....	20
1.2.2 Mortalidade Materna.....	21
1.2.3 Assistência ao Parto.....	22
1.2.4 Pré-Natal.....	23
1.2.5 Rede de Doenças Crônicas: Linha de Cuidado Oncológica.....	24
<b>1.3 Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus</b> .....	<b>26</b>
<b>1.4 Controle do Tabagismo</b> .....	<b>28</b>
<b>1.5 Saúde do Homem</b> .....	<b>29</b>
<b>1.6 Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa</b> .....	<b>31</b>
<b>1.7 Saúde Bucal</b> .....	<b>34</b>
<b>1.8 Saúde Mental</b> .....	<b>35</b>
<b>1.9 Estratégia de Saúde da Família</b> .....	<b>37</b>
1.9.1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	40
<b>1.10 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade- PMAQ</b> .....	<b>40</b>
<b>1.11 Programa Nacional De Requalificação das Unidades Básicas de Saúde</b> .....	<b>40</b>
<b>1.12 Educação em Saúde</b> .....	<b>41</b>
<b>1.13 Programa Saúde na Escola</b> .....	<b>41</b>
<b>1.14 Atenção Integral á Saúde da População do Campo, Floresta e Águas</b> .....	<b>42</b>
<b>1.15 Regiões de Saúde</b> .....	<b>43</b>
<b>2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE</b> .....	<b>45</b>
<b>2.1 Vigilância Epidemiológica</b> .....	<b>45</b>
2.1.1 Mortalidade.....	45
2.1.2 Hanseníase.....	48
2.1.3 Tuberculose.....	52
2.1.4 Dengue.....	54
2.1.5 Febre do Chikungunya.....	56
2.1.6 Zika Vírus.....	57
2.1.7 Leishmaniose Tegumentar (LT).....	57
2.1.8 Leishmaniose Visceral (LV).....	58
2.1.9 Raiva.....	60
2.1.10 Malária.....	62
2.1.11 Esquistossomose.....	63
2.1.12 Doença De Chagas.....	65
2.1.13 DST/AIDS, Hepatites Virais e Sífilis.....	66
2.1.13.1 AIDS.....	67
2.1.13.2 Sífilis Congênita.....	67
2.1.13.3 Hepatites Virais.....	68
2.1.14 Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANTs.....	68
2.1.15 Imunização.....	70
2.1.16 Saúde do Trabalhador.....	73
<b>3 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE</b> .....	<b>76</b>
<b>3.1 Histórico</b> .....	<b>76</b>
<b>3.2 Dados Demográficos</b> .....	<b>76</b>

<b>3.3 Índice de Desenvolvimento Humano – IDH .....</b>	<b>77</b>
<b>3.4 Educação .....</b>	<b>79</b>
<b>3.5 Trabalho e renda .....</b>	<b>81</b>
<b>3.6 Saneamento Básico .....</b>	<b>83</b>
3.6.1 Habitação .....	83
<b>3.7 Vulnerabilidade Social .....</b>	<b>83</b>
<b>3.8 Vigilância Sanitária e Ambiental .....</b>	<b>84</b>
<b>4 REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>4.1 Ouvidoria do SUS .....</b>	<b>87</b>
<b>4.2 Auditoria .....</b>	<b>88</b>
<b>5 REDE DE ASSISTENCIA A SAÚDE .....</b>	<b>89</b>
5.1.1 Situação Diagnóstica da Região de Saúde Pinheiro – 12.....	89
5.1.2 Rede de Atenção às Urgência e Emergência .....	90
5.1.2.1 Atenção Domiciliar Programado.....	91
5.1.2.2 Organização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU .....	91
5.1.2.3 Produção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade da Região.....	92
<b>5.1.3 Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.....</b>	<b>92</b>
5.1.3.1 Hemorrede da Região .....	92
<b>5.1.4 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência .....</b>	<b>92</b>
<b>5.2 Organização da Rede Municipal .....</b>	<b>94</b>
5.2.1 Produção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade do município de Cedral .....	94
5.2.2 Capacidade Instalada do Município Cedral.....	95
<b>6 ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA .....</b>	<b>96</b>
<b>7 GESTÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>98</b>
7.1 Regionalização .....	98
7.2 Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde- PGASS .....	98
7.3 Financiamento da Saúde .....	100
7.4 Planejamento em Saúde do SUS .....	101
7.5 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.....	102
7.6 Participação Social e Instâncias Deliberativas .....	103
7.7 Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS .....	106
<b>8 OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE .....</b>	<b>108</b>
<b>PARTE II - DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS 2018-2021 .....</b>	<b>109</b>
<b>PARTE III - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE .....</b>	<b>116</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE SIGLAS

AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIR	Comissão Intergestora Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSA	Caderneta de Saúde do Adolescente
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
DASCA	Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EAB	Equipe de Atenção Básica
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IPEIA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LRPD	Laboratório Região de Prótese Dentária
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações Serviços de Saúde
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamento
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Informação em saúde do Pré – natal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste Plano Municipal de Saúde envolveu todas as áreas técnicas e ocorreu de forma compatibilizada com o Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual (PPA) do mesmo período, bem como, incorporou as diretrizes do Plano de Governo Municipal, que é o instrumento que estabelece metas/prioridades e considera as fontes de financiamento da política e as diretrizes recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), além das diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde e as deliberações da IV Conferência Municipal de Saúde ocorrida em julho de 2017.

Resultante do consenso de uma ordem de debates ocorridos durante a elaboração do Plano Plurianual e da IV Conferência Municipal de Saúde, através de consulta pública e reuniões ampliadas nos Territórios da Cidade, este Plano também congregou as prioridades de investimentos sinalizadas na área das Redes de Assistência a Saúde (RAS), sendo organizado em três seções, além desta introdução e metodologia de construção deste documento.

A primeira contém uma síntese das condições de saúde da população de Cedral, por meio da atualização do acesso e da oferta de ações, serviços e produtos, caracterizando-se num diagnóstico situacional, aponta os indicativos para a definição das estratégias, das diretrizes e das metas para a gestão Municipal do SUS.

A segunda indica as diretrizes e quantifica metas a serem alcançadas, referenciadas aos objetivos de ampliação do acesso e aprimoramento do SUS no Município.

A terceira parte do documento apresenta as prerrogativas essenciais à gestão, os processos de monitoramento e avaliação eficaz do Plano, como uma ferramenta essencial para o processo de acompanhamento do alcance das metas estabelecidas e pactuadas.

Com esses atributos, o Plano Municipal de Saúde visa à ampliação e à qualificação do acesso universal, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida da população cedralense em consonância com o Plano Estadual de Saúde do Maranhão.

A importância deste instrumento é traduzir as ações de saúde municipais oriundas da relação do Governo Municipal e Comunidade na busca de serviços de saúde mais resolutivos e humanizados, contribuindo para definição de políticas e aplicação de recursos que visem solucionar os problemas de saúde nas comunidades, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e bem estar social da população.

## METODOLOGIA

O processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018-2021 iniciou-se em fevereiro de 2017, coordenado pela Coordenação da Atenção Básica e pelo Controle e Avaliação e contou com a participação dos técnicos de todos os Setores da Secretaria Municipal de Saúde de Cedral e representantes do Conselho Municipal de Saúde.

Para o processo de construção do PMS, foram realizadas várias ações internas e externas para levantamento de dados e construção da análise situacional, tais como:

- **REUNIÕES INTERNAS PELAS ÁREAS TÉCNICAS DA SEMUS** visando reunir dados para elaboração da análise situacional e definição das diretrizes, objetivos e metas;
- **4ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE** realizada em **20 de julho de 2017**, resultando nas deliberações e Relatório Final da Conferência;
- **OFICINA DE TRABALHO** para alinhamento e validação das diretrizes, dos Ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ e Programa de Qualificação em Ações de Vigilância em Saúde – PQAUS;

- **OFICINA PARTICIPATIVA** foi o momento de alinhamento final das metas e prioridades das áreas técnicas agregando-as às demandas que subsidiaram o projeto de Lei do PPA 2018 -2021 em **janeiro de 2018**;
- **PLENARIA** de apresentação, validação e aprovação realizada no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, realizada na mesma data da oficina Participativa.

## ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

A estrutura dos sistemas de saúde tem como compromisso primordial garantir o acesso aos bens e serviços disponíveis em cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos organizado sob forma de Redes de Atenção à Saúde – RAS – portaria 4279/2010 e esquematizado a partir da Atenção Básica em Saúde conforme preconiza a Portaria 2436/2017.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196, diz que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Com base nesse princípio, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) para operacionalizar a prestação das ações e serviços públicos englobando a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo a responsabilidade do financiamento distribuído pelas três esferas de governo.

Conforme o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispôs sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa são os componentes da organização do SUS para a operacionalização de forma regionalizada e hierarquizada. A organização deste Sistema define como 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 devendo esse fator ser norteador dos serviços oferecidos na ótica da regionalização da RAS e da definição do papel do município neste arranjo.

As Regiões de Saúde são instituídas pelos Estados, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Bipartites (CIB). Em nosso Estado, o processo organizativo dessas Regiões de Saúde encontra-se regulamentada pela Resolução da CIB/MA Nº 44/2011, de 16 de junho de 2011, publicado no Diário Oficial do Estado do Maranhão (DOE/MA), caderno Executivo, página 7, de 22 de julho de 2011, estruturada em 19 Regiões.

Cabe destacar que outro instrumento organizativo da Gestão do SUS é denominado Mapa da Saúde, que identifica as necessidades de saúde através da descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema, encontrando-se, em parte, definidos nos planos de redes das Comissões Intergestores Regionais.

A Relação Nacional de Ações Serviços de Saúde (RENASES) compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece aos seus usuários, promovendo o atendimento da integralidade da assistência à saúde. Cada ente federativo deve pactuar nas Comissões Intergestores suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços que constam na RENASES.

Para fins da seleção e padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos, no âmbito do SUS, foi regulamentada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), cuja utilização será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional para prescrição, dispensação e uso dos medicamentos. Estados e Municípios poderão adotar relações complementares à RENAME, desde que pactuadas nas Comissões Intergestores, assegurando o seu respectivo

financiamento. Outras recomendações, é que a prescrição deve estar em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas devem ser realizados por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções, e em unidades indicadas pela direção do SUS.

## **PARTE I - ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

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

No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Por ser territorializada, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da equidade tendo como diretrizes, Regionalização e Hierarquização, Territorialização, População adscrita, Cuidado centrado na pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do Cuidado, Coordenação do cuidado, Ordenação da rede e Participação da comunidade.

#### **A Atenção Básica deve ser ordenadora das Redes de Atenção à Saúde:**

- Rede de Atenção às Urgências e Emergências
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
- Rede Cegonha
- Rede de Atenção Psicossocial
- Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

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

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

Existem ainda outras ferramentas que contribuem para o fortalecimento da Atenção Básica como Financiamento para Construções, Reformas e Ampliações de UBS constantes no Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS). Expansão do número de profissionais existentes na Estratégia de Saúde da Família através do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e Mais Médicos para o Brasil. Fortalecimento da Estratégia de Saúde Bucal com

o Brasil Sorridente. Implantação/Implementação de estratégias constantes na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Práticas Integrativas e Complementares a prevenção e aos tratamentos convencionais. Com aproximação dos usuários realizando melhor Educação em Saúde/Educação Popular principalmente nas populações vulneráveis.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é um Programa que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

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

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

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

## **1.1 Atenção à Saúde da Criança e Adolescente**

De acordo com o censo IBGE de 2010, a população de Cedral é de 10.297 habitantes, sendo que deste total 1.914 são crianças na faixa etária de 0 a 10 anos incompletos, o que corresponde a 18.58% e 2.076 de adolescentes na faixa etária de 10 a 20 anos incompletos, equivalendo a 20.16% da população total do Município.

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

A Política Estadual de Atenção a Criança e Adolescente, e conseqüentemente a do município, fundamenta-se nos seguintes marcos legais: Estatuto da Criança e Adolescente, Políticas Nacionais de Atenção Integral a Criança e Aleitamento Materno; Políticas Nacionais de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens, Política Nacional de Humanização, compromisso brasileiro com os Objetivos do Milênio, Pacto pela Vida (Portaria GM nº325/2008); Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil 2004), compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades na Região Nordeste e Amazônia Legal; Políticas firmadas entre Governos Municipais, Estaduais e Governo Federal e a adesão ao programa do selo UNICEF 2017-2020.

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

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

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

### 1.1.1 Mortalidade Infantil

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

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

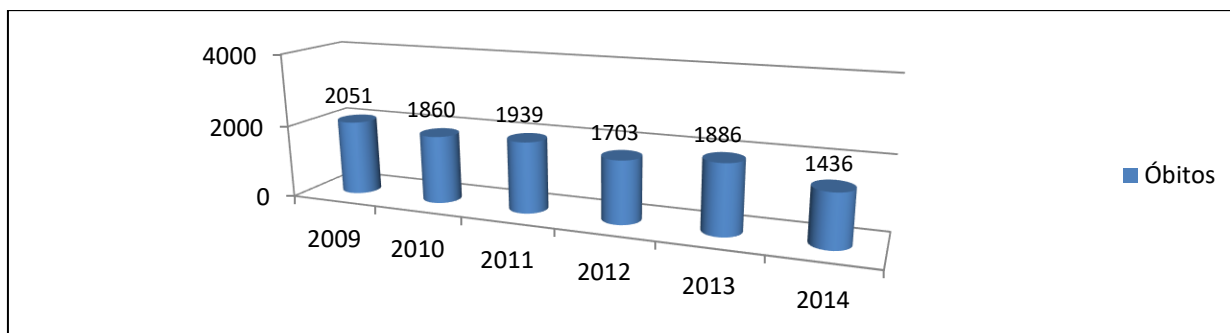
Quando nos debruçamos sobre os resultados do trabalho até então desenvolvido, identificamos que a grande resposta ocorreu na diminuição da mortalidade na faixa etária de 0 a 5 anos, que tinha como causas preponderantes as doenças diarreicas e as infecções respiratórias agudas. Por outro lado, tem se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

O aumento da taxa pactuada da Mortalidade Infantil, de 23,66/1.000 para 25,31/1.000 nascidos vivos, deveu-se entre outros fatores, a não concretização das ações implementadas na Rede Cegonha, que em parceria com os municípios, constituiu-se também em importante desafio, considerando as necessárias mudanças no modelo de assistência e dos cuidados à gravidez, parto, nascimento e atenção integral à saúde e que visa implementar uma rede de cuidados na melhoria, eficácia e eficiência da qualidade dos serviços.

A constatação dessa realidade nos leva a investir em ações capazes de alterar esse indicador com medidas efetivas na qualidade do pré-natal, melhor assistência ao parto e proteção integral ao Recém Nascido na primeira semana de vida. Portanto o controle da MI é produto de ações complexas que envolvem estrutura e organização dos serviços de saúde, práticas profissionais seguras e eficazes, atitudes de co-responsabilização, trabalho em equipe e articulado a ações interdisciplinares e inter setoriais que alcancem o ambiente e a qualidade de vida em contextos comunitários que ofereçam tratamento de água, saneamento básico, manejo no destino do lixo, manipulação e aproveitamento de nutrientes e alimentos regionais.

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

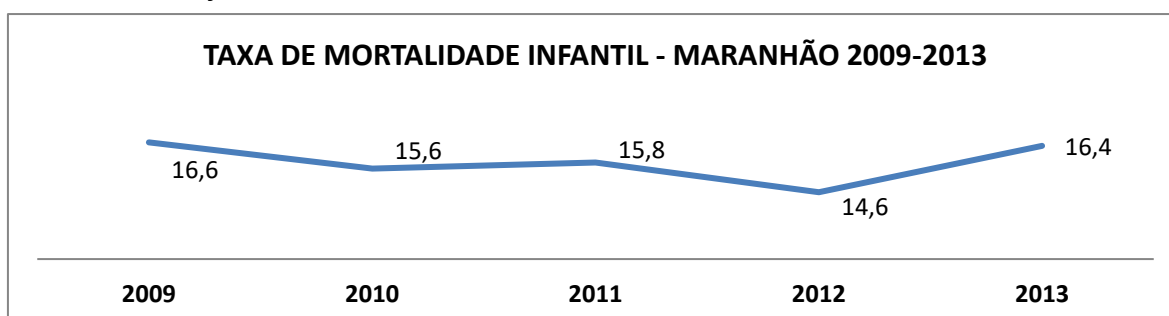
Gráfico 1: Evolução do Número de Óbitos Infantis no Maranhão. Período de 2009 a 2014.



Observando o número de registros de óbitos infantis ocorridos no período de 2009 a 2014 apresenta uma redução do número de casos ocorridos no Estado do Maranhão, com destaque para o ano de 2014 que apresentou o menor índice de MI nos últimos 06 (seis) anos, o que demonstra um significativo resultado das estratégias adotadas pelo Estado em parceria com os Municípios no enfrentamento da MI e na diminuição de seus indicadores negativos.

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

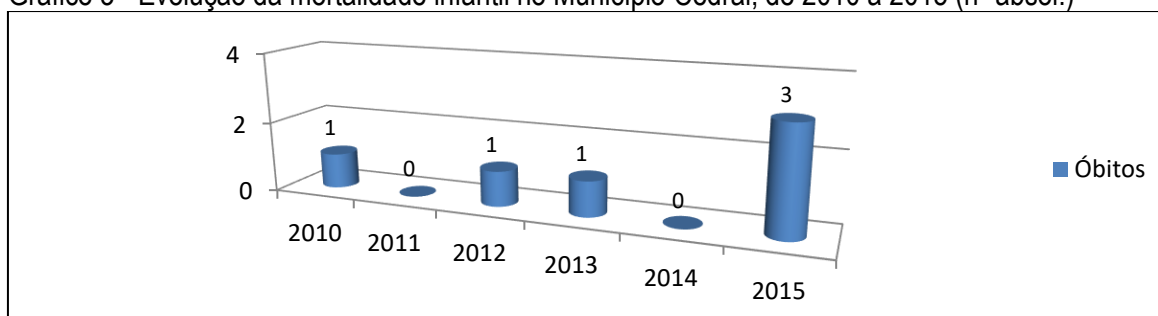
Gráfico 2 - Evolução do coeficiente de mortalidade infantil no Maranhão, de 2009 a 2013



Na análise do comportamento do coeficiente de mortalidade infantil no período de 2009 a 2013 (gráfico 2), observa-se uma redução na taxa, passando de 16,6 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2009, para 14,6 em 2012, voltando a aumentar em 2013 (16,4/1000 NV).

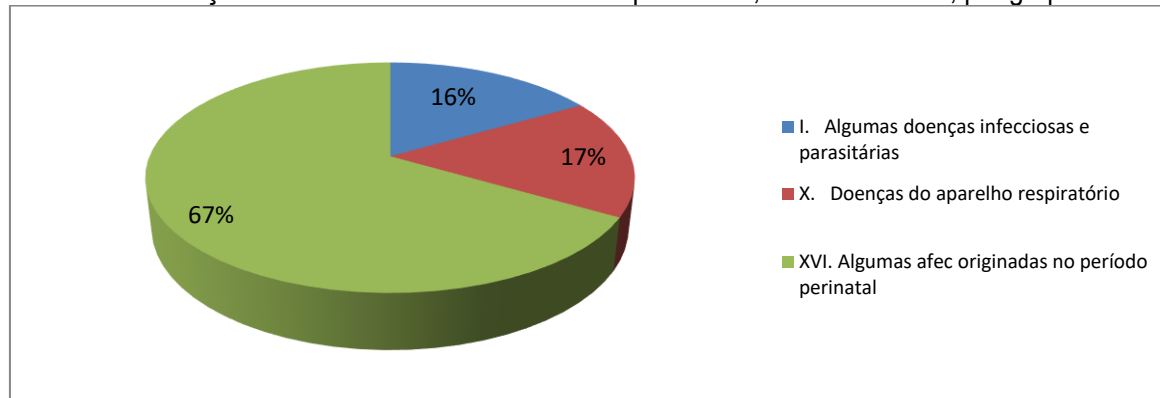
O gráfico, a seguir, mostra o número de registros de óbitos infantis ocorridos no município Cedral no período de 2010 a 2015.

Gráfico 3 - Evolução da mortalidade infantil no Município Cedral, de 2010 a 2015 (nº absol.)



Importante destacar que metade das crianças que foram a óbito no período teve como grupo principal de causas as afecções originadas no período perinatal, com destaque para as Outras afecções respiratórias do recém-nascido. No segundo grupo de causas, destacam-se as Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, conforme mostra o abaixo.

Gráfico 4 - Evolução da mortalidade infantil no Município Cedral, de 2010 a 2015, por grupo de causa



### 1.1.2 Saúde do Adolescente

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

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

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

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

O Município Cedral, de acordo com o IBGE (2010), possui 2.076 pessoas entre 10 e 19 anos assim divididos:

POPULAÇÃO	TOTAL	%		
10 a 14 anos	1.055	10.24		
15 a 19 anos	1.021	9.91		
<b>POPULAÇÃO: URBANA x RURAL</b>				
POPULAÇÃO	URBANA	%	RURAL	%
10 a 14 anos	268	11.18	787	9.96
15 a 19 anos	215	8.96	806	10.20
<b>POPULAÇÃO: MASCULINA x FEMININA</b>				

POPULAÇÃO	MASCULINA	%	FEMININA	%
10 a 14 anos	580	10.75	475	9.68
15 a 19 anos	510	9.45	511	10.42

No âmbito da Secretaria Estadual de Saúde (SES), vinculada à Secretaria Adjunta de Política da Atenção Primária e Vigilância em Saúde e à Superintendência de Atenção Primária em Saúde, existe o Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (DASCA), que objetiva implementar e consolidar as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde do Adolescente no Estado, bem como, acompanhar, monitorar, capacitar, supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas.

As ações desta Diretriz no Município estão sendo articuladas inter institucionalmente, envolvendo diversos atores das Políticas Públicas de Educação, Assistência Social e Controle Social, através dos Conselhos de Direito e Tutelares, bem como as demais representações correlatas.

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

Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), a Política de Saúde Integral a Criança de Cedral objetiva desenvolver ações, que consta dos seguintes eixos estratégicos:

- atenção humanizada e qualificada a 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 a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- atenção integral a criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura e paz e;
- vigilância e prevenção do óbito infantil e fetal.

### 1.1.3 Caderneta de Saúde do Adolescente – CSA

Lançada pelo Ministério da Saúde em 2009, a CSA foi implantada no Estado em 2010 com a adesão inicial de 35 municípios, utilizada para acompanhar o crescimento e desenvolvimento de adolescentes de 10 a 16 anos. A parceria estabelecida em 2011 com a Atenção Primária em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Saúde na Escola (PSE) alavancou o processo de implantação da CSA nos municípios.

O Departamento de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (DASCA) vem realizando o monitoramento, acompanhamento e suporte técnico nas 19 Regionais de Saúde sobre a aplicação e utilização da CSA, assim como, a realização de oficinas de capacitação em crescimento e desenvolvimento para os técnicos municipais de acordo com o Cronograma de Execução.

### 1.1.4 Combate ao Óbito por Causas Externas

No Brasil de acordo com o Ministério da Saúde um dos principais indicadores de mortalidade do Adolescente é o óbito por causas externas, neste indicador podemos agrupar cinco categorias principais de morte: as agressões (1º lugar), acidentes de transporte (2º lugar), queda, lesões voluntárias e eventos indeterminados. Somente em 2013, foram vitimados em todo o país 18.222 adolescentes, sendo 15.797 do sexo masculino e 2.425 do sexo feminino.

No Maranhão, esta tendência acompanha o cenário nacional, sendo a causa externa o principal indicador de mortes de adolescentes, como podemos acompanhar no quadro abaixo:

Número de Óbitos em Adolescentes por Grupo de Causas										
Ano	2009		2010		2011		2012		2013	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Causas Externas	353	75	344	80	387	75	453	96	538	87
Aparelho Respiratório	34	19	30	20	31	13	27	12	28	20
Neoplasias	38	23	33	25	31	26	38	27	34	22
Sistema Nervoso	22	9	21	17	26	13	17	17	28	12
Sintomas E Sinais	33	17	24	18	40	20	43	21	34	14

Observamos que no período de 2011 a 2013 estes índices tiveram um aumento significativo em adolescentes do sexo masculino acima de 39% passando de 387 (2011) para 538 óbitos (2013), enquanto no mesmo período o número de óbitos do sexo feminino apresentou um crescimento de 16%.

No município **Cedral**, os principais capítulos de causa de óbito em adolescentes na série histórica de 2010 a 2015 são (por ordem): sintomas e sinais achados anormais, causas externas, aparelho circulatório, aparelho digestivo e sistema nervoso.

Número de Óbitos em Adolescentes por Grupo de Causas												
Ano	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
Causas Externas		1					2					
Endócrinas e Metabólicas									1			
Aparelho Circulatório	1											
Neoplasias												
Aparelho Respiratório									1			
Gravidez, Parto e Puerp.												1
Aparelho Digestivo												
Sintomas E Sinais												

#### 1.1.5 Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

Segundo os dados do Ministério da Saúde as situações de violências estão distribuídas em todo território nacional, e o perfil das vítimas geralmente são mulheres entre 20 e 59 anos e brancas, tal como veremos nas tabelas a seguir:

Ano	Brasil		Maranhão	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
2009	33.47	66.44	25.96	73.48

2010	33.37	66.49	26.90	73.09
2011	30.15	69.77	29.01	70.98
2012	30.53	69.42	42.65	57.29
2013	29.90	70.03	28.57	71.42
2014	33.65	66.26	32.82	67.17

Tabela 1: Violência Sexual, Domésticas e Outras (Por Gênero)

Ano	Brasil				Maranhão			
	0-09 Anos	10-19 Anos	20-59 Anos	60e+	0-09 Anos	10-19 Anos	20-59 Anos	60e+
2009	19.58	26.85	48.62	4.93	33.70	40.33	24.30	1.65
2010	18.22	25.44	51.44	4.87	27.67	38.16	29.58	4.58
2011	16.69	26.77	51.37	5.15	21.79	42.46	31.50	4.23
2012	16.84	26.86	50.63	5.66	20.03	25.73	44.97	9.24
2013	15.82	26.85	51.27	6.03	14.89	24.74	52.24	8.11
2014	14.62	24.86	54.93	5.56	13.75	20.17	61.37	4.68

Tabela 2: Violência Sexual, Domésticas e Outras (Por Idade)

Ano	Brasil						Maranhão					
	Branca	Amarela	Ignorada	Indígena	Parda	Preta	Branca	Amarela	Ignorada	Indígena	Parda	Preta
2009	39	1	25		28	7	11	1	7		72	10
2010	41	1	22	1	28	7	18	1	7	1	61	13
2011	41	1	21	1	29	8	14	1	3	1	69	12
2012	42	1	18	1	31	8	10		32	1	46	11
2013	40	1	17	1	34	8	13	1	11	1	64	10
2014	40	1	17	1	34	8	12	1	6		71	9

No Maranhão, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, o perfil da pessoa vítima de violência apresentou alterações ao longo da série histórica de 2009 a 2014. Até 2012, encontramos o seguinte perfil: Mulher, Adolescente e Parda; a partir de 2013 encontramos um aumento significativo de casos de violências contra mulheres entre 20 e 59 anos, que passou a ocupar o primeiro lugar de notificações permanecendo assim em 2014.

Assim encontramos no Maranhão uma mudança no perfil das pessoas vítimas de violências de 2009 a 2012 sendo: Mulher, Adolescente e Parda e a partir de 2013, um novo perfil apresentado: Mulher entre 20 e 59 anos e Parda.

No Brasil, os maus-tratos contra crianças e adolescentes passaram a ser tratados como problema de saúde após os anos 1960. A implementação do ECA, em 1990, assegurou direitos especiais e

proteção integral à criança, além de tornar compulsória a notificação, por parte dos profissionais de saúde, de casos suspeitos e/ou confirmados. A partir de 1998, o Ministério da Saúde elaborou a proposta de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, na qual foram formuladas ações articuladas sobre o assunto. Em 2001, com a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência na Infância e na Adolescência, foi estabelecida como obrigatória a notificação de casos suspeitos e confirmados de maus-tratos pelos profissionais dos estabelecimentos que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Consultado o banco de dados do município, não foi encontrada nenhuma notificação de Violência Sexual, Domésticas e Outras. Observa-se que apesar da obrigatoriedade, a subnotificação da *violência* é uma realidade no Brasil, pois se estima que, para cada *caso notificado*, dois o deixam de ser.

Essa informação é utilizada para planejar ações públicas, objetivando eliminar a violência a partir da realidade brasileira, pois, ao notificar, se sabe quem foi a vítima, o agressor, o local da ocorrência, o tipo de ocorrência etc.

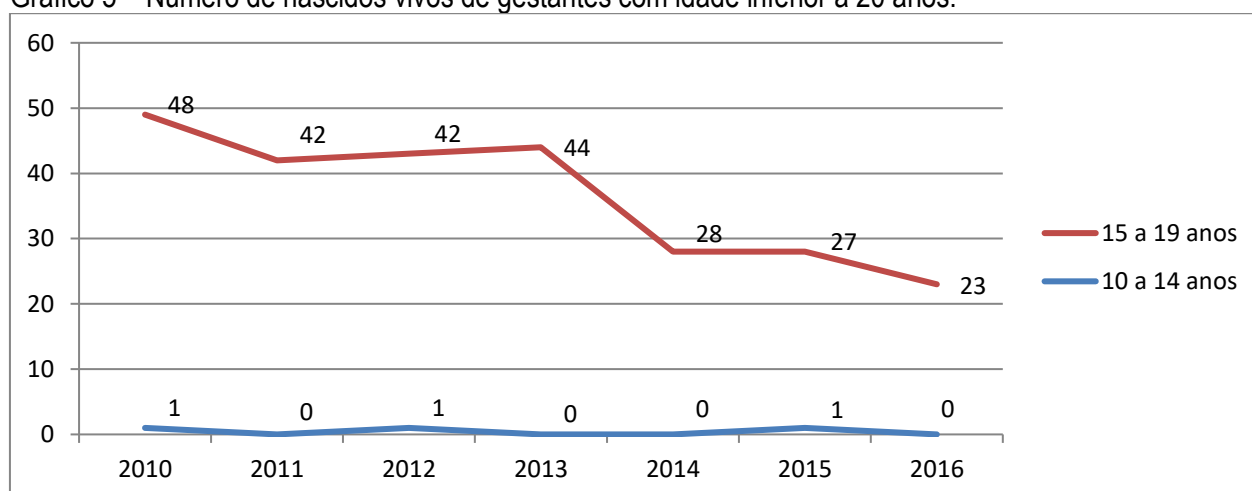
### 1.1.6 Gravidez na Adolescência

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

Em recente pesquisa sobre casamento na infância e adolescência no Brasil realizado pelo Promundo, nas regiões metropolitanas de São Luís e Belém, constatou-se que a gravidez é a primeira causa motivadora de matrimônios nesta faixa etária. Ademais, a gravidez na adolescência pode ter efeitos sociais e econômicos negativos sobre as meninas, uma vez que muitas são obrigadas a deixar a escola, têm suas vidas modificadas, em um momento é uma simples adolescente, em outro uma mãe adolescente, incorporando as obrigações de adulto ao cuidar de uma criança.

No município Cedral observa-se uma redução entre os anos de 2010 e 2016 no número de gestantes com idade inferior a 20 anos, com base no registro de nascidos vivos, conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 5 – Número de nascidos vivos de gestantes com idade inferior a 20 anos.



### 1.1.7 Dependência Química e uso de Drogas.

As substâncias psicoativas vem sendo utilizada pelo homem para as mais variadas finalidades, fins medicinais, religiosos ou simplesmente para alterar o estado de consciência, desde os nossos primórdios.

Não existe sociedade sem drogas. Tão antiga quanto a própria humanidade, a tradição do uso de substâncias capazes de alterar o estado de consciência perde-se no tempo, tendo sido estas usadas em rituais religiosos, para fins medicinais ou até para produzir alterações sensoriais que promovessem uma “fuga” da realidade. (VARALDA e CORDEIRO, 2011)

No entanto a questão do uso nocivo de álcool e outras drogas na população mundial e brasileira tomou proporção de grave problema de saúde pública, forçando o Ministério da Saúde, em 2004, a lançar “**A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**”.

Para VARALDA e CORDEIRO (2011),

Na juventude, dentre os transtornos mentais mais frequentes, a dependência de drogas é um dos diagnósticos mais comuns. **Trata-se de distúrbio crônico, recorrente e multifatorial, considerado um problema de saúde pública em todo mundo**, no qual a vulnerabilidade individualmente. (GRIFO NOSSO)

No Maranhão, o cenário acompanha a tendência Nacional de grave problema de saúde pública, onde o adolescente pelas suas características apresenta-se como sujeito vulnerável a dependência química e seus agravos.

O Departamento de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (DASCA) vem promovendo parcerias com o Departamento de Saúde Mental e Atenção Primária (ESF e PSE) para estabelecer estratégias de prevenção, acolhimento, atendimento e encaminhamento do dependente químico dentro das REDES DE ATENÇÃO à Saúde (Implantação da RAPS, Atendimento na Atenção Básica – Matriciamento, Ações do PSE nas Escolas Públicas), bem como tem promovido capacitações de técnicos municipais em saúde mental na abordagem com o dependente químico (RAPS, ESF e PSE) na construção de espaços para discutir sobre a temática com a sociedade civil e demais instituições.

O número de usuários de álcool e drogas entre os adolescentes no município de Cedral é cada vez mais crescente no município, submetendo a Secretaria Municipal de Saúde a implementar ações urgentes dirigidas para os jovens e adultos usuários ou não de álcool e outras drogas, abordando também temáticas como deficiências, juventude, temáticas de HIV/AIDS, racismo, violência, entre outras temáticas.

## 1.2 Saúde da Mulher

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

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

O gestor federal do SUS, com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, definiu um conjunto de metas sanitárias, relacionadas à saúde das mulheres que compõem o Pacto pela Saúde, desde 2006. Destacam-se as prioridades estaduais, direta ou indiretamente, agregadas às prioridades nacionais, conforme acordado no Pacto pela Vida:

- Controle de câncer de mama e do colo de útero, fazendo o diagnóstico precoce para poder tratar antes de complicar, reduzindo as mortes evitáveis;
- Redução da mortalidade materna e infantil;
- Investimento em programas de saúde para as pessoas idosas, especialmente as mulheres;
- Promoção da saúde, com ênfase nos hábitos saudáveis, como alimentação nutritiva e atividade física;
- Fortalecimento da atenção básica, garantindo que a Estratégia Saúde da Família esteja ao alcance de todos.

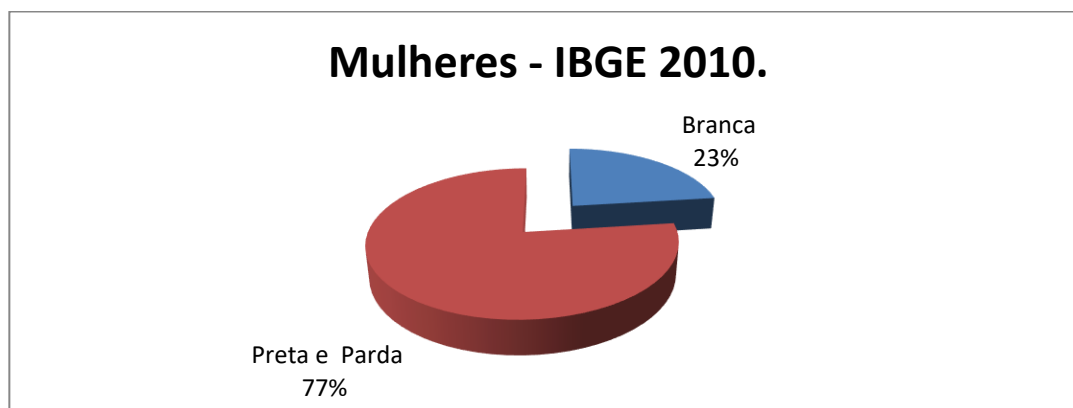
Enfim, metas destinadas a produzir impacto sobre as profundas iniquidades em saúde relacionadas à condição feminina e agravadas por condições de etnia, de classe social, de local de moradia e modos de inserção no trabalho, dentre outras.

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

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

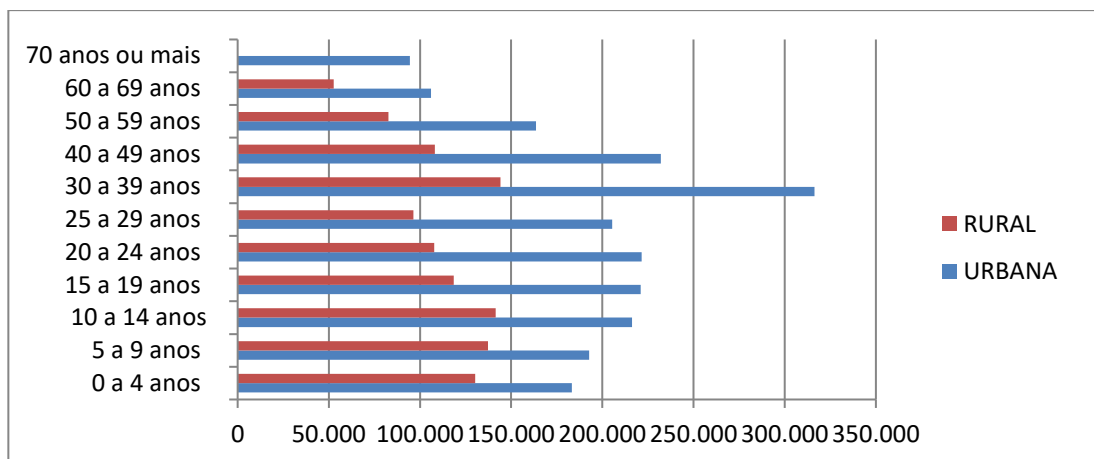
O contingente da população feminina, no estado é de 3.383.540 habitantes, destas 1.265.670 são negras.

Gráfico 06: População feminina por raça e cor, Maranhão.



Fonte: IBGE, 2010.

Gráfico 07: População feminina por faixa etária e residência no Maranhão, ano 2010.



Fonte: IBGE, 2010

Uma visão mais ampla dos diferentes fatores de riscos e vulnerabilidades, tais como condições socioeconômicas, a taxa de analfabetismo, pobreza, condições de moradia e as doenças prevalentes, em especial às mulheres negras: anemia falciforme; morte materna e neonatal; miomatose Uterina; Câncer de Colo Uterino; Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial; DST/AIDS e Hepatites Virais, entre outras, revelam desafios para a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção, requerendo ações inter setoriais, e a reafirmação da luta contra o preconceito por orientações sexuais, identidade de gênero, raça/cor, a eliminação do estigma, da discriminação decorrentes das homofobias (lesbofobia, homofobia, bifobia e transfugia) e igualdade de direitos e garantia de direitos sexuais e reprodutivos, incluindo reprodução assistida (inseminação artificial e fecundação In Vitro).

Ademais, as mulheres indígenas compõem outra parte da população culturalmente diferenciada, que demanda adequação aos múltiplos contextos étnicos dos quais elas fazem parte. A diversidade étnica e sociocultural dos povos indígenas contribui para que esse segmento populacional seja extremamente heterogêneo. A atenção à saúde das mulheres indígenas ainda constitui-se um desafio, não se conseguindo garantir a integralidade das ações, como a assistência no pré-natal, a prevenção do câncer de colo de útero, de mama, e das DST/HIV/AID, dentre outras.

Os dados sobre a população cigana ainda são muito incipientes no Estado, por suas características étnicas, como o nomadismo e suas implicações. Existem registros de ciganos em 17 regiões e 37 municípios, alguns grupos mantêm a natureza nômade, destacam-se Miranda do Norte e Central do Maranhão.

As desigualdades vivenciadas pelas mulheres do campo, floresta e águas são maiores quando comparadas com as moradoras das áreas urbanas. São mulheres responsáveis pelos trabalhos domésticos, rurais, pescadoras artesanais, quebradeira de coco, que enfrentam violências quer doméstica, familiar e sexual, relacionada aos conflitos. Tornando-se fundamental o reconhecimento e o fortalecimento das práticas populares tradicionais e integrativas de saúde.

As mulheres de axé, Yalorixás, Ekédis, Ebomis, Iyaôs incluem as que cultuam, preservam e professam às religiões afro-brasileiras (Umbanda, Tambor de Mina, Tambor de Caboclo, Terecô, Encantaria, Pajelança, Candomblé, Xangô, Xambá, Batuque e Jurema), estas sofrem preconceitos decorrentes dos estereótipos construídos socialmente, enfatizando representações negativas, desvalorizando e desprestigiando uma tradição religiosa ancestral. Um dos desafios, a ampliação do olhar da saúde para as especificidades dos povos e comunidades tradicionais de religião de matriz africana, conhecimento e compartilhamento dos saberes, repensando as práticas profissionais adotadas.

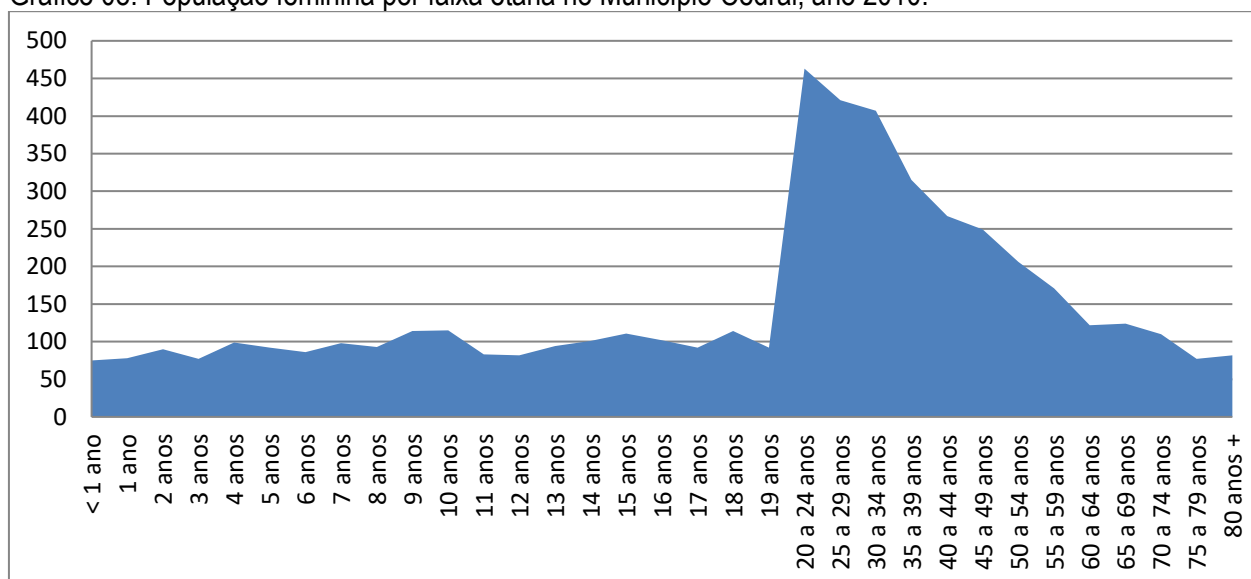
O preconceito, a discriminação e a violência são fatores determinantes do sofrimento e do processo de adoecimento, e em especial às mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais. A inclusão social

e o respeito às diferenças são estratégias fundamentais para a promoção da saúde de todos os grupos sociais e da sociedade em geral.

O Objetivo da Política de Saúde da Mulher de Cedral é reduzir a morbimortalidade pelos agravos mais prevalentes na população feminina, realizando ações transversais e articuladas intersetorialmente visando a promoção da saúde e da cultura da paz, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e recuperação de condições de saúde, qualificando assim a saúde das mulheres no município.

O contingente da população feminina, no município é de 4.902 habitantes, com maior crescimento na faixa etária de 20 a 24 anos.

Gráfico 08: População feminina por faixa etária no Município Cedral, ano 2010.



### 1.2.1 Assistência Materno Infantil no Estado do Maranhão - Rede Cegonha

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

Nesta organização destaca-se a Rede Cegonha uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, em que mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito à ampliação do acesso, acolhimento e à melhoria da qualidade do pré-natal; à vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; a realização de parto e nascimento seguros, mediante boas práticas de atenção; a acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; a atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso ao planejamento reprodutivo.

Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional.

A Rede organiza-se em 04 componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (transporte sanitário e regulação).

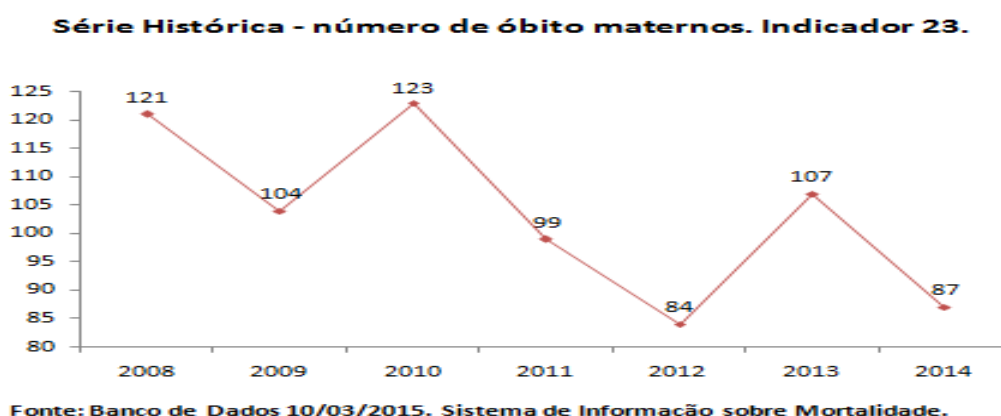
No Estado do Maranhão 214 municípios fizeram adesão ao componente pré-natal e quatro Regiões de Saúde (São Luís, Imperatriz, Codó e Caxias) estão com Planos de Ação com portarias publicadas, as demais Regiões de Saúde aguardam publicação da portaria de seus respectivos planos que se encontram no Ministério da Saúde para análise.

### 1.2.2 Mortalidade Materna

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

A Mortalidade Materna no Estado, historicamente, não mostra uma tendência de queda, gráfico 09. O enfrentamento dessas mortes evitáveis e a melhoria da informação tem sido um desafio constante para o Estado do Maranhão.

Gráfico 09: Série histórica do número de óbitos maternos por local de residência no Estado do Maranhão, 2008-2014.



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

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

O Município de Cedral registrou apenas um óbito materno, no ano de 2015, o que expressa o fortalecimento das ações da Atenção Básica e da assistência às mulheres em todas as fases do cuidado: planejamento familiar, assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

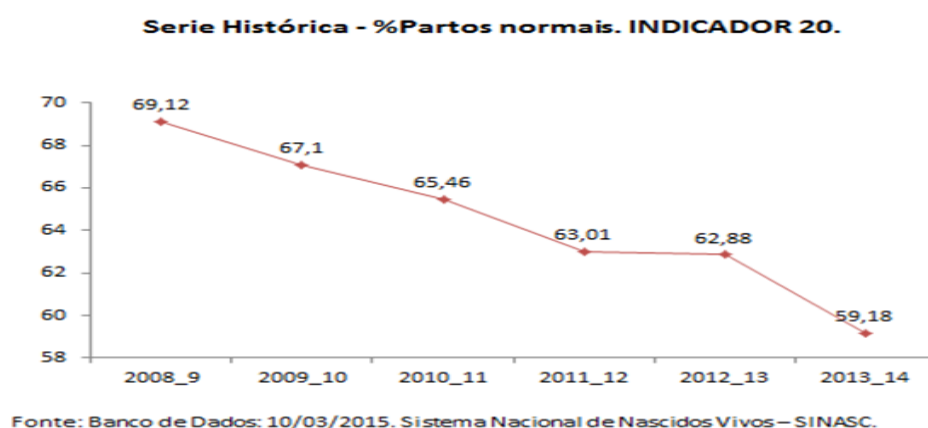
### 1.2.3 Assistência ao Parto

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

No ano de 2014 no Estado do Maranhão foram realizados 111.830 partos, sendo 66.177 partos normais, o que equivale a 59%. Ocorreram 45.053 partos cesarianos no mesmo ano, equivalendo 40,28%, merecendo registro que 600 partos foram classificados como ignorados que equivale a 0,72%.

O gráfico 10 apresenta a série histórica da proporção de partos normais no estado segundo os dados dos SINASC- Sistema de Nascidos Vivos. Observa-se um decréscimo, com diminuição dos percentuais, com média anual de dois pontos. Este indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada ao parto, indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal e o acompanhamento pré-natal inadequado. O número crescente de parto cesáreo sinaliza a necessidade de mudança de modelo assistencial.

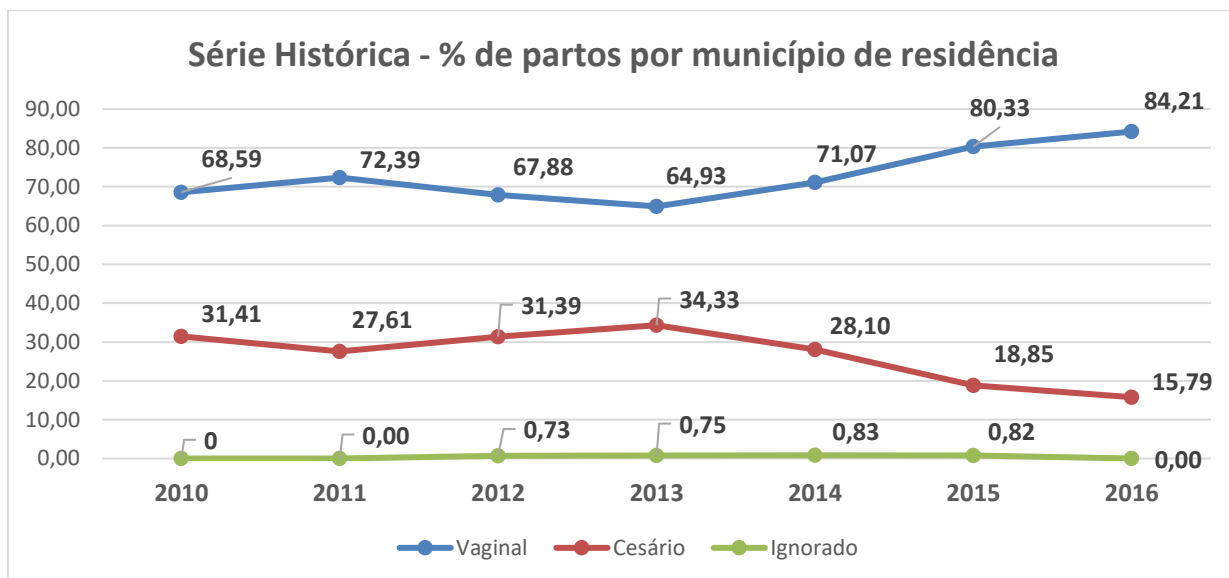
Gráfico 10: Proporção de parto normal no Estado do Maranhão, ano 2008-2014



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

Em Cedral observa-se que do número de nascidos vivos por município de residência, teve-se uma média de 85,44% por parto normal e somente 14,56% de partos cesarianos, no período de 2011 a 2016.

Gráfico 11: Proporção de parto normal no município Cedral, ano 2011-2016



Fonte: tabnet.datasus.gov.br

#### 1.2.4 Pré-Natal

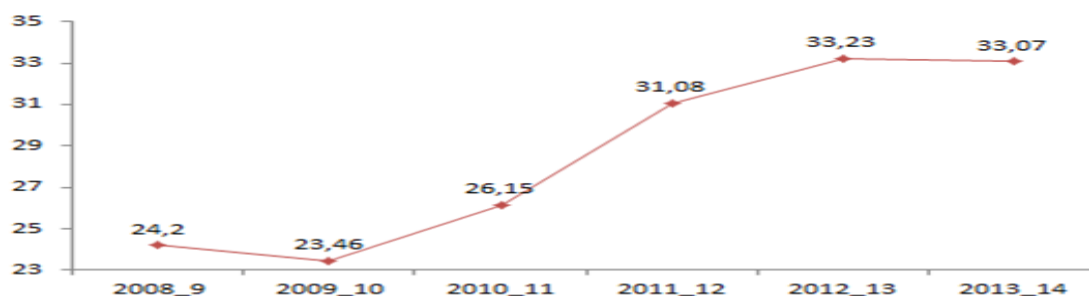
A assistência pré-natal encontra-se fundamentada nos princípios da humanização e assistência, em que mulheres e recém-nascidos têm direito à ampliação do acesso, acolhimento com classificação de risco e à melhoria da qualidade do pré-natal.

Em 2014, a estimativa de gestante foi de 134.286, sendo que apenas 37 municípios alimentaram o SISPRENATALWEB, registrando um total de 23.106 gestantes informadas no sistema sobre a realização do pré-natal, ou seja, 17,2% das gestantes do Estado realizaram o pré-natal, segundo SISPRENATALWEB, fev/2015.

O gráfico 12 demonstra um crescimento no percentual de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal no Estado, em comparação ao gráfico 12, que demonstra o percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal no município Cedral, este indicador ainda distante do parâmetro nacional que é de 75%. As análises dessas informações sinalizam a necessidade do fortalecimento da Atenção Básica, ampliação e qualificação da assistência pré-natal nos municípios do Estado do Maranhão.

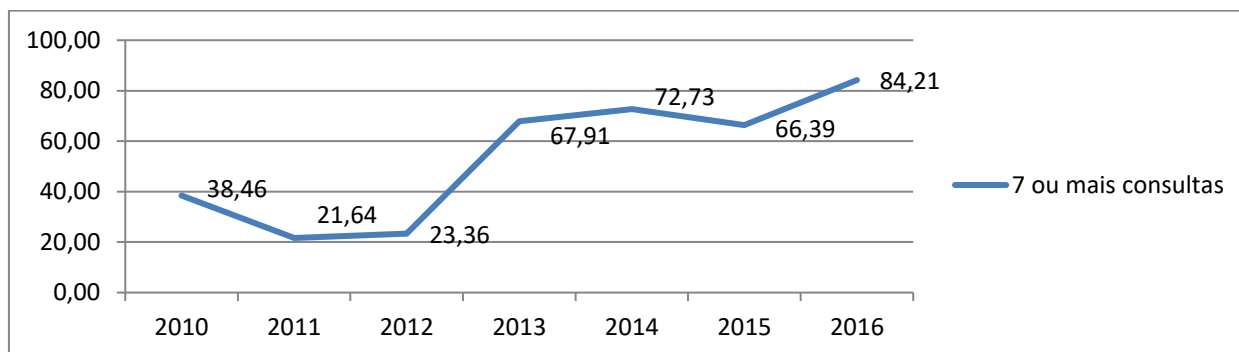
Gráfico 12: Proporção de Nascidos Vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal no Estado do Maranhão, ano 2008-2014.

Serie Histórica - %NV com 7+ Consultas PRÉ-NATAL. INDICADOR 21.



Fonte: Banco de Dados: 10/03/2015. Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINASC.

Gráfico 13: Proporção de Nascidos Vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal no município Cedral, ano 2010-2016.



Fonte: tabnet.datasus.gov.br

Merece destaque informações em relação à prevenção e controle da sífilis no pré-natal, cuja notificação passou a ser compulsória desde o ano de 2005. Ressalta-se que com a implantação dos testes de HIV/SIFILIS na Atenção Básica houve um gradual crescimento na taxa de detecção de gestantes com sífilis. No estado, no período de 2012 a 2014, são respectivamente 2,1; 2,4; 2,7, totalizando 836 casos. Foram registrados ainda 828 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Há uma distribuição heterogênea nas regiões, revelando que as notificações e ações efetivas deste agravo ainda não estão consolidadas no Maranhão. Segundo, dados do SINAN estadual/Departamento de DST/AIDS/Hepatites. Dezembro de 2014.

#### 1.2.5 Rede de Doenças Crônicas: Linha de Cuidado Oncológica

Para estimular hábitos mais saudáveis e dar assistência qualificada às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção à Saúde para esses usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A rede vai fortalecer o cuidado integral aos brasileiros e humanizar o atendimento, ampliando as estratégias de promoção da saúde e de prevenção com reforço às ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos.

A rede vai funcionar com linhas de cuidados específicas voltadas à prevenção e tratamento das DCNT, principalmente o Diabetes, a Hipertensão Arterial, alguns tipos de cânceres, além de combater o excesso de peso e a obesidade, incluindo o tratamento cirúrgico para a obesidade grave. Os critérios para a implantação dessas linhas de cuidados serão definidos pelo Ministério da Saúde, em normativas específicas.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Estado do Maranhão está em processo de implementação, com o propósito de superar a atual fragmentação da assistência às pessoas, em especial às mulheres, de acordo com suas necessidades, de um conjunto de serviços contínuos, a partir da organização de uma linha de cuidado, que perpassasse todos os níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária).

Na estruturação desta Rede, o desafio é a organização do sistema de referência e contra referência para a assistência às pessoas, e das mulheres com neoplasia maligna, exige a conformação de uma rede de atenção que explicita, claramente, as responsabilidades de cada município.

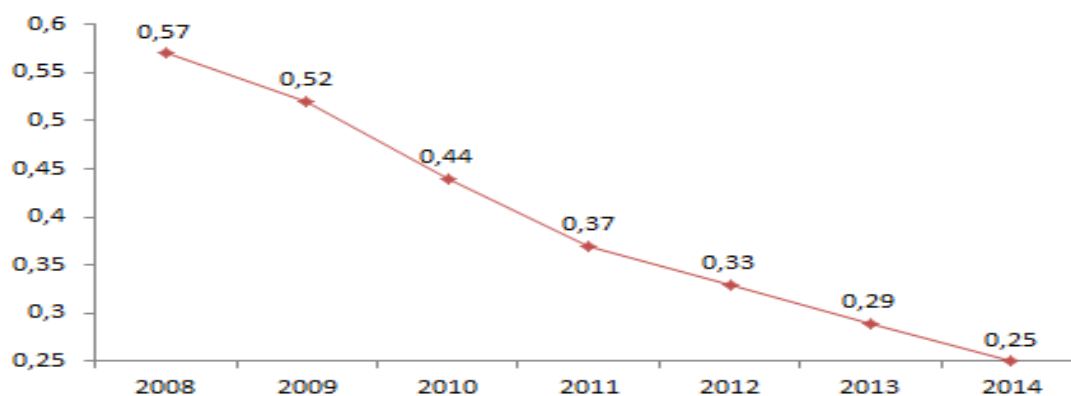
No Estado do Maranhão as taxas de mortalidade de câncer de colo de útero e mama continuam elevadas, pois o diagnóstico ainda ocorre em estágios avançados. O papel da atenção básica no diagnóstico desses cânceres tem sido cada vez mais relevante, tanto na prevenção, pelo esclarecimento sobre fatores de risco e pelo fomento a hábitos de vida saudáveis, quanto na adesão das mulheres aos exames de rastreamento.

Segundo a estimativa pelo INCA 2014, o Estado apresentou 880 novos casos câncer colo útero/ano; com Taxa Incidência MA: 26,25 para 100 mil mulheres/ ano. Cabe destacar a Taxa da região Nordeste de 18,79 e a do Brasil de 15,33 cada 100 mil mulheres/ano.

Promover o acesso das mulheres ao exame citopatológico do colo de útero para a prevenção do câncer continua sendo um enorme desafio. A estratégia de rastreamento do câncer de colo de útero consiste em iniciar as coletas de exames após 1ª relação sexual, tendo como referência uma meta de 50% da população feminina de 25 a 64 anos. Atingir alta cobertura da população alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária na população alvo.

Gráfico 14: Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos e população na mesma faixa etária no Estado do Maranhão, ano 2008-2014

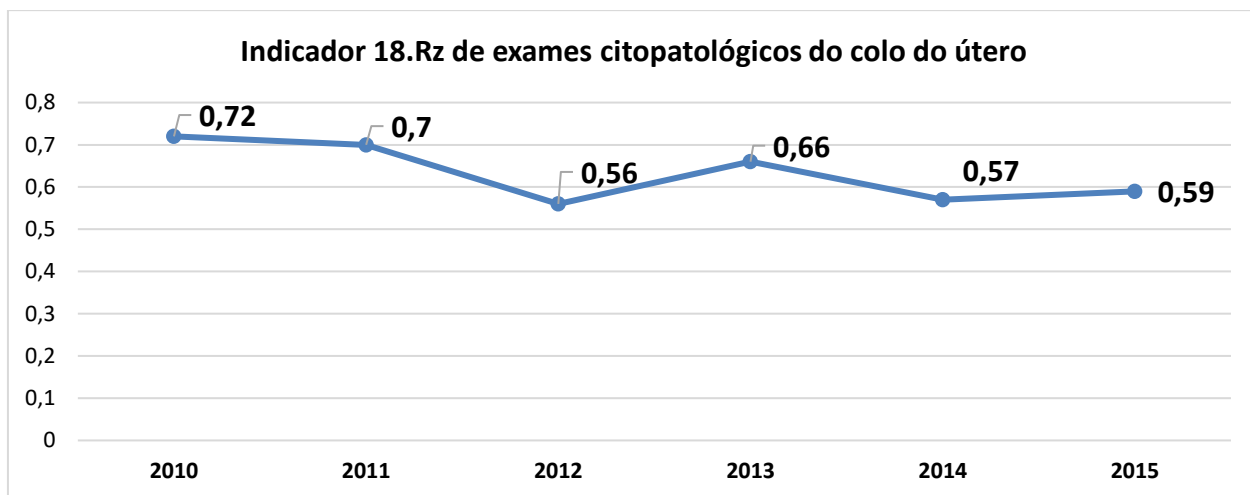
**Serie Histórica - Razão de exames citopatológico colo útero. INDICADOR 18.**



Fonte: SIA/SUS - Banco de Dados: 10/03/2015.

No gráfico 14, observa-se um declínio significativo da série histórica da razão de exames citopatológicos ao longo dos anos, representando um enorme desafio a ser enfrentado. Este indicador deve ser interpretado com cautela, tendo a necessidade do Gestor Estadual e Gestores Municipais pactuarem a habilitação de serviços de referência laboratorial, a alimentação do Sistema De Informação do Câncer-SISCAN, a entrega de resultados em tempo oportuno, estabelecimento de fluxos e referências quando necessárias.

Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos e população na mesma faixa etária no município de Cedral, ano 2010-2015



Fonte: SISPACTO

A oferta dos serviços de coleta de material citopatológico é de responsabilidade municipal, por outro lado, observa-se ainda a grande fragilidade da rede de serviços de laboratórios responsáveis pela leitura das lâminas, um dos fatores que contribuem para o não alcance das metas.

Entretanto, com a habilitação dos serviços de referência laboratorial para a realização dos exames citopatológicos no Hospital Regional Dr Jackson Lago, na Região de Pinheiro, espera-se um impulsionamento na oferta dos serviços, diminuindo o tempo de espera pelo resultado e consequentemente retomando a confiança das mulheres que buscam esse serviço.

### 1.3 Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

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

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

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

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

Fatores comportamentais impactam nos principais fatores de risco metabólicos, excesso de peso/obesidade, pressão arterial elevada, aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol, possíveis de

resultar em diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC) e câncer, entre outras enfermidades.

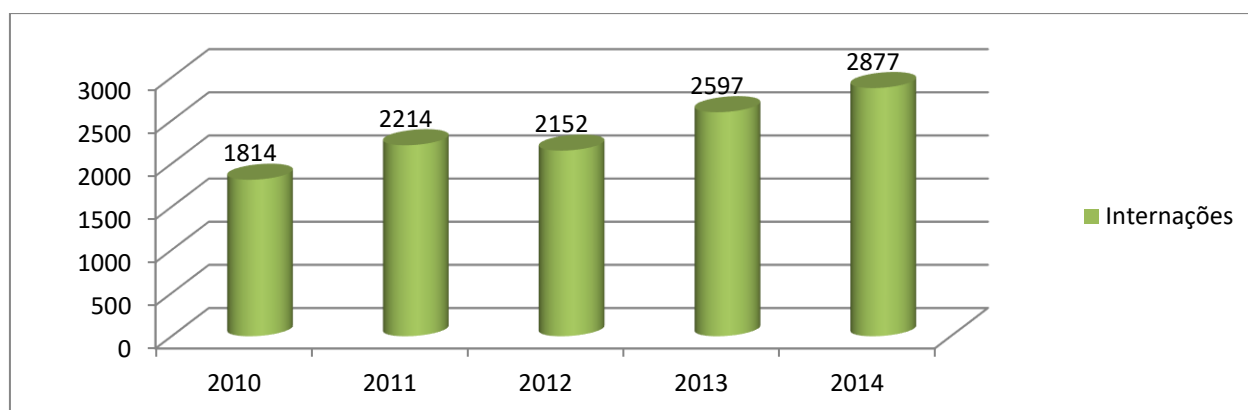
Várias evidências correlacionam alguns determinantes sociais como: Educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência das DCNT's e seus fatores de riscos. Nesse contexto, grupos étnicos e raciais menos privilegiados como a população negra, quilombola, indígena, povo de terreiro entre outros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

No Maranhão a população é de 6.714.314 habitantes (IBGE, 2012) e o parâmetro da assistência à saúde, adotado pelo Estado para a **Hipertensão Arterial** e o **Diabetes Mellitus** é a população alvo na faixa etária de 30 a 59 anos, correspondendo a 2.081.021 habitantes.

A prevalência de Hipertensão Arterial é de 22% da População alvo, totalizando 457.825 hipertensos estimados, a meta a atingir é a cobertura de 70% desses pacientes, o que corresponde a 320.477 portadores de hipertensão e, 80% de atendimento em Unidade Básica de Saúde totalizando 256.382 usuários hipertensos.

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

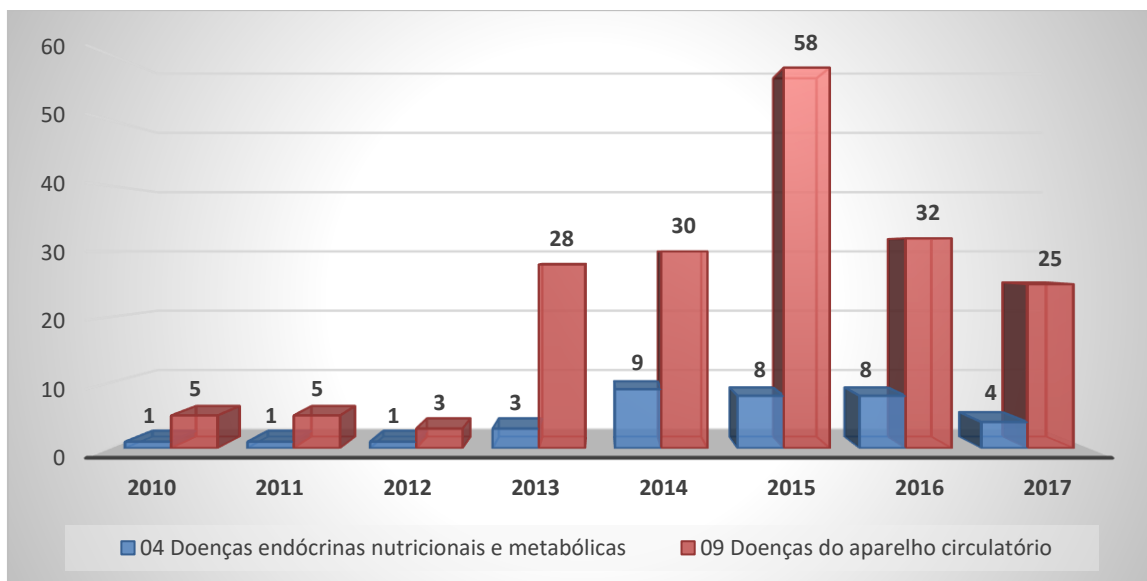
Gráfico 15 - Internações por Diabetes Mellitus por Ano processamento segundo Região de Saúde 2010 a 2014 - Faixa Etária1: 30 a 59 anos



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

Com relação ao Município de Cedral e conforme o parâmetro da assistência à saúde, adotado pelo Estado para a **Hipertensão Arterial** e o **Diabetes Mellitus**, a população alvo na faixa etária de 30 a 59 anos, corresponde a 3.380 habitantes.

Gráfico 16 - Internações por HA e DIA por Ano de processamento no município, no período de 2010 a 2017 - Faixa Etária1: 30 a 59 anos



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

Sem dúvida, a vigilância das DCNT é o conjunto mais importante de morbidades que merece a atenção da SMS nos próximos 4 anos de gestão. Para este enfrentamento, a reorganização proposta da rede assistencial com forte componente clínico embasado em linhas de cuidado que partam da APS e alcancem todo o espectro do cuidado nos níveis assistenciais e fundamental. Ênfase deve ser dada na promoção da atividade física, da alimentação saudável, no combate ao tabagismo e ao sobrepeso e a obesidade, com ações próprias da saúde e intersetoriais.

#### 1.4 Controle do Tabagismo

O **tabagismo** é uma das causas de doença que assombra por sua magnitude e extensão planetária. A cada ano o tabaco e seus derivados causam a morte de mais de cinco milhões de pessoas no mundo todo e os números de vítimas fatais aumentam.

É considerado um importante fator de risco para as doenças não transmissíveis e principal causa de enfermidades, estando incluída no grupo de transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substância psicoativa, segundo a 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

O impacto do uso do tabaco não se limita somente aos usuários. As evidências demonstram o risco maior de câncer de pulmão entre os não fumantes expostos ao chamado tabagismo passivos. O risco estimado é 20% para mulheres e 30% para homens que convivem no local de trabalho ou ambientes domésticos com fumantes.

O Programa Saber Saúde de Prevenção do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Doenças Crônicas, implantado no Brasil desde 1998 e gerenciado pelo INCA, objetiva formar cidadãos críticos, capazes de decidir sobre a adoção de comportamentos saudáveis, dentro de uma concepção mais ampla de saúde e que contribua para a saúde coletiva e a do meio ambiente, na busca de melhor qualidade de vida.

No Estado do Maranhão o Programa Saber Saúde, é desenvolvido por meio de sensibilizações e capacitações voltadas para diretores e professores com o intuito de incluir a discussão sobre o tema tabagismo no curriculum escolar, como forma de prevenir a iniciação, tornar a escola livre do fumo e promover a cessação. Estando integralizado com o Programa Saúde na Escola visando à promoção de hábitos de vida saudáveis.

Quanto à Legislação vigente sobre ambientes 100% livres de fumaça tem-se a **Lei Antifumo 12.546/2011** que proíbe fumar em locais fechados e de uso coletivo em todo o país e a Lei Estadual nº 9.010/2009 que dispõe sobre ambiente livre do tabaco. A implantação de ações educativas e regulatória pela Vigilância Sanitária/ANVISA busca promover ambientes de trabalho livres do fumo, com foco na saúde dos trabalhadores de bares, restaurantes, hotéis, casas de diversões e similares.

O Sistema Único de Saúde/SUS regulamenta o Tratamento do Fumante com abordagem cognitivo comportamental obrigatório e apoio medicamentoso, quando indicado, podendo ser realizado em qualquer Unidade Básica de Saúde e ou Centro de Atenção Psicossocial.

A portaria nº 571 de 05 de abril de 2013, atualiza 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 estabelece novas diretrizes sobre a adesão ao PNCT, a programação para a aquisição da medicação e as responsabilidades de cada esfera.

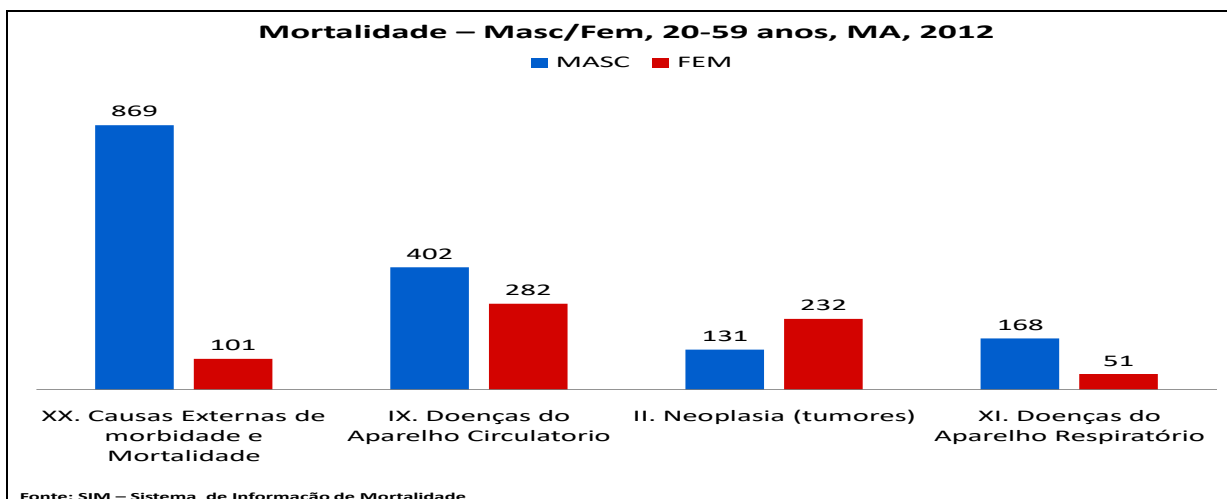
## 1.5 Saúde do Homem

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

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

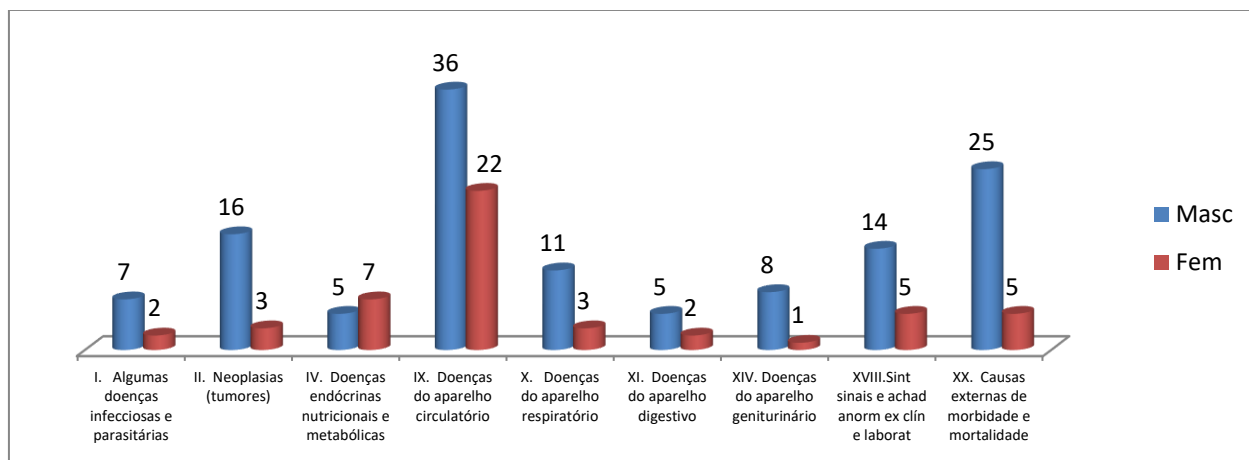
É essencial o desenvolvimento de cuidados específicos para o homem, nessa faixa etária, no que diz respeito aos agravos específicos do sexo masculino onde encontram-se as maiores taxas de incidência de morbi mortalidade, a começar pelas causas externas, nas quais o predomínio de óbitos é devastador e,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

Gráfico 19 – Mortalidade por sexo. Maranhão, 2012



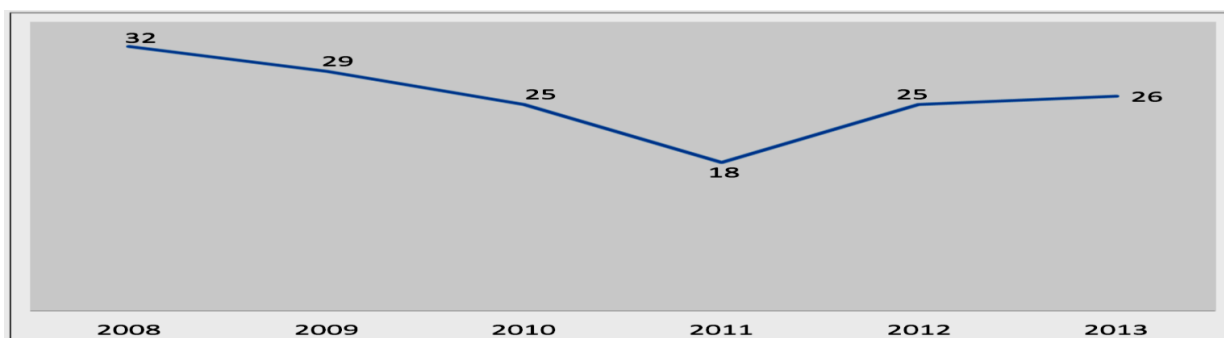
Comparando a mortalidade de homens e mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos em 2012, observa-se que as causas externas tiveram 869 óbitos em homens e 101 casos em mulheres no mesmo período. No município Cedral a mortalidade por causas externas mantém a prevalência de 8 para 1. Em relação as doenças do aparelho circulatorio o homem morre mais que as mulheres, a mesma prevalência apresenta-se quanto as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório, o que fica claro que em cada três óbitos dois são de homem e este tem menos 7,6 anos de vida menos que as mulheres.

Gráfico 20 – Mortalidade por sexo. Cedral, 2010-2015



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

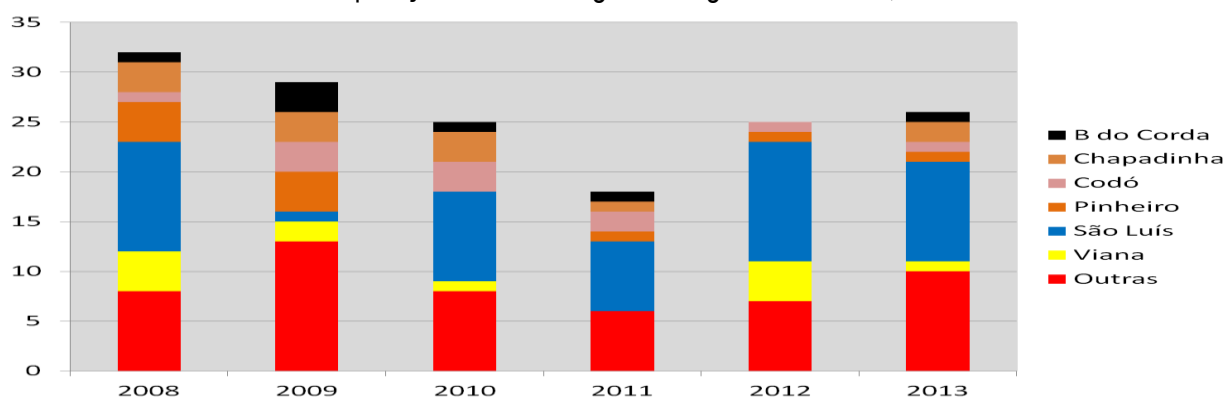
Gráfico 21 - Nº Absoluto de Amputação de Pênis, MA – 2008/2013



Fonte: DATASUS/SIH

Os números de casos de amputações de pênis no Maranhão diminuíram nos anos de 2008 a 2011 esse decréscimo explica-se pela implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens nos municípios maranhenses.

Gráfico 22 - Incidência de Amputação de Pênis segundo Regiões de Saúde, MA – 2008/2013



Fonte: DATASUS/SIH

Em relação à amputação por Regiões de Saúde, observa-se uma incidência maior em **São Luís**, Devido a maioria dos pacientes serem oriundos do interior do Estado e procurarem os serviços de saúde desta região. Não houve registro de casos nas regiões de **Barra do Corda e Chapadinha no ano de 2012**.

## 1.6 Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

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

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

O Maranhão, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE/2012, possui 6.714.314 habitantes e a população idosa representa 8,64%, o que corresponde a 579.919 pessoas com 60 anos ou mais no Estado.

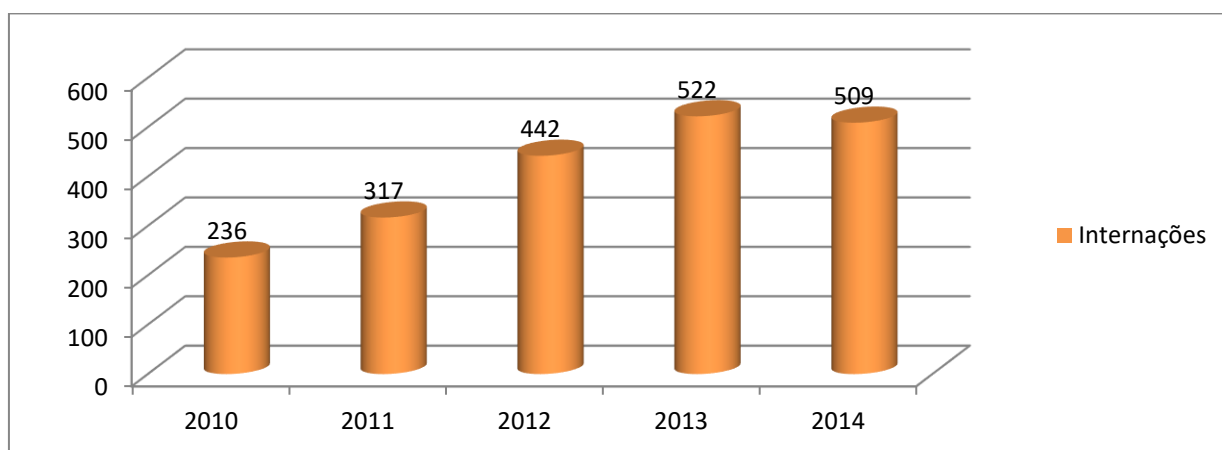
Considerando a população masculina maior de 60 anos na série histórica de 2008 a 2012, observa-se a tendência de crescimento em todas as Regiões maranhenses, sendo que Imperatriz, Pinheiro e São Luis tiveram as maiores proporções mostrando a expectativa de vida nessas Regiões.

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

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

De acordo com a tabela abaixo se observa um crescimento dos casos de internação por fratura de fêmur no período de 2010-2014.

Gráfico 23 - Morbidade Hospitalar do SUS- por local de internação – Maranhão Internação ano Fratura do fêmur



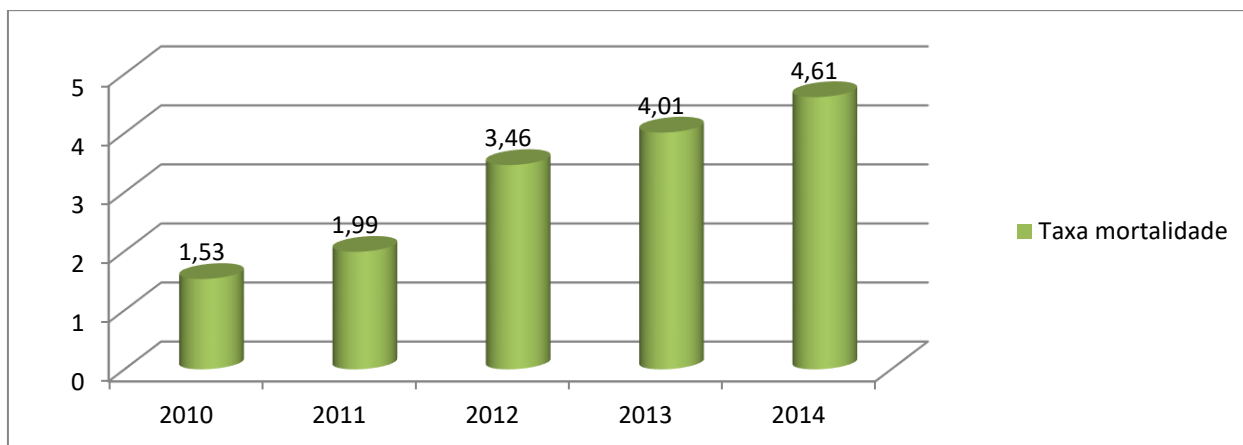
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A fratura de fêmur um evento que pode ocorrer em todas as faixas etárias, porém é na faixa de 80 anos e mais que há maior registro desse fato.

A Taxa de internação hospitalar de Pessoas Idosas por Fratura de Fêmur possibilita verificar a ocorrência de internações hospitalares por esse agravo na população com 60 anos ou mais de idade pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivo identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de Fratura de Fêmur.

Observando o gráfico abaixo verifica-se um crescimento anual de morbimortalidade causada por fratura de fêmur.

Gráfico 24 - Taxa Mortalidade por Ano processamento Fratura do fêmur Faixa Etária 1: 60 a+ Período: 2010-2014



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

O município **Cedral**, segundo dados do IBGE/2010, possui 1.055 pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 10,24% da população total do município.

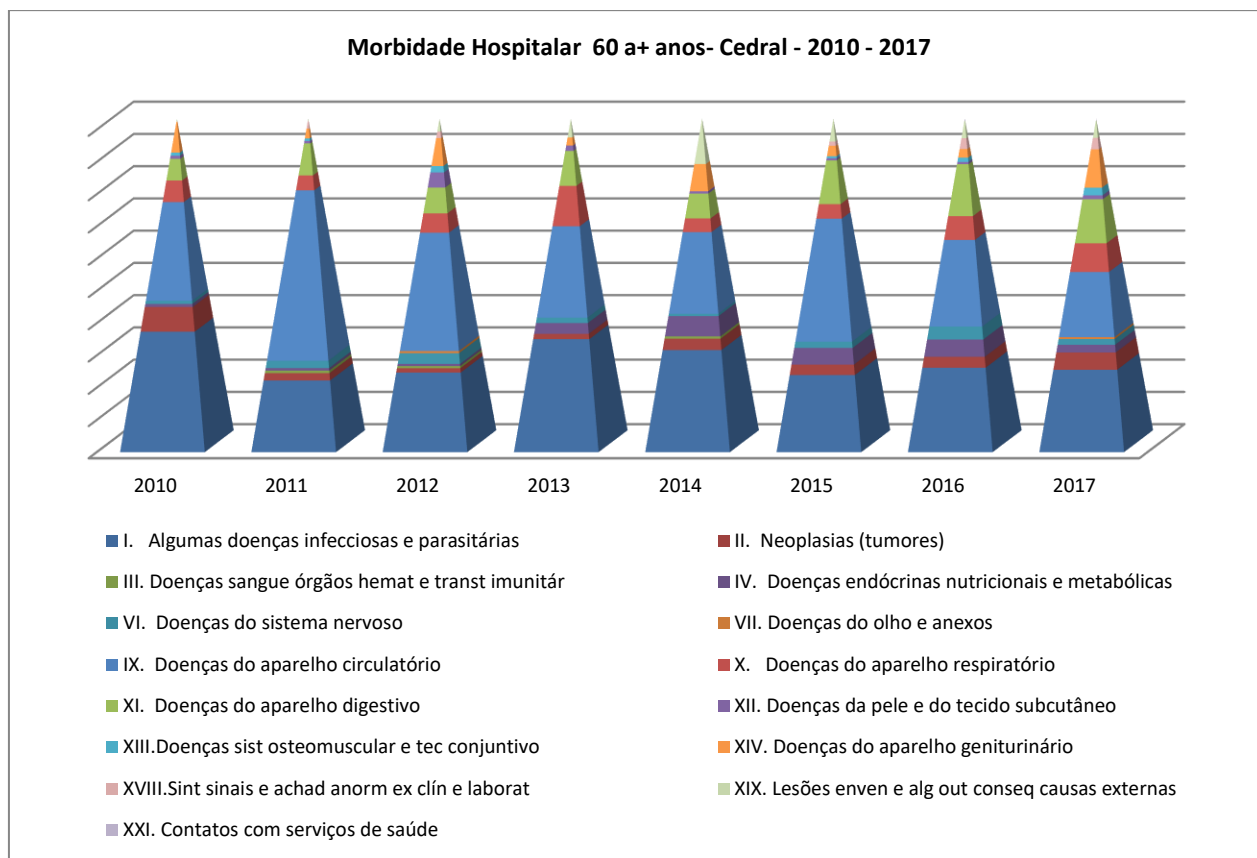
A manutenção da autonomia e independência dos idosos, assim como a qualidade de vida no envelhecer, deve ser reforçada por estratégias que contemplem capacitações e medidas educativas entre os profissionais de saúde e entre os idosos. Essas demandas de promoção e prevenção da saúde da população idosa e as implementações de ações específicas de recuperação e reabilitação no município de Cedral são norteadas pelas diretrizes contempladas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM no 2.528, de 19 de outubro de 2006 (Envelhecimento Ativo):

- atenção integral e integrada a Saúde da Pessoa Idosa (com foco na funcionalidade do idoso, especial atenção as especificidades desta faixa etária, assim como suas vulnerabilidades, fragilidades e síndromes geriátricas);
- estímulo as ações intersetoriais visando a integralidade da atenção;
- implantação de serviços de atenção domiciliar a partir de equipes do Programa “Melhor em Casa” do Ministério da Saúde;
- acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco;
- provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção a saúde da pessoa idosa;
- promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- fortalecimento da participação social;
- formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- promoção de Cooperação Nacional e Internacional das experiências na atenção a saúde da pessoa idosa.

A taxa de mortalidade na população idosa de **Cedral** representa 63,28% da mortalidade geral do município, tendo como principal causa as Doenças do Aparelho Circulatório, destacando-se as Doenças Cerebrovasculares.

Em relação as morbidades mais frequentes no período de 2010 a 2017, destacam-se no total as Doenças do Aparelho Circulatório, seguidas das Doenças Infecciosas e Parasitárias, e em terceiro lugar as Doenças do Aparelho Digestivo, conforme mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 25 - Morbidade Hospitalar 60 a+ anos- Cedral - 2010 - 2017



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

Foram também razões de internações hospitalares no período citado, segundo capítulo da CID 10: as Neoplasias (tumores), Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár, Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, Doenças do sistema nervoso, Doenças do olho e anexos, Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças da pele e do tecido subcutâneo, Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, Doenças do aparelho geniturinário, Sint sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratório, Lesões por Envenenamento e Algumas Outras Consequências de Causas externas e Contatos com Serviços de Saúde.

Frente ao quadro epidemiológico e de situação de vida da população, a rede de serviços de saúde disponíveis na cidade precisa atuar dinamicamente para atender as principais necessidades e as demandas por serviços de saúde. Assistência, vigilância e gestão precisam alinhar-se a essas necessidades e demandas, da atenção primária a alta complexidade.

O município de Cedral objetiva garantir investimento financeiro para atenção integral a saúde do idoso, conforme preconiza o estatuto do idoso da atenção primária, alta complexidade e o programa de atenção domiciliar (PAD).

## 1.7 Saúde Bucal

Entendida historicamente como uma profissão de cunho elitista, a Odontologia só foi incorporada à estratégia saúde da família no ano 2000, através da Portaria 1.444 do Ministério da Saúde e efetivamente implantada a partir de 2001, ou seja, sete (07) anos após o início das ações do Saúde da Família.

Esse lapso de tempo é ainda hoje percebido como prejudicial para as ações da saúde bucal, pois além de ter instituído uma diferença grande entre as coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal,

fez com que a saúde bucal tivesse dificuldade de inserção na idéia da multidisciplinaridade, tão defendida pela estratégia.

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

As conseqüências negativas desse modelo puderam ser percebidas, por exemplo, no SB Brasil 2003 (Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003), onde 70% das crianças brasileiras aos 12 anos e 90% dos adolescentes de 15-19 anos apresentavam ao menos um dente cariado e esse percentual chegava a 99,48% na faixa etária de 65-74 anos.

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

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

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES), o Departamento de Atenção à Saúde Bucal (DASB) vem desenvolvendo ações de fortalecimento da Atenção Básica e incentivando a incorporação das atividades previstas na Política Nacional de Saúde Bucal, através do empoderamento e capacitação dos municípios, através das viagens de monitoramento e avaliação, além de reuniões anuais com os coordenadores municipais e gestores em saúde.

O Estado do **MARANHÃO** apresenta cobertura de Saúde Bucal de **59,02 %**, considerada somente a Estratégia Saúde da Família tem-se uma cobertura de **62,07 %**. Atualmente observamos uma diferença de 723 equipes de saúde da família a mais, em comparação às equipes de saúde bucal.

O município Cedral possui 4 equipes de Saúde Bucal implantadas, apresentando cobertura de Saúde Bucal de **100,00 %**. Se considerada somente a Estratégia Saúde da Família tem-se uma cobertura de **131,77 %**.

## 1.8 Saúde Mental

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

No Estado do Maranhão nos últimos treze anos iniciaram-se ações sob o égide da Reforma Psiquiátrica. Ao longo desse período houve avanços e retrocessos na qualidade da assistência prestada pelo poder público; no financiamento e acompanhamento sistemático da implantação e monitoramento dos serviços; na ampliação da rede assistencial que antes se resumia às clínicas psiquiátricas particulares e ao hospital psiquiátrico público.

O DASM é responsável pela implantação e implementação da Política Nacional de Saúde Mental no Estado do Maranhão visando garantir o cumprimento da Lei 10.216/2001 e das diversas portarias que regulamentam o cuidado em saúde mental de forma ampla e integral. No organograma na SES, compõe a Superintendência de Atenção Primária, mas suas ações englobam apoiar e orientar os cuidados em todos os níveis de complexidade da RAPS, desde a atenção primária até a alta complexidade.

Muitas coisas foram desenvolvidas, mas outros desafios são apontados por esta coordenação estadual, entre eles: instituir os Fóruns Regionais de Saúde Mental nas 19 regiões de saúde; efetivar a formação permanente em saúde mental; acompanhar quadrimestralmente *in loco* cada ponto de atenção da RAPS; estimular a criação e garantir o funcionamento da associação de usuários e familiares de saúde mental, respeitando a RAPS; acompanhar e rever a execução do projeto de matriciamento em saúde mental, que por interpretação do COSEMS deveria ser feito pelos próprios municípios.

Cabe dizer, entretanto, que vários municípios não estão conseguindo executar o projeto por falta de pessoas qualificadas e do valor do financiamento ser insuficiente. Outros desafios são: implantar linha de cuidado em saúde mental; dar continuidade no Fórum Estadual da Criança e Adolescente; sistematizar o cuidado de pessoas com transtornos mentais em situação de conflito com a Lei acompanhando o funcionamento das EAPS; instituir a regulação e fluxo de cuidado em saúde mental no Estado; repactuar a RAPS, revendo prazos e serviços; dar continuidade no processo de formação permanente em saúde mental para todos os atores da RAPS de acordo com suas especificidades; retomar os projetos de supervisão clínico-institucional; retomar a exposição da produção dos serviços de saúde mental nos Encontros da RAPS (abandonados por falta de recurso financeiro); financiar projetos de geração de renda (previsto no plano estadual de saúde); garantir a efetividade do funcionamento do Grupo Condutor Estadual da RAPS; desenvolver estratégias que sensibilizem e comprometam profissionais e gestores no cuidado em saúde mental; dar continuidade no processo de desinstitucionalização e desospitalização de pacientes das clínicas psiquiátricas; efetivar os leitos de Saúde Mental em Hospital Geral; inserir a saúde mental na pauta das CIRs; efetivar o papel do Colegiado Estadual de Saúde Mental, em especial na participação das instituições (governamentais e não governamentais) e garantindo que deliberações ali tomadas possam ser incluídas na pauta da CIB; reestruturação de toda a rede estadual de saúde mental, rediscutir a residência em psiquiatria, atender as denúncias da ouvidoria, redução de leitos em hospitais psiquiátricos conforme plano de saúde estadual etc.

**A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** é instituída com a Portaria Portaria nº3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Tem como os seguintes objetivos: garantir a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack; álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

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

O Ministério repassa **recursos de incentivo e habilitação (custeio)** para implantação ou manutenção dos seguintes serviços:- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em todas as suas modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD, CAPS ADIII. Este serviço possui CNES próprio;- Unidade de Acolhimento, adulto ou infanto-juvenil (UA) – este serviço **NÃO** possui CNES próprio.

Neste caso, é preciso informar, no momento de cadastro da solicitação de recurso, o número do CNES do CAPS de referência. O CAPS informado já deve ser habilitado pelo Ministério da Saúde;- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) - este serviço **NÃO** possui CNES próprio. Neste caso, é preciso informar, no momento de cadastro da solicitação de recurso, o número do CNES do CAPS de referência ou outro serviço de referência. O CAPS ou o outro serviço informado já deve ser habilitado pelo Ministério da Saúde. Leitos de saúde mental em hospitais gerais – neste caso, deve ser informado o CNES do Hospital Geral em que estão ou serão implantados os leitos.

O município **Cedral**, não possui critério populacional para implantação do serviço de CAPS 1, ficando dependente dos serviços da Rede de Saúde Mental a serem implantados na Região Pinheiro, conforme Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial, aguardando aprovação pela CIB e CIT.

## 1.9 Estratégia de Saúde da Família

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

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

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

No Estado do Maranhão, ocorreu uma implantação progressiva da Estratégia de Saúde da Família nos municípios, configurando assim um processo de expansão territorial da Estratégia de Saúde da Família e Estratégia Agentes comunitários de Saúde.

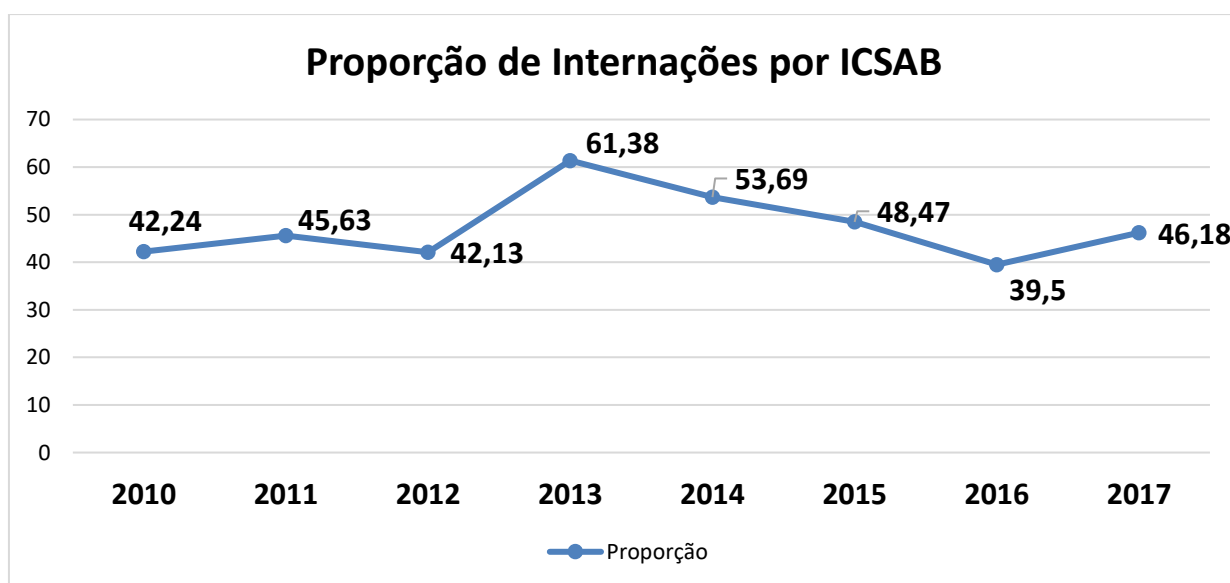
COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral

	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
<b>Estratégias de Desinstitucionalização</b>	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
<b>Estratégias de Reabilitação Psicossocial</b>	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

O município Cedral possui 5 (cinco) equipes de Estratégia de Saúde da Família implantadas, e 35 (trinta e cinco) Agentes Comunitários de Saúde, apresentando cobertura de Atenção Básica de 100,00 %, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 100,00 %.

O gráfico a seguir refere à proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica a redução destas internações reflete a capacidade de resolução da Atenção Primária identifica áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais.

Gráfico 26 – Proporção de Internações por condições Sensíveis à Atenção Básica. Cedral. Período 2010-2017



Este indicador mede a proporção das internações mais sensíveis à atenção básica em relação ao total das internações clínicas realizadas para residentes de um município.

Esse indicador pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma gama de afecções e que dentre essas enfermidades existe um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da atenção básica e que, portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas nesse nível da atenção à saúde.

O rol de causas das internações sensíveis à atenção básica desse indicador é um subconjunto, portanto não contém todas as causas da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008.

Para esse indicador, foram selecionadas as causas em que as ações de promoção prevenção e mesmo de cura e reabilitação, no nível primário da atenção, conseguem, em curto e médio espaço de tempo, diminuir o número de internações clínicas para o tratamento dessas doenças. Os exemplos mais

típicos são as doenças evitáveis pela imunização, as infecciosas intestinais, pneumonias, asma, diabetes e hipertensão entre outras (lista CID 10 abaixo).

#### Lista CID 10 das Condições sensíveis á atenção básica

Condições Sensíveis	Lista CID 10
1. Doenças evitáveis por imunização e outras DIP	A15 -A199, A33-A379; A50 -A539, A95 -A959, B05 -B069, B16 -B169, B26 -B269, B50 -B549, B77 -B779, G000, I00 -I029,
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	A00 -A099; E86 -E869
3. Anemia	D50 -D509
4. Deficiências nutricionais	E40 -E469, E50 -E649
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66 -H669, J00 -J009, J01 -J019, J02 -J029, J03 -J039, J06 -J069, J31 -J319
6. Pneumonias bacterianas	J13 -J139, J14 -J149, J153-J154, J158-J159, J181
7. Asma	J45 -j459
8. Bronquites	J20 -J229, J40 -J429
9. Hipertensão	I10 -I109, I11 -I119
10. Angina	I20 -I209
11. Insuficiência cardíaca	I50 -I509
12. Diabetes mellitus	E10 -E149
13. Epilepsias	G40 -G409
14. Infecção no rim e trato urinário	N30 -N309, N34 -N349, N390
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46 -A469, L01 -L019, L02 -L029, L03 -L039, L04 -L049, L08 -L089
16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70 -N709, N71 -N719, N72 -N729, N73 -N739, N75 -N759, N76 -N769

#### Códigos dos procedimentos selecionados da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH das interações clínicas.

**Procedimentos obstétricos clínicos:** 0303100010, 0303100028, 0303100036, 0303100044, 0303100052  
**Tratamentos clínicos:** 0303010010, 0303010029, 0303010037, 0303010045, 0303010053, 0303010061, 0303010070, 0303010088, 0303010096, 0303010100, 0303010118, 0303010126, 0303010134, 0303010142, 0303010150, 0303010169, 0303010177, 0303010185, 0303010193, 0303010207, 0303010215, 0303020032, 0303020040, 0303020059, 0303020067, 0303020075, 0303020083, 0303030011, 0303030020, 0303030038, 0303030046, 0303030054, 0303030062, 0303040017, 0303040025, 0303040033, 0303040041, 0303040050, 0303040068, 0303040076, 0303040084, 0303040092, 0303040106, 0303040114, 0303040122, 0303040130, 0303040149, 0303040157, 0303040165, 0303040173, 0303040181, 0303040190, 0303040203, 0303040211, 0303040220, 0303040238, 0303040246, 0303040254, 0303040262, 0303040270, 0303040289, 0303040297, 0303050136, 0303050144, 0303060018, 0303060026, 0303060034, 0303060042, 0303060050, 0303060069, 0303060077, 0303060085, 0303060093, 0303060107, 0303060115, 0303060123, 0303060131, 0303060140, 0303060158, 0303060166, 0303060174, 0303060182, 0303060190, 0303060204, 0303060212, 0303060220, 0303060239, 0303060247, 0303060255, 0303060263, 0303060271, 0303060280, 0303060298, 0303060301, 0303070064, 0303070072, 0303070080, 0303070099, 0303070102, 0303070110, 0303070129, 0303080043, 0303080051, 0303080060, 0303080078, 0303080086, 0303080094, 0303090138, 0303090197, 0303090200, 0303090235, 0303090243, 0303090286, 0303090294, 0303090316, 0303110015, 0303110023, 0303110031, 0303110040, 0303110058, 0303110066, 0303110074, 0303110082, 0303110090, 0303110104, 0303110112, 0303120010, 0303130016, 0303130024, 0303130032, 0303130040, 0303130059, 0303130067, 0303130075, 0303130083, 0303140020, 0303140038, 0303140046, 0303140054, 0303140062, 0303140070, 0303140089, 0303140097, 0303140100, 0303140119, 0303140127, 0303140135, 0303140143, 0303140151, 0303150017,

0303150025, 0303150033, 0303150041, 0303150050, 0303150068, 0303160012, 0303160020, 0303160039, 0303160047, 0303160055, 0303160063, 0303160071, 0303180013, 0303180030, 0303180048, 0303180056, 0303180064, 0303180072, 0303190019, 0304010049, 0304010057, 0304010065, 0304010111, 0304010162, 0304080020, 0304080039, 0304080047, 0304080063, 0304090018, 0304090026, 0304090034, 0304090042, 0304100013, 0304100021, 0305010174, 0305020013, 0305020021, 0305020030, 0305020048, 0305020056, 0308010019, 0308010027, 0308010035, 0308010043, 0308020022, 0308020030, 0308030010, 0308030028, 0308030036, 0308040015, 0308040023

**Diagnósticos e/ou Atendimentos de Urgência:** 0301060010, 0301060070, 0301060088

### 1.9.1 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 as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações, apresentados na tabela abaixo o número de equipes implantadas no estado, as equipes são regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e complementados pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

**Cedral** possui uma equipe de NASF I implantado, buscando instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família- ESF.

### 1.10 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade- PMAQ

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

Em 2011, ocorreu o 1º Ciclo do Programa, no estado do Maranhão 22 municípios aderiram ao Programa e nessas a quantidade de equipes que contratualizaram foram 120 equipes da Estratégia de Saúde da Família e 98 equipes de Saúde Bucal, 8 Equipes não solicitaram Avaliação Externa ou não havia profissional de nível superior na Unidade no momento da Avaliação.

No estado do Maranhão dos 217 municípios, 125 municípios aderiram ao segundo ciclo do programa em 2013, com a contratualização de 689 equipes da Equipes de Saúde da Família, 427 de Equipes de Saúde Bucal, 45 equipes de NASF e 20 Centros de Especialidades Odontológica - CEO.

O município **Cedral** confirmou no terceiro ciclo a contratualização de 04 Equipes de Saúde da Família e 04 de Saúde Bucal e Equipe do NASF I.

### 1.11 Programa Nacional de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde

Em 2011, foi instituído o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde com o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, modernizar e qualificar o atendimento à população, por meio da construção de novas e mais amplas unidades de saúde, recuperação e ampliação das estruturas físicas existentes, além de prover a informatização das UBS. O Programa é

composto por cinco componentes: Construção, Reforma, Ampliação, Informatização e implantação do Telessaúde em UBS e Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

Com o intuito de monitorar todas as obras de engenharia e infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde financiadas com recurso Federal, foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o Sistema de Monitoramento de Obras- SISMOB, que se tornou uma ferramenta para o gerenciamento de todas as fases da obra.

### **1.12 Educação em Saúde**

A Educação em Saúde tem como objetivo principal, desenvolver ações educativas, de mobilização social, fazendo prevenção e promoção de saúde, visando o controle de doenças e agravos prevalentes nas regiões, fomentando nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde.

Estas ações estão pautadas na Política de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), que visa a implementação da Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo para participação popular, a gestão participativa, o controle social, o cuidado e a formação de práticas educativas (M.S).

Além da PNEPS-SUS a Educação em Saúde está em conformidade com as ações da Política de Promoção da Equidade, e a Política de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista que a Equidade busca diminuir as diferenças existentes entre os diversos grupos vulneráveis como população negra, LGBT, do Campo, da Floresta e das Águas, Cigana e em Situação de Rua, no que se refere ao acesso ao SUS, e a Educação Permanente em Saúde compreende ações de formação dos profissionais da saúde, transformando os processos formativos e as práticas pedagógicas, proporcionando assim, a organização dos serviços através da articulação entre gestão, instituições formadoras na identificação de problemas cotidianos buscando soluções na construção dos processos de trabalho.

Nesta perspectiva, a Educação em Saúde busca a transversalidade dos processos educativos na construção coletiva de novos saberes e fazeres, promovendo a intersetorialidade e a integralidade entre políticas, com intuito de “ampliar o olhar” na construção de uma nova forma de fazer saúde.

O Departamento de Educação em Saúde, desde sua criação descentraliza estas ações junto aos Núcleos de Educação em Saúde (NES), nos 217 municípios do Estado, contendo um setor de Educação em Saúde com um Coordenador nas 19 (dezenove) Unidades Regionais Gestoras de Saúde, sendo estes responsáveis pelo desenvolvimento das ações, através da instrumentalização técnica para elaboração de projetos, definição de estratégias e aplicação de metodologias pedagógicas adequadas ao processo de ensino - aprendizagem, que propiciem a reflexão do cotidiano e mudanças de práticas.

Estas ações serão desenvolvidas no âmbito dos Programas e Projetos da Atenção Básica e Vigilância em Saúde, através de propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com a efetivação dos processos de trabalho, buscando a melhoria da qualidade de vida da população do nosso Estado.

### **1.13 Programa Saúde na Escola**

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

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo

território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade.

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

No tocante a abrangência do Programa Saúde na Escola (PSE) no Estado na vigência 2014-2015 foi pactuada através de termo de adesão do Ministério da Saúde e assinados pelos secretários municipais de saúde e educação os 217 municípios maranhenses.

A partir do ano de 2013, com a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE), todos os municípios do país puderam aderir ao programa e pactuar atividades, número de educandos, número de escolas e equipes da estratégia saúde da família. O PSE prever recurso financeiro repassado aos municípios fundo a fundo na modalidade PAB Variável, compondo o bloco de financiamento da atenção básica previsto na portaria MS/GM nº204, de 29 de janeiro de 2007 (Brasil,2007).

No Termo de Compromisso, pactuado no momento da adesão pelos gestores municipais da saúde e da educação, constam as ações a serem implementadas, quantidade de escolas e equipes de Atenção Básica que participarão do Programa. Um conjunto de 12 ações pode ser priorizado conforme demanda da escola, indicadores de saúde e demais indicadores sociais (violência, gravidez na adolescência, evasão escolar, etc.) e no ato da adesão o município também pode incluir ações que serão monitoradas exclusivamente por meio do e-SUS AB.

Em 2017, conforme Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, o município **Cedral** pactuou, 2.494 alunos, sendo 300 educandos da pré-escola, 4 da creche, 1.683 do Ensino Fundamental, 425 do Ensino Médio e 82 educandos EJA, que serão trabalhados pelo total de 6 equipes (ESF/SB + NASF).

#### **1.14 Atenção Integral à Saúde da População do Campo, Floresta e Águas**

É um reconhecimento dos determinantes e condicionantes sociais do campo, da floresta e da água no processo saúde/doença dessas populações.

População geral residente no Maranhão é de 2.427.640 pessoas vivendo em área rural, sendo que a maior concentração dessa população está nas regiões de São Luís (233.065), Pinheiro (196.783) e Chapadinha (193.688), enquanto que o menor quantitativo encontra-se nas regiões de Timon (66.805), Balsas (78.396) e Pedreiras (80.007).

Em relação à situação por ciclo de vida, as pessoas residentes na área rural, o estado apresenta população infantil de 546.646 crianças, jovem de 550.991 adolescentes, adulta de 1.126.762 e 203.241 pessoas idosas.

As condições de saúde são precárias considerando os determinantes sociais como extrema pobreza, falta de educação, moradia, trabalho, lazer, acesso desigual às ações e serviços de saúde e outras iniquidades. Possuem jeito próprio de cuidar da saúde que se expressa nas práticas populares, uso de ervas e chás, desenvolvendo de modo singular o cuidado, a promoção da vida, da saúde e da cidadania. As condições de desigualdade vivenciadas por esses povos são mais precárias quando comparado com a área urbana. Falta de saneamento básico e abastecimento de água levando-osa carregar água para suprir as necessidades básicas.

Há um respeito e preservação do meio ambiente, pois é destes que são extraídos o sustento familiar, porém, encontram-se ameaçados por grandes empreendimentos cada vez mais presentes em âmbito estadual.

Na análise da situação de saúde dessa população destacam-se ainda doenças infecto parasitárias, hipertensão arterial e diabetes mellitus, amputação de membros, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, violências doméstica, familiar e sexual, principalmente, contra as mulheres. Os principais relatos são casos de violência física, psicológica, moral, sexual, patrimonial e cárcere privado (BRASIL, 2011). Segundo relatos, apresentam câncer de pele decorrente do hábito de andar descalço e pisar fezes de animais, câncer de próstata e pênis.

A população rural de Cedral, segundo o último censo demográfico (IBGE, 2010) corresponde a 76,72%, o que equivale a 7.900 habitantes.

## 1.15 Regiões de Saúde

### REGIÃO DE SAÚDE PINHEIRO

A **Região de Saúde de Pinheiro** é composta pelos municípios de Apicum Açú, Bacuri, Bequimão, Cedral, Central do Maranhão, Cururupu, Guimarães, Mirinzal, Pedro do Rosário, Peri Mirim, Pinheiro, Porto Rico do Maranhão, Presidente Sarney, Santa Helena, Serrano do Maranhão, Turiaçue Turilândia, com uma população total de **380.642** ( trezentos e oitenta mil seiscentos e quarenta e dois) habitantes.

### Capacidade Instalada da Região na Atenção Básica

A **Atenção Básica na região de Pinheiro** está organizada nos 17 municípios com uma rede de serviços formada por 212 Unidades Básicas de Saúde (tradicional e PSF).

Conta com 123 equipes da Estratégia de Saúde da Família, 1.102 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 85 equipes de Saúde Bucal, 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 14 NASF, 06 CAPS, 01 CTA, adesão de PMAQ em 10 municípios, PSE em 17 municípios com 136 equipes, o Programa Bolsa Família com 57.311 famílias beneficiárias e 44.065 acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Foram cadastradas em 2014, no SIS Pré-Natal, 421 gestantes em 07 municípios e foram realizadas 9 consultas de pré-natal. O ESUS está implantado em todos os municípios da região. A região foi contemplada com 57 médicos do **Programa Mais Médico** em 15 município.

No **Programa de Requalificação de Unidade Básica de Saúde**, 08 municípios foram contemplados com construções, 05 contemplados com ampliações e 05 municípios contemplados com reformas.

Os dados sobre a cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Básica, registrados no CNES, demonstram um aumento quando comparamos os anos de 2013 e 2014 que foi de 114,11% e 105,11%, respectivamente.

Com relação às internações por condições sensíveis à Atenção Básica, de acordo com o SIH/SUS, observamos que a proporção foi de 36,23% em 2012 e 39,44% em 2014, demonstrando aumento desse indicador na região.

No que diz respeito à Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal, registrado no CNES, em 2013 foi de 69,45% e em 2014, 90,80%, onde se observa um aumento na cobertura com relação ao indicador. Quando comparamos o número de equipes de saúde bucal implantada que são 39 com o número de equipes de saúde da família que são de 123 em 2015, temos uma diferença de 30 entre estas.

Com relação ao número de óbitos maternos registrado no SIM (Sistema Informação de Mortalidade), no ano de 2012 ocorreram 03 óbitos apresentando um aumento com relação a 2014 que foram de 08 óbitos em toda a Região.

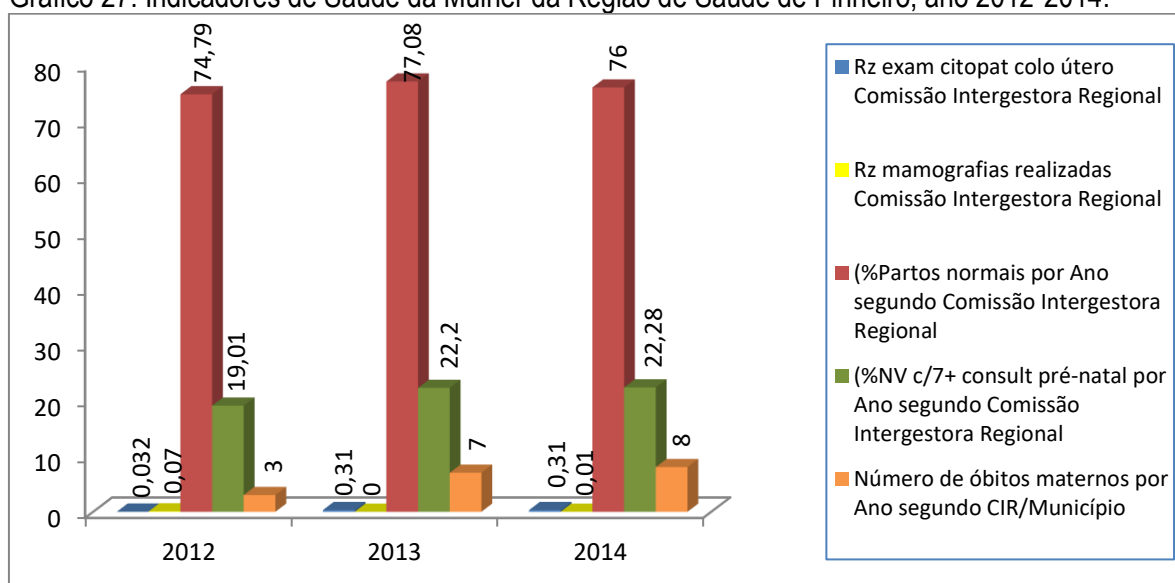
Quanto à proporção de parto normal segundo o SINASC (Sistema de Informação de nascidos Vivos), em 2011-12 foi de 74,79%, havendo um aumento em 2013-14 (76,00%).

No que se refere à Proporção de Nascidos Vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal, observa-se que nesse indicador houve uma diminuição na proporção das consultas. Em 2011-12 o resultado foi de 19,01%, em 2013-14 passou para 22,28%.

A Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos apresentou uma pequena queda quando comparamos os anos de 2012 (0,32%) e 2014 (0,30%).

Segundo a Razão de exames de mamografias de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos apresentou um resultado de 0,07% em 2012 e 2014 que foi de 0,01%.

Gráfico 27: Indicadores de Saúde da Mulher da Região de Saúde de Pinheiro, ano 2012-2014.



FONTE: SIM/SINASC/SISCAN/SIA-MS, maio de 2015.

Com relação aos dados registrados no SIM (Sistema Informação de Mortalidade) a região apresentou 92 óbitos infantis em 2013 e 80 em 2014, apresentando uma queda em relação a esse indicador.

Os últimos dados do SINAN Estadual apresentam os seguintes dados com relação a Sífilis Congênita em menores de 1 ano: Em 2011 foram registrados 3 casos, e no ano de 2014 foram registrados 6 casos.

No que diz respeito às Hepatites Virais foram registrados no SINAN Estadual no ano de 2011, 38 casos, havendo um aumento no número de casos em 2013, passando para 106 casos voltando a cair em 2014 (74 casos).

Com relação aos casos de Aids, na região, foram notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON no ano de 2012, 51 casos, com uma taxa de incidência de 13,4/100.000 hab. e no ano de 2013 foram 46 casos e a taxa de incidência foi de 12,0/100.000 hab., onde observa-se uma diminuição dos casos notificados.

Quanto a internação hospitalar do Diabetes Mellitus, na Faixa Etária 1 (30 a 59 anos), segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), apresentou um aumento no período, apresentando 112 internações em 2013 e 141 em 2014, em toda a região.

Com relação à internação por Hipertensão Essencial observou-se um aumento no período de 2012 (178 internações) quando comparado com 2013 (286 internações), segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Quando se trata da Internação por Fratura do fêmur segundo o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), os dados mostram o registro de 03 internações em 2012 e 08 internações em 2013 e a taxa de mortalidade por fratura de fêmur na faixa etária de 60 a +, em 2012 de 12,50% .

A Rede de Saúde Mental na Região é formada pelo município de Cururupu, Guimarães, Mirinzal e Pinheiro, com serviços de CAPS, conforme quadro abaixo:

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	SERVIÇOS ATUAIS	Nº DE SERVIÇOS PACTUADOS
PINHEIRO	CURURUPU	CAPS I	36
	GUIMARÃES	CAPS I	
	MIRINZAL	CAPS I	
	PINHEIRO	CAPS II	

## 2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

As ações das equipes que atuam em Vigilância em Saúde são pautadas pelos indicadores de saúde pactuados pelo gestor local, nos diversos instrumentos de pactuação de âmbito nacional, estadual e municipal entre os quais destacam-se o SISPACTO/ COAP e o PQA-VS do Ministério da Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Plano Municipal de Saúde.

### 2.1 Vigilância Epidemiológica

Vigilância em Saúde agrupa a integração das atividades de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador favorecendo a atuação sobre os riscos social, epidemiológico, sanitário e ambiental.

A vigilância epidemiológica fará apresentação do diagnóstico situacional da mortalidade, morbidade, carga das doenças que possuíram maior impacto na população do estado sinalizando a necessidade de ações multissetoriais abrangentes e prioritárias para o enfrentamento dos problemas identificados.

Discorreremos a seguir os principais indicadores por agravo utilizados para traçar o perfil e tendência das causas de morbimortalidade permitindo obter uma idéia quanto aos diferentes aspectos para atribuição das prioridades nas regiões de saúde, no estado.

#### 2.1.1 Mortalidade

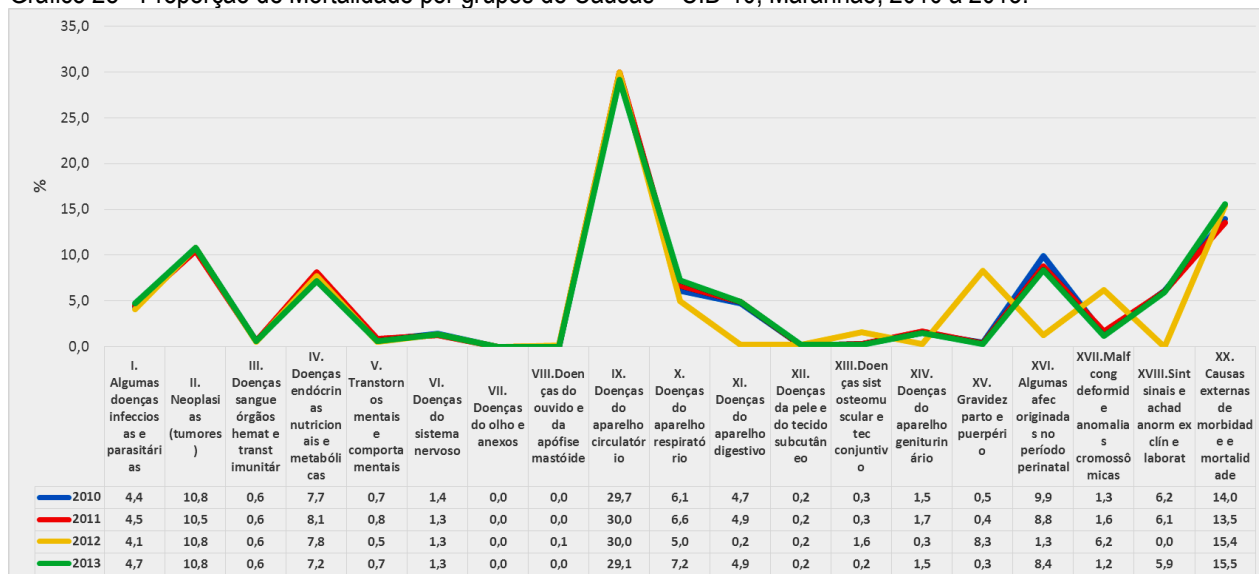
As estatísticas sobre mortalidade são uma das principais fontes de informação de saúde. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é um sistema de vigilância epidemiológica nacional e importante ferramenta de gestão, pois reúne dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil. A informação sobre mortalidade possibilita realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas de prevenção e controle de doenças. A cobertura estadual em relação à alimentação de dados no SIM vem gradativamente melhorando em qualidade e velocidade de divulgação das informações, tendo passando de 67,1% em 2010 para 90% no ano de 2013.

No ano de 2013, as regiões de Barra do Corda, Caxias, Codó, Pedreiras, Timon e Viana alcançaram coberturas adequadas, entretanto nas demais Regiões de Saúde há deficiências para alcance destas coberturas.

## Mortalidade Proporcional por causas nas Regiões de Saúde

Quase um terço dos óbitos, no ano de 2013, ocorreu na região Metropolitana representando 22,8%, seguido de Imperatriz com 8,2%, Santa Inês com 6,0%, ficando as demais regiões de saúde com uma proporção de 3,0 a 4,0% observando-se uma diferença importante entre as diversas regiões.

Gráfico 28 - Proporção de Mortalidade por grupos de Causas – CID-10, Maranhão, 2010 a 2013.



Fonte: SIM/SES/MA

As doenças do aparelho circulatório (DAC) aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte no Maranhão, representando 29,1% de todos os óbitos residentes com causa bem definida, constatando-se nos anos de 2010 a 2013 como a causa predominante dos óbitos em todo Estado, na faixa etária de acima de 60 anos.

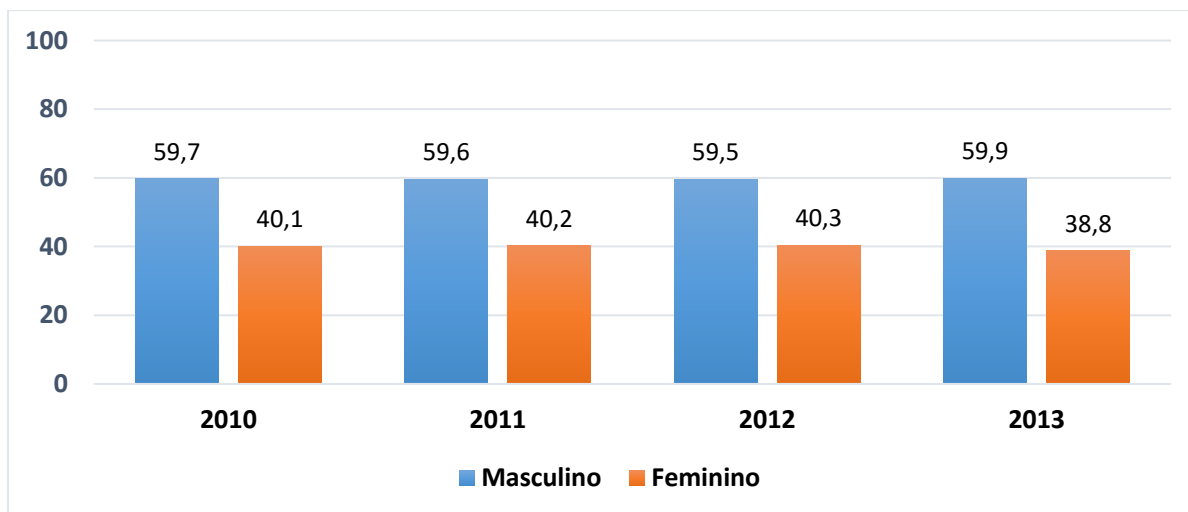
Avaliando o ano de 2013, destacamos as regiões metropolitanas e Imperatriz com maior ocorrência de óbitos por DAC, doenças do aparelho respiratório e infecciosas e parasitárias.

A região Metropolitana representou 18,6%, acompanhada das regiões de Imperatriz com 7,2% e Santa Inês com 6,9% para os óbitos por doenças do aparelho circulatório. Com relação às doenças do aparelho respiratório destacamos além da região Metropolitana (28,3%) com maior predominância, a região de Imperatriz (9,9%), e nas demais percentuais abaixo de 5,0%.

Nas doenças infecciosas e parasitárias, a região de saúde Metropolitana com 27,7%, Imperatriz com 9,6% seguida da região de Codó com 6,3% foram as que registraram maior número de óbitos. A região de Pedreiras foi a única a não registrar nenhum óbito com relação este grupo de causas.

Nos óbitos por doenças imunopreveníveis, novamente a região Metropolitana se destacou com 32,8% seguida das regiões de Codó com 8,0%, Bacabal com 7,0% e Imperatriz com 5,9%.

Gráfico 29 - Proporção de Mortalidade por sexo, Maranhão, 2010 a 2013.



Fonte: SIM/SES/MA

Além de ser uma característica populacional fixada ao nascer e facilmente mensurável, o sexo é um dos determinantes mais importantes da inserção dos indivíduos na sociedade, seus valores culturais e sociais. As diferenças observadas entre os sexos muitas vezes determinam estilos de vida distintos e afetam a maneira e o momento que homens e mulheres adoecem e, portanto, as condições que os levam à morte.

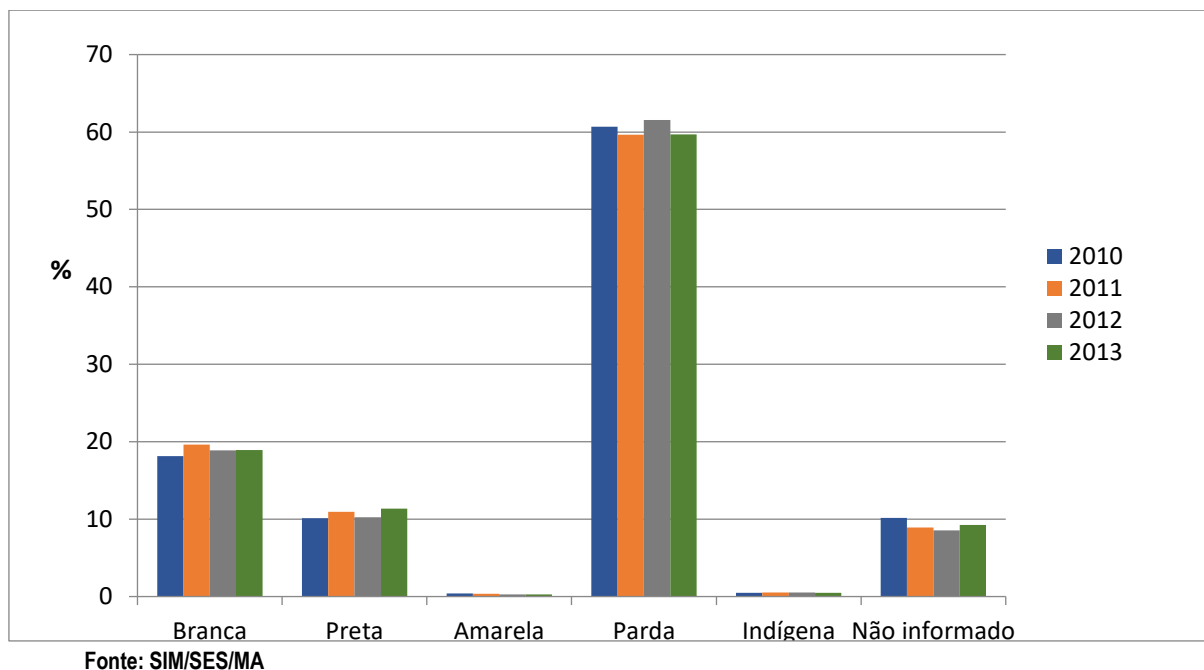
#### Mortalidade proporcional no Sexo Feminino por grupo de causas e faixa etária

No Maranhão em 2013 o grupo de causas em mortalidade que mais acometeram o sexo feminino foram as Doenças do Aparelho Circulatório (32,4%) atingindo em maior magnitude a faixa etária acima de 60 anos representando 25,8 % das demais causas em mortalidade entre as mulheres. Proporções maiores de mortalidade foram verificadas nas regiões de Saúde de Bacabal (44,2%) e Presidente Dutra (37,5%). O segundo maior grupo de causas no sexo feminino em todo o Estado foram as neoplasias representando 13,7%, acometendo principalmente nas faixas etárias de 30 a 59 anos (5,5%) e 60 anos e mais (7,3%), sendo as regiões de Saúde Metropolitana (18,1%) e Rosário (15,8%) com maior ocorrência. Dentre as neoplasias destacamos o câncer de mama e útero. No câncer de mama, 39,6% foram registrados na região Metropolitana, seguidas por Imperatriz (13,3%), Timon (5,8%), Caxias e Codó (4,0%). No câncer do útero, destacam-se novamente a região Metropolitana representando 26,2%, e as regiões de Imperatriz com 8,8%, Codó, Presidente Dutra e Santa Inês com 5,0%.

#### Mortalidade proporcional no Sexo Masculino por grupo de causas e faixa etária

As doenças do aparelho circulatório representaram 27,2% do total de causas que acometeram o sexo masculino, na faixa etária acima de 60 anos (21%), com maiores proporções nas regiões de Saúde de Açailândia e Chapadinha (34,5%), seguidas das regiões de São João dos Patos (33,2%) e Pedreiras (32,7%). Entretanto 22,3% das causas de mortalidade no sexo masculino ocorreu principalmente na faixa etária de 15 a 39 anos (14,8%) por causas externas, constituída por lesões provocadas em maior proporção por homicídios (46,6%), acidentes de transporte (31,1%), suicídios (4,5%), quedas (2,7%), lesões com intenções indeterminadas (2,2%) e outros acidentes (12,9%). Entre as neoplasias, a maior ocorrência de óbitos se deu por câncer de próstata significativos nas regiões de Saúde Metropolitana (19,4%), Imperatriz (7,1%), Chapadinha e Presidente Dutra (6,8%).

Gráfico 30 - Proporção de Mortalidade segundo raça, Maranhão, 2010 a 2013.



No Coeficiente de Mortalidade (CM) por raça/cor nos anos de 2010 a 2013, foram observados os menores valores na categoria de pretos, quando comparados aos pardos e brancos. A diferença foi detectada em todos os anos, apesar de uma singular elevação no ano de 2013 na categoria preto (11,4%). O Estado apresentou nas regiões de Saúde de Chapadinha (68,3%) e Rosário (65,5%) os maiores CM na categoria parda, nas regiões Metropolitana (24%) e Presidente Dutra (23,2%) na categoria branca, nas regiões de Viana (16%) e Pinheiro (15%) na categoria preta e na categoria indígena a predominância do CM ocorreu nas regiões de Barra do Corda (7,1%) e Imperatriz (1,6%).

### Mortalidade Proporcional no município de Cedral

No período de 2010 a 2017 ocorreram 270 óbitos de pessoas residentes do município de Cedral, sendo que destes 68,52% foram em pessoas do sexo masculino e 31,48% em pessoas do sexo feminino.

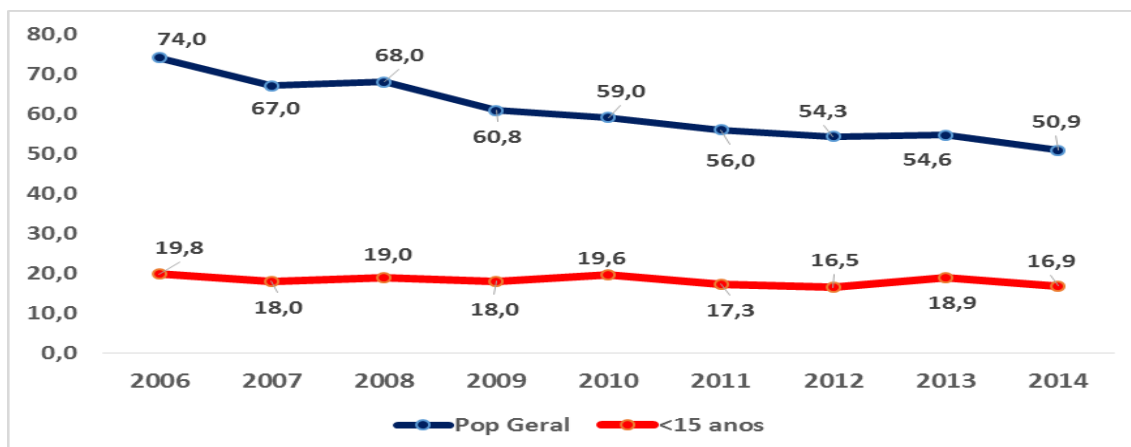
Entre as pessoas do sexo masculino, as principais causas foram as Doenças do Aparelho Circulatório (25,55%), em seguida destaca-se as causas externas com 17,30% dos óbitos ocorridos no período.

Com relação ao sexo feminino, chama-se atenção para os maiores grupos de causas: as Doenças do Aparelho Circulatório, representando 37,65% dos óbitos ocorridos em mulheres, em segundo lugar, aparecem as Neoplasias (17,65%).

### 2.1.2 Hanseníase

O Maranhão é um dos estados da federação que apresenta alta incidência e prevalência de hanseníase. A partir de 2006 observa-se a redução do coeficiente de detecção de 74,0 para 50,9 casos por 100.000 habitantes em 2014, a redução dessa taxa acompanha a tendência nacional, contudo o Maranhão ainda se mantém em parâmetro de hiperendemicidade segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde-OMS.

Gráfico 31 - Coeficiente de detecção de casos de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos. Maranhão 2006 a 2014



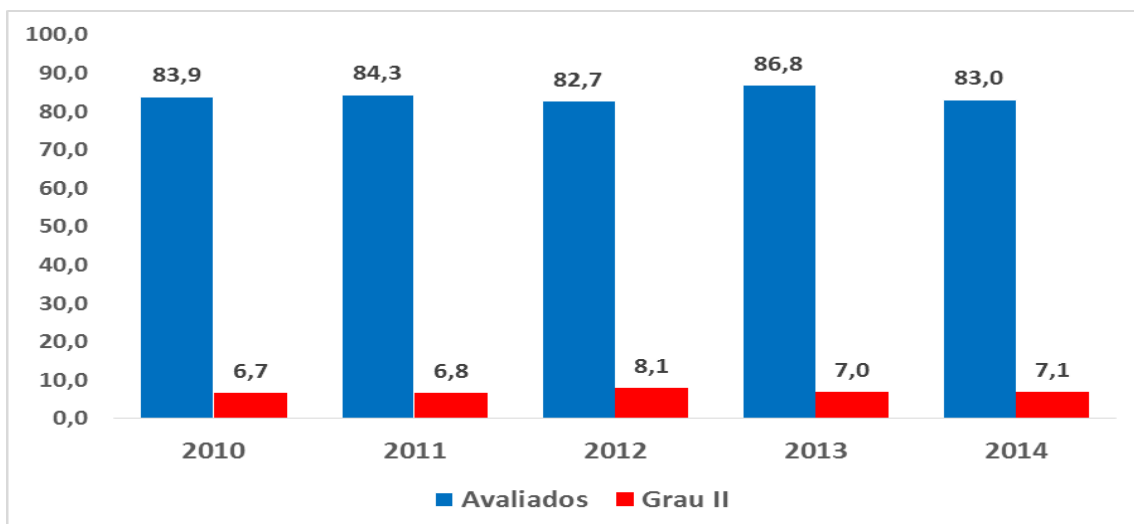
Fonte: SES/MA / SECD / SINANNet

Os valores alcançados em relação ao coeficiente de detecção em menores de 15 anos caracterizam o estado como hiper endêmico segundo os parâmetros da OMS. Esse indicador mede a força de transmissão recente da doença e embora apresente certa estabilidade nos últimos cinco anos, esse sofreu acréscimo em 2013, acredita-se que pela busca de casos na campanha para escolares proposta pelo Ministério da Saúde para todos os estados da federação. Tal situação revela também o risco de adoecimento e possíveis manifestações de incapacidades e deformidades numa faixa etária muito jovem da população.

Em 2014 das 19 Regiões de Saúde do Maranhão, 08 apresentam parâmetro de hiperendemicidade, 09 estão em muito alto e 2 em alto. Neste contexto, constituem-se como um problema de saúde pública todas as regiões de saúde do estado. A Secretaria de Estado da Saúde tem investido na intensificação das ações de controle como capacitação de recursos humanos da rede básica em especial às equipes de saúde da família, na organização de serviços com vistas à descentralização do PCH, da supervisão técnica e no apoio às campanhas educativas.

O percentual de pacientes diagnosticados com o grau dois de incapacidade física mostra que em média 7,1% dos casos no estado ainda são detectados tardiamente, apresentando alguma deformidade em olho, mãos ou pés. Diagnóstico tardio não possibilita inclusão precoce no tratamento e dessa forma focos ativos de transmissão da doença são mantidos. Essas incapacidades são estigmatizadoras e afastam os pacientes de suas atividades laborativas e convívio social, e são os pacientes que necessitam de atendimento de reabilitação tanto durante como depois do tratamento específico com PQT. A identificação precoce e o tratamento eficaz são, portanto, muito importantes e se constitui como um grande desafio para os profissionais da rede básica de saúde.

Gráfico 32 - Percentual de pacientes avaliados quanto ao grau de incapacidades físicas no diagnóstico e percentual com grau 2 entre os avaliados. Maranhão, 2014

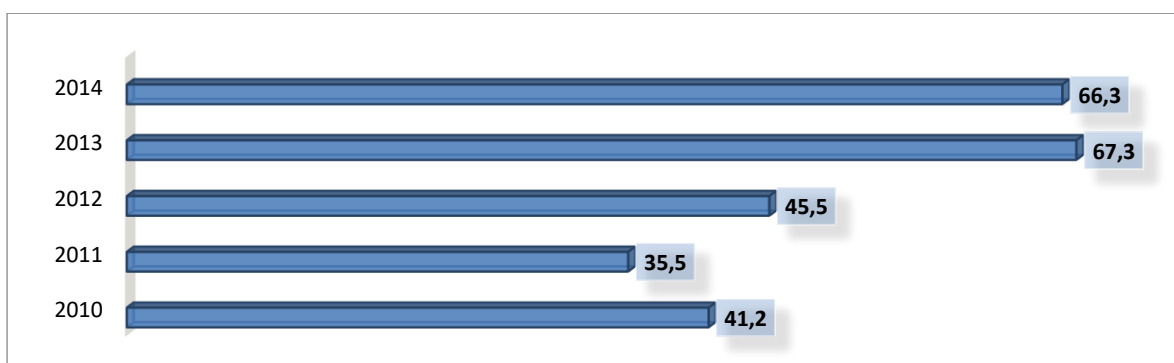


Fonte: SES/MA / SECD / SINANNet

Além do grau de incapacidade física avançado, outro dado que nos revela a detecção tardia no Maranhão é o número de casos multibacilares diagnosticados entre os casos novos da doença. Nos últimos 5 anos, em média, 66.8% dos pacientes diagnosticados eram multibacilares.

A proporção de exame de contato de doentes de hanseníase se manteve em parâmetros precários (menor 50%) até 2012, tendo acréscimo significativo em 2013 e 2014 alcançando valores considerados regulares (entre 50 a 75%). Tal situação demonstra a necessidade da busca ativa de doentes pelos municípios, principalmente entre os familiares de pacientes em tratamento, visando diagnóstico precoce. Esse indicador é operacional, ou seja, mede a capacidade de resposta da Atenção Básica em buscar casos entre os familiares que convivem com um doente de hanseníase. Em 2014 somente 2,6% (93) dos casos diagnosticados no estado foram por exame de contato, por exame de coletividade 3.2% (114) e a maioria por demanda espontânea 47.9% (1.678) casos, seguido de encaminhamentos com 43.4% (1523) casos.

Gráfico 33 - Percentual de contatos de casos novos de hanseníase examinados entre os contatos registrados. Maranhão, 2010 a 2014.

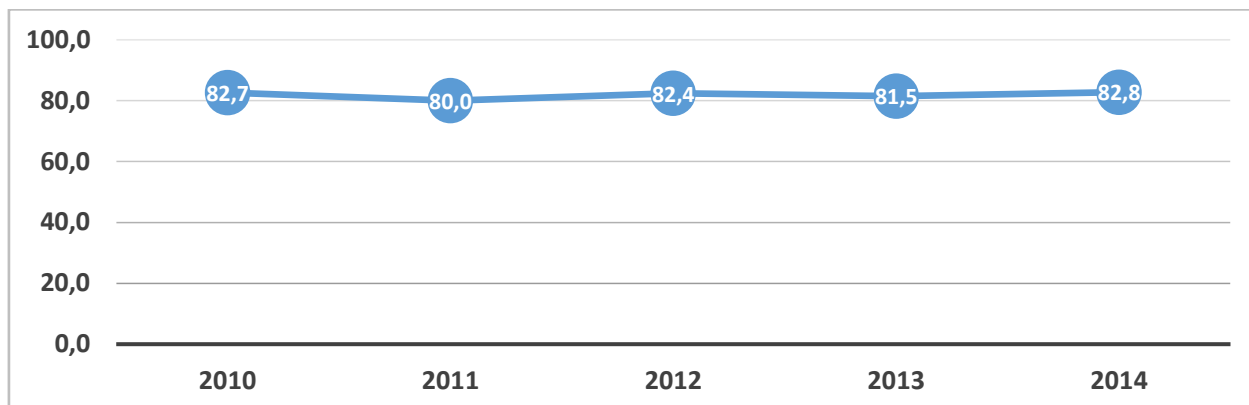


Fonte: SES/MA / SECD / SINANNet

Para avaliar a qualidade do acompanhamento dos casos novos de hanseníase do diagnóstico até a completude do tratamento utilizamos a coorte de cura. O Maranhão vem alcançando média de 81,8% de cura nos últimos 5 anos. Em 2014 foi alcançado 82,8%, o que é considerado regular, porém o propósito é alcançar a meta de 90% gradualmente num período de 3 anos, a partir de 2015. A falta de atualização do

boletim de acompanhamento de casos de hanseníase no SINAN é um dos fatores que interfere no resultado comprometendo o alcance da meta de cura de casos novos de hanseníase.

Gráfico 34 - Percentual de cura de casos novos de hanseníase nos anos da coorte. Maranhão 2010 a 2014.



Fonte: SES/MA / SECD / SINANNet

Analisando a série histórica de 2010 a 2014 quanto ao número absoluto de casos novos de hanseníase notificados, verifica-se que 52,6% dos casos diagnosticados no estado estão concentrados em 15 municípios, demonstrando a alta carga da doença e à necessidade de intensificação das ações específicas de busca ativa de casos visando a redução da taxa de incidência e quebra da cadeia de transmissão.

As ações inovadoras em hanseníase consistem basicamente no fortalecimento das atividades de busca ativa pelas equipes de atenção básica dos municípios prioritários, tais como: as visitas casa a casa, intensificação do exame dos contatos intra e extradomiciliares e campanhas para exame de sintomáticos dermatológicos.

O Programa Estadual de Controle da Hanseníase inclui ainda em suas atividades focais os trinta municípios que fazem parte do Plano Mais IDH, e vem realizando mutirões de atendimento, supervisões em serviço, capacitações de profissionais dos municípios e apoio técnico para equipe da força estadual de saúde. As atividades desenvolvidas pelo PECH nesses municípios demonstram mais uma vez que há a necessidade de intensificar as ações de busca ativa, considerando que houve um incremento 52 casos novos com as ações de mutirões de atendimento que foram realizados no primeiro trimestre de 2015.

## Casos por Mun. Residência segundo Ano Notificação

**Município MA residência:** 210310 Cedral

Ano Notificação	Casos por Mun. Residência
Total	4
2016	1
2017	1
Ignorado	2

Fonte: TABNET.DATASUS.GOV.BR

### 2.1.3 Tuberculose

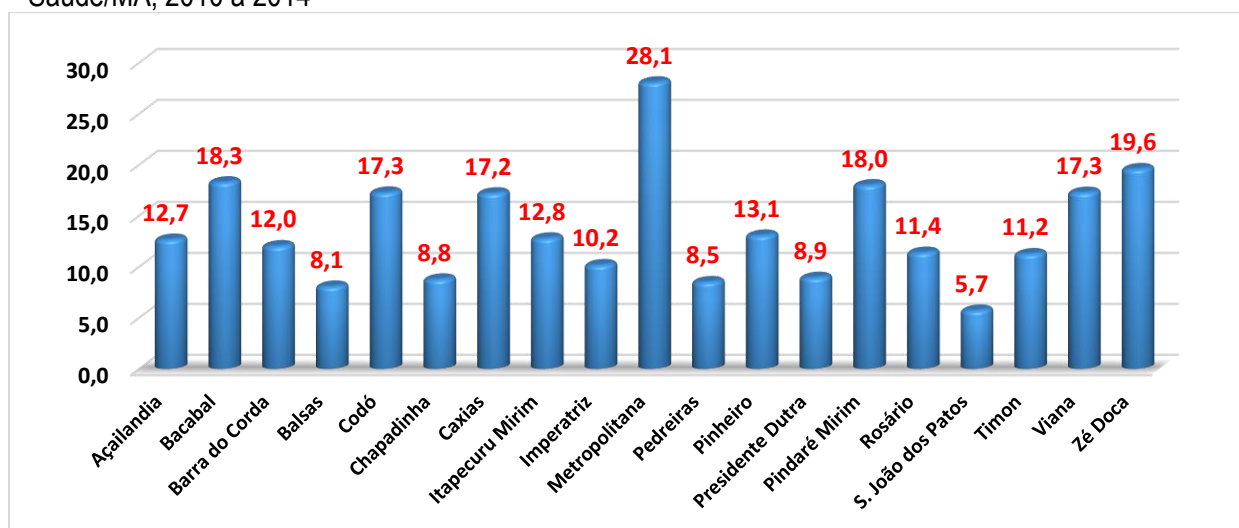
Permanece como um grande desafio para a saúde pública dada a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública.

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial da doença. Em 2014, foram notificados 68.000 casos novos, correspondendo a uma taxa de incidência de 33,5/100.000 hab. Anualmente ainda morrem 4,5 mil pessoas por tuberculose, doença curável e evitável, sendo a 3ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com HIV/AIDS.

É importante destacar que o risco de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* e o desenvolvimento da doença estão diretamente ligados aos determinantes sócias, econômicos, culturais e estado imunológico das pessoas; sendo considerados populações de maior vulnerabilidade para tuberculose: os privados de liberdade, população em situação de rua, os indígenas e as pessoas vivendo com HIV/Aids.

O Maranhão em 2014 notificou 2.237 casos de tuberculose, desses 82% foram casos novos e 11% retratamentos. A incidência de casos novos de todas as formas foi de 26,8 por 100.000 habitantes, estando em 19º lugar em relação aos demais estados da federação. A taxa de mortalidade foi de 2,1/100.000 hab.

Gráfico 35 - Coeficiente de Incidência de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífero por Região de Saúde/MA, 2010 a 2014\*



Fonte: SES/MA / SECD / SINANNet

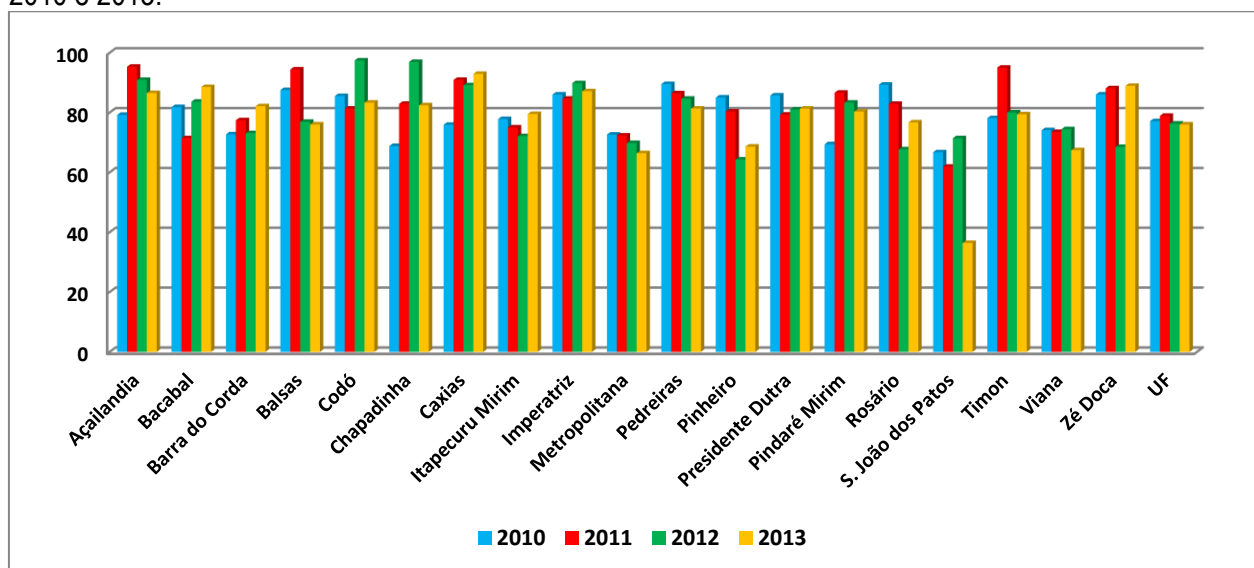
\*Média do período 2010 a 2014

A série histórica de 2010 a 2014 mostra tendência decrescente dos casos pulmonares bacilíferos (20,6/100.000 hab. a 14,8/100.000hab), embora com algumas oscilações ao longo dos anos no estado e na maioria das regiões de saúde. Destacamos que as taxas de incidência estão diretamente relacionadas à cobertura das ações de detecção de casos nas Unidades Básicas de Saúde, eficácia da notificação em tempo oportuno. A falta de continuidade dessas ações no nível municipal impacta diretamente nesse indicador.

A atenção primária deve ser a principal porta de entrada do SUS para diagnóstico da tuberculose, utilizando-se de tecnologias de saúde capazes de resolver os problemas de maior frequência e relevância em seu território, sendo imprescindível à ampliação das ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos para todas as Unidades Básicas de Saúde.

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos, sensíveis aos medicamentos anti-TB, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização de tratamento. Para o êxito do tratamento é imprescindível a adesão do paciente e o acompanhamento durante todo o período, pela Equipe de Saúde da Família.

Gráfico 36 - Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífero, Região de Saúde/MA, 2010 e 2013.



Fonte: SES/MA / SECD / SINANNet

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose/MS (PNCT/MS) considera efetivo quando o resultado do tratamento apresenta cura superior a 85% e o abandono inferior a 5%. Analisando os dados dos últimos 14 anos, verificou-se que o estado do Maranhão nunca atingiu a meta proposta pelo Ministério da Saúde, tendo atingido em 2013 76% de cura e 10% de abandono de tratamento.

Como estratégia para fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e a prevenção de cepas resistentes aos medicamentos, foi instituído pelo PNCT/MS o tratamento diretamente observado como uma mudança na forma de administrar os medicamentos, porém sem mudança no esquema terapêutico. No entanto, em nosso estado, apenas 40% dos casos têm sido acompanhados por essa modalidade.

O alcance deste indicador reflete na redução da transmissão e conseqüentemente na diminuição da ocorrência de novos casos. Devemos considerar também como uma ferramenta importante para prevenção de adoecimento entre os contatos, e deve ser realizado fundamentalmente pela atenção primária.

Nos últimos anos o estado do Maranhão tem examinado em média 55% dos contatos de tuberculose. Esse indicador consta no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) tendo como meta examinar 80% dos contatos.

Outro problema de grande relevância para o Programa de Controle da Tuberculose é a co-infecção TB/HIV, pela expansão da epidemia nos últimos anos. Estudos revelam frequente descoberta da soropositividade para HIV durante o diagnóstico de tuberculose.

O município de **Cedral** registrou 21 casos confirmados de Tuberculose Pulmonar Bacilífero no período de 2010 a 2017, destes 17 casos foram encerrados por cura, 3 transferência e 1 apresentam encerramento ignorado/branco. Considerando o número de exames de HIV realizados, 14 dos casos confirmados tiveram resultado negativo, 2 casos positivos e os outros 4 não realizaram o teste. (Fonte: SINAN/NET)

## Casos confirmados por Situação Encerra. segundo Ano Diagnóstico

Município de residência: 210310 Cedral

Período: 2010-2017

Ano Diagnóstico	Ign/Branco	Cura	Transferência	Total
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>21</b>
2010	-	5	-	5
2011	-	2	-	2
2012	-	2	2	4
2013	-	3	-	3
2014	-	2	-	2
2015	-	-	1	1
2016	-	1	-	1
2017	1	2	-	3

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

As ações do Programa de Controle da Tuberculose foram incorporadas pela Atenção Básica, após a IX Conferência Nacional de saúde em 1992, visando a descentralização das ações de controle da tuberculose, as atividades de natureza técnica (entrega de medicamentos, controle de faltosos, tratamento supervisionado, busca de sintomáticos respiratórios), mantendo centralizadas as atividades gerenciais (digitação dos dados do SINAN-NET e capacitação das equipes de saúde), tendo como pressuposto que a Atenção Primária é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, pois corresponde ao primeiro contato entre o usuário e o serviço de saúde.

Dessa forma, as ações já são previstas nos protocolos da Atenção Básica e fazem parte do rol de objetivos, metas e ações propostas no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e na Programação Anual de Saúde, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, as diretrizes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, as metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores SISPACTO 2018 (através da Resolução CIT nº 8, de 24 de Novembro de 2016) e as metas do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA VS.

Vale ressaltar os avanços nas diferentes esferas de governo para fortalecimento das ações de vigilância em saúde para controle da tuberculose, como ampliação de parcerias, participação da sociedade civil e controle social, articulação com diversas instituições, atualização das normas técnicas, introdução do quarto fármaco (etambutol) no esquema básico de tratamento, a oferta do medicamento em dose fixa combinada, o teste rápido molecular para diagnóstico, reformulação da ficha de notificação e investigação do SINAN. Contudo é necessário ser mantida como prioridade política e de gestão para obtenção do controle e diminuição da incidência da doença.

### 2.1.4 Dengue

A dengue caracteriza-se como um desafio para saúde pública no país. No Maranhão vem acontecendo de forma endêmica, em surtos cíclicos cada 2 a 3 anos. A ocorrência de epidemias, geralmente está associada à introdução de vírus em áreas anteriormente indenes ou de novos sorotipos nas regiões.

Até o ano de 2001, circulavam no Estado os sorotipos Den1, Den2 e Den3. Em 2010 ocorreu a introdução do Den 4 na capital e no ano seguinte a expansão desse vírus para vários municípios. A partir do ano de 2011, verificou-se a circulação simultânea dos 04 sorotipos, havendo então, surtos de grande proporção, elevando as notificações de casos. O período de 2012 a 2014 foi marcado por importante

redução, seguida de aumento de notificações principalmente nas Regiões de Pinheiro, Caxias, Barra do Corda, São Luís e Imperatriz, no ano de 2015.

Gráfico 37 - Número de casos notificados de Dengue, MA, 2010 a 2015



Fonte: SINANET e SINAN On-Line

#### Taxa de letalidade por casos graves de Dengue, MA, 2010 a 2015\*

Ano	Nº Casos Graves	Óbitos	Letalidade
2010	204	4	1,9
2011	195	22	11,2
2012	65	12	18,4
2013	42	15	35,7
2014	87	16	18,3
2015*	98	8	8,1

Fonte: SINAN On-Line\*2015 Dados parciais

Quanto aos índices de letalidade das formas graves de dengue, no período de 2010 a 2015, observou-se a partir de 2011 taxa sempre acima de 10% distante da meta de 1%, considerada aceitável pela OMS – Organização Mundial de Saúde. O parâmetro nacional para referência de óbitos por dengue visa redução de 10% ao ano, nos municípios e regiões com seis ou mais óbitos ocorridos.

A introdução em 2014 de novas doenças virais no país, que têm quadro clínico similar ao da Dengue e transmissão pelo *Aedes aegypti* como as febres Chikungunya (um caso importado do Haiti) e Zika Vírus (confirmação de 05 casos no Maranhão), elevaram os riscos de epidemias exigindo dos gestores maior rigor das ações de vigilância epidemiológica e combate ao vetor.

Ao longo dos anos, segundo levantamentos no bancos do SISFAD – Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue e SISPNCD - Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da Dengue e resultados do LIRA'a- Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti*, realizado quatro vezes no ano, observou-se a permanência de índices de infestação que variavam, entre médio e alto risco na maioria dos municípios.

As supervisões e monitoramentos aos programas municipais, revelaram deficiências estruturais comprometendo a qualidade das ações de vigilância e controle, a exemplo do baixo alcance da meta pactuada de inspeção quando apenas 50,2% dos município tiveram suas metas alcançadas. Deficiência de quadro de recursos humanos, dificuldade de mobilidade das equipes e insuficiência de materiais e equipamentos fundamentais para a execução das atividades foram verificadas em municípios de todas as regiões de saúde.

Com o objetivo de possibilitar melhorias dos resultados do controle dessas doenças, a SES em parceria com os municípios e sob orientação do MS desenvolverá as seguintes ações:

- Implantação de Unidades Sentinelas para o Zika vírus, nas Regiões de Saúde de Imperatriz, Presidente Dutra, Santa Inês, Pinheiro, Codó e Metropolitana;
- Desenvolvimento de campanhas de informação e mobilização social;
- Fortalecimento da estrutura de Nebulização nas Regiões de Saúde com elevado índice de infestação
- Capacitação técnica em todos os componentes do PNCD;
- Intensificação de vigilância de casos e óbitos.

### 2.1.5 Febre do Chikungunya

Doença causada pelo Vírus chikungunya (CHIKV), transmitida por mosquitos do gênero Aedes, que cursa com enfermidade febril aguda, subaguda ou crônica. A Febre de Chikungunya é uma enfermidade endêmica nos países do sudeste da Ásia, África e Oceania. Emergiu na região das Américas no final de 2013.

No Maranhão, em 2014, houve registro no Sistema de Vigilância Epidemiológica Estadual do primeiro caso de Chikungunya, importado, que se tratava de um adulto-jovem, missionário em atividade no Haiti.

No ano de 2015 foram notificados 493 casos, sendo 91 casos confirmados através de exame laboratorial e 106 clínicos epidemiológicos.

CASOS NOTIFICADO DE CHIKUNGUNYA - MARANHÃO				
Municípios	2015			
	Notificados	Confirmados		Em Investigação
		Laboratorial	Clínico-Epidem.	
São Luís	227	44	84	67
Cururupu	137	31	0	137
Caxias	64	3	1	60
Imperatriz	13	0	0	13
Codó	10	10	0	0
Governador Edison Lobão	10	0	10	0
Santa Inês	4	2	2	0
Vargem Grande	4	0	4	0
Itaipava do Grajaú	3	0	0	3
Paraibano	3	0	0	3
São José de Ribamar	3	1	3	0
Açailândia	2	0	0	2
Fortuna	2	0	0	2
Miranda do Norte	2	0	0	2
Paço do Lumiar	2	0	0	2
Pindaré Mirim	2	0	2	0
Balsas	1	0	0	1
Cantanhede	1	0	0	1
Nova Olinda do Maranhão	1	0	0	1
Raposa	1	0	0	1
São João dos Patos	1	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>493</b>	<b>91</b>	<b>106</b>	<b>296</b>

## 2.1.6 Zika Vírus

Transmitido por um mosquito já bem conhecido dos brasileiros, o *Aedes aegypti*, o **vírus Zika** começou a circular no Brasil em 2014, mas só teve os primeiros registros feitos pelo **Ministério da Saúde** em maio de 2015. Foi identificado pela primeira vez na África, na década de 1940 e, desde então, ficou restrito a pequenas aldeias. Chegou a circular fora do continente africano, porém, nunca de forma intensa.

A partir do ano passado, depois da Copa do Mundo, começaram a surgir relatos de que o vírus teria chegado ao Brasil. Em maio de 2015 o Ministério da Saúde registrou os primeiros casos.

No ano de 2014, inicialmente nos municípios de Caxias, Codó e Barra do Corda houve registro de quadro viral que apresentava os seguintes sinais e sintomas, febre, mialgia, artralgia, exantemas e prurido. A partir de março, casos semelhantes foram observados na capital. Esse quadro viral atingiu milhares de pessoas em outros estados sendo definido nacionalmente como infecção pelo Zika vírus. Dos casos registrados no estado, 06 foram confirmados por PCR realizado pelo Instituto Evandro Chagas.

Em junho de 2015 ocorreu um óbito por Zika, comprovado por PCR e Imunohistoquímica realizado pelo IEC, em adulto-jovem portador de comorbidades (Alcoolismo e Lupus) e residente de São Luís.

CASOS NOTIFICADO DE ZIKA VÍRUS - MARANHÃO					
Municípios	2015				
	Notificados	Confirmados Laboratorial	Clínico-Epidem.	Em Investigação	Óbito
São Luís	32	5	10	17	01
Imperatriz	21	0	0	21	
Cantanhede	9	3	6	0	
Vargem Grande	7	0	6	1	
Poção de Pedras	5	0	0	5	
Lago da Pedra	3	0	1	2	
Miranda do Norte	2	0	0	2	
Pindaré Mirim	2	0	2	0	
Esperantinópolis	1	0	0	1	
João Lisboa	1	0	0	1	
Timbiras	1	0	0	1	
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>51</b>	

## 2.1.7 Leishmaniose Tegumentar (LT)

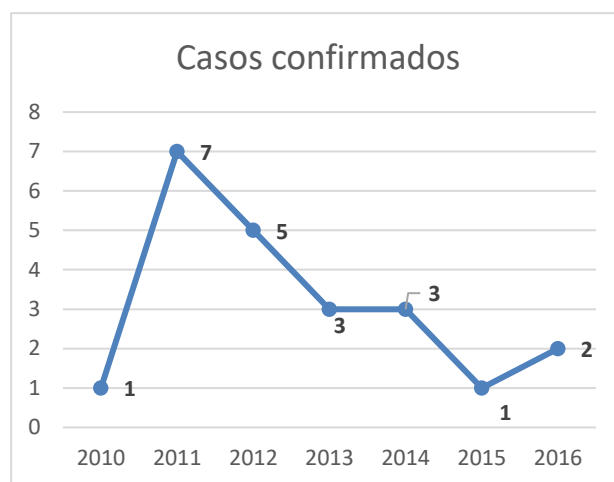
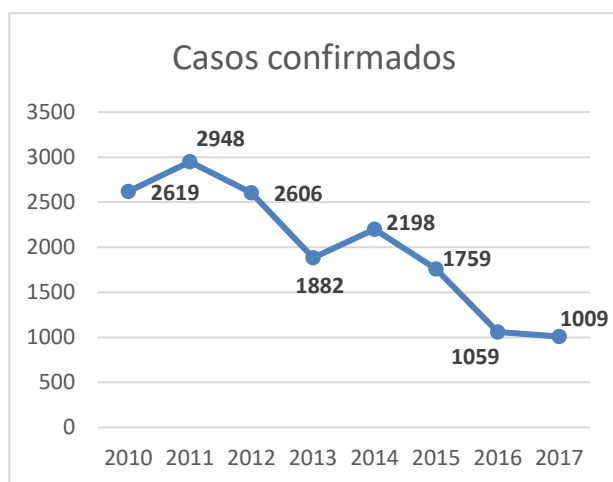
A Leishmaniose Tegumentar é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das seis mais importantes doenças infecciosas, pela sua magnitude, alto coeficiente de detecção e o risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no ser humano, com reflexos no campo psicológico, social e econômico.

Dada às características epidemiológicas peculiares da Leishmaniose Tegumentar, as estratégias de controle devem ser flexíveis e distintas, adequadas a cada região. A diversidade de agentes, de reservatórios, de vetores, de situações epidemiológicas, aliada ao conhecimento ainda insuficiente sobre vários desses aspectos evidencia a complexidade do controle. No Brasil, as principais espécies envolvidas na transmissão de LT são: *Lutzomyia flaviscutellata*, *L. whitmani*, *L. umbratilis*, *L. welcome* e *L. migonei*.

No período de 2010 a 2017 foram notificados no Maranhão 16.080 casos de LT. No mesmo período, foram notificados 22 casos de Leishmaniose Tegumentar considerando o município de residência **Cedral**.

Número de casos de Leishmaniose Tegumentar, MA, 2010 a 2017.

Número de casos de Leishmaniose Tegumentar, Cedral, 2010 a 2017.



Fonte: SES/MA / SECD / SINANNet

O Estado do Maranhão é endêmico para LT, sendo que a maior concentração da doença ocorre nas Regiões de Saúde de Zé Doca, Imperatriz e Açailândia (Amazônia Maranhense).

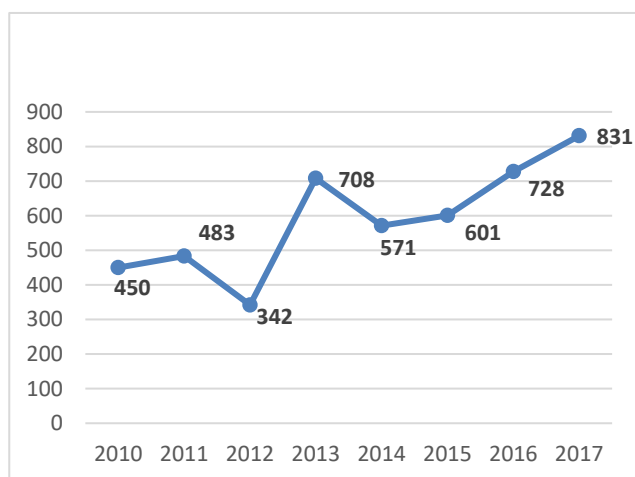
### 2.1.8 Leishmaniose Visceral (LV)

A Leishmaniose Visceral é considerada atualmente doença emergente, dada a sua incidência e alta letalidade, principalmente em indivíduos não tratados, crianças desnutridas e indivíduos portadores de infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV).

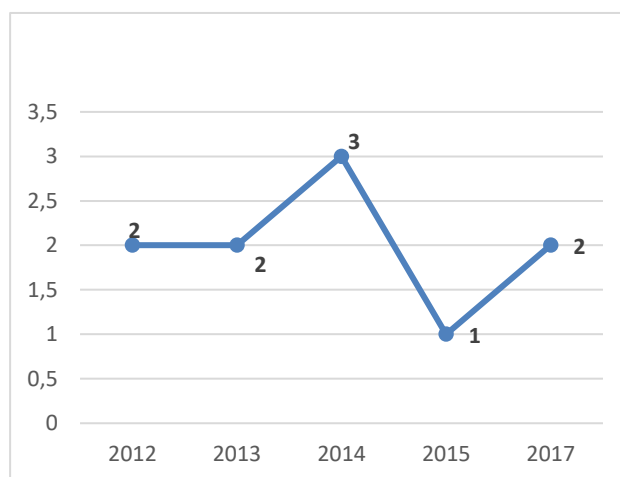
Segundo o Ministério da Saúde, a LV vem diminuindo sua ocorrência na Região Nordeste, mas por outro lado ocorre expansão para outras regiões do País, atingindo áreas urbanas e periurbanas.

No período de 2010 a 2017 foram notificados no Maranhão 4.714 casos de LV. No município de Cedral foram notificados 10 casos, segundo município de residência, no mesmo período.

Número de casos de Leishmaniose Visceral, MA, 2010 a 2017.



Número de casos de Leishmaniose Visceral, Cedral, 2010 a 2017.



Fonte: SES/MA / SECD / SINANNet

A taxa de letalidade vem ascendendo chegando a apresentar 4,5% em 2014, o que demonstra a real gravidade da doença e a fragilidade na qualidade da assistência prestada, em nosso Estado. Segue a taxa de letalidade separada por região:

### Taxa de letalidade de LV por Região de Saúde, MA, 2014

Região de Saúde	Taxa Letalidade
Açailândia	11,11%
Bacabal	10,00%
Balsas	0,00%
Barra do Corda	0,00%
Caxias	8,11%
Chapadinha	5,50%
Codó	3,70%
Imperatriz	25,00%
Itapecuru-Mirim	0,00%
Pedreiras	11,11%
Pinheiro	0,00%
Presidente Dutra	0,00%
Rosário	0,00%
Santa Inês	5,40%
São João dos Patos	6,60%
São Luís	12,82%
Timon	5,50%
Viana	0,00%
Zé Doca	0,00%

Fonte: SES/MA / SECD / SINANNet

O Departamento de Epidemiologia da SES-MA através do serviço da Leishmaniose Visceral realiza a classificação epidemiológica (média de casos nos últimos três anos), estratifica todos os municípios selecionados por apresentarem casos da doença no período estudado e após análise epidemiológica identifica as áreas para adoção das recomendações propostas para a vigilância, monitoramento e controle, na perspectiva de evitar ou minimizar os problemas em novas áreas.

### Ações de Vigilância Entomológica

No Programa de Controle Leishmaniose Visceral, a Vigilância Entomológica tem por objetivo o levantamento quanti-qualitativo de flebotomíneos transmissores da LV, de modo a auxiliar o controle da doença.

A investigação entomológica tem como princípio a verificação da presença de *Lutzomyia longipalpis* e/ou *Lutzomyia cruzi*, em municípios com ocorrência de casos de Leishmaniose Visceral ou em situações de surto; Em áreas de transmissão autóctone tem como objetivo conhecer a dispersão do vetor no município, a fim de apontar naqueles sem transmissão, ou seja, sem casos autóctones de LV as áreas receptivas para realização do inquérito canino e, nos municípios com transmissão da LV, orientar as ações de controle vetorial.

Para controle do reservatório, o Programa de Controle da LV/PCLV-MS propõe ações de vigilância a serem desencadeadas pelos municípios que são destacadas na Programação das Ações de Vigilância em Saúde: vigilância entomológica (presença ou ausência, abundância e sazonalidade); Preventivas (uso de repelentes, mosquiteiros, telas finas nas janelas); Controle do vetor (controle químico (forma adulta) – 2 ciclos anuais de borrição, manejo ambiental (forma larvar).

## **Ações Voltadas para o Reservatório**

O cão (*Canis familiaris*) é a principal fonte de infecção e a enzootia tem precedido a ocorrência de casos humanos. Desse modo, as ações a seguir possuem grande importância para o controle da Leishmaniose Visceral Canina (LVC), a saber: Esclarecer a Classe Médica Veterinária quanto ao risco do tratamento da Leishmaniose Visceral Canina; Assessorar os Municípios quanto às ações de Vigilância Canina; Trabalhar Educação em Saúde junto à população sobre a LVC.

Para redução das fontes de infecção da LVC, em que o reservatório canino se constitui a principal fonte de infecção na área urbana, é recomendado ações de monitoramento da prevalência canina e/ou a retirada dos animais infectados através de inquéritos sorológicos, amostral e/ou censitário que no resultado reagente leva à indicação da Eutanásia assim como, no destino dos cadáveres dos animais eutanasiados como por morte devido à LVC.

## **Ações Voltadas para o Homem**

A Leishmaniose Visceral por ser uma doença de evolução grave e rápida, podendo levar facilmente a óbito, precisa ser diagnosticada e tratada de forma precoce e eficaz. Portanto, as rotinas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento necessitam, obrigatoriamente, de uma integração entre Vigilâncias Epidemiológica, Entomológica, Ambiental e Sanitária; Laboratórios; Assistência Médica; Instituições de Pesquisa; Educação em Saúde; Sociedade. Neste contexto, faz-se necessária as ações: Capacitar Recursos Humanos, que atuam na atenção primária: Treinar a equipe multiprofissional do Município para atuar nas Unidades Básicas e/ou Hospitais responsáveis pelo atendimento e realização de exames laboratoriais de LV, bem como corretas condutas relacionadas às notificações, encerramento e investigação de óbito da LV; Fornecer medicamentos para o tratamento da LV.

## **Ações Voltadas para a Educação em Saúde**

As atividades de educação em saúde são de suma importância para os serviços que desenvolvem as ações de controle da LV. As diversas Instituições envolvidas devem dispor de suas equipes multiprofissionais com intuito de viabilizar o trabalho nas unidades de trabalho. Portanto a ação de divulgar a população a respeito da LV: Alertar a população sobre sinais clínicos e serviços para o diagnóstico, tratamento da LV e medidas preventivas fazem-se imprescindíveis.

### **2.1.9 Raiva**

#### **Raiva Urbana (Cães e Gatos)**

Considerando a situação epidemiológica no Estado, a raiva canina ainda permanece como um grave problema de saúde pública.

A baixa cobertura vacinal de animais, falta de envio de amostras por Região para monitoramento da circulação viral na população canina, e a persistência de amostras positivas em cães e gatos, deixa a população humana em constante risco de transmissão com relação à raiva humana.

No ano de 2005, um surto de raiva silvestre transmitida por morcegos na região noroeste do Estado, fronteira com o Pará, mais especificamente nos municípios de Turiaçu, Godofredo Viana, Cândido Mendes e Carutapera culminou com 24 óbitos de raiva humana.

A partir de 2010, nos municípios da grande ilha de São Luís registraram elevado número de casos positivos de raiva canina. Entre 2011 e 2013 ocorreram no estado 7 casos de raiva humana transmitida por cães positivos. No ano de 2011 foram 2 casos sendo um no município de São José de

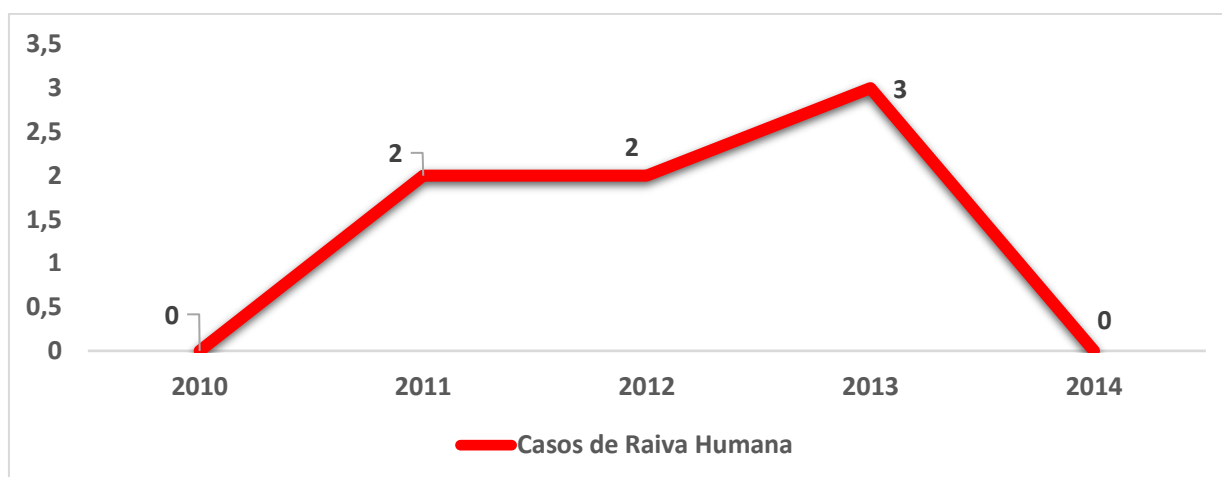
Ribamar, outro em Paço do Lumiar. Em 2012 foram notificados 2 casos no município de São Luís e em 2013 os 3 casos ocorreram nos municípios de Humberto de Campos, Mirinzal e São José de Ribamar.

Após as intensificações das ações de bloqueio e campanha de vacinação de cães e gatos, os registros de casos de raiva canina e felina diminuíram, conseqüentemente casos de raiva em humano estão sem registro há dois anos.

Ressaltamos também a importância da permanente vigilância da raiva urbana e silvestre, principalmente nas áreas de fronteiras onde há registro de casos destacando-se a transmissão por morcego no Pará e raposa no Piauí.

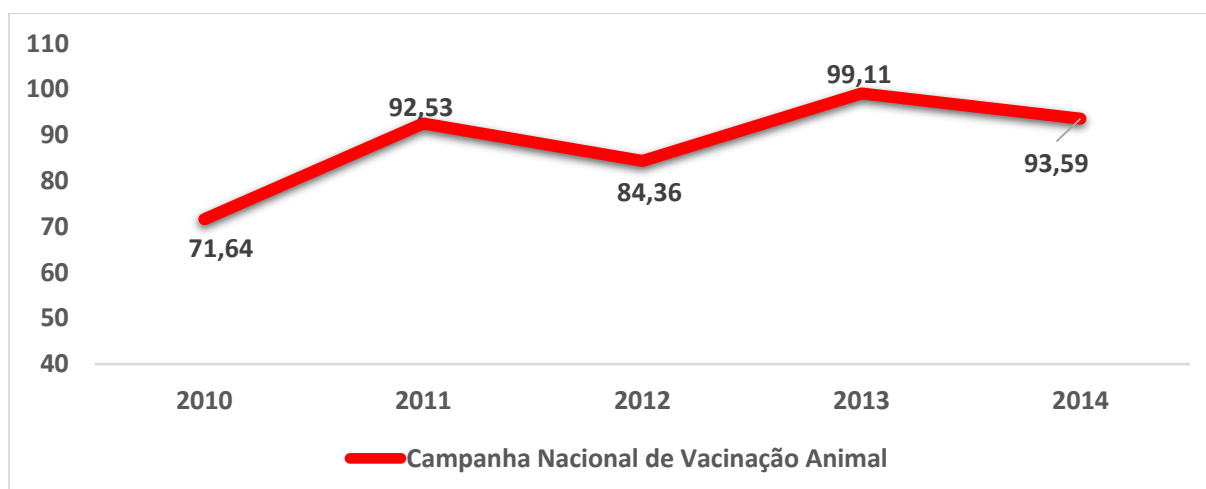
São consideradas como áreas potenciais de risco no Estado para este agravo os municípios pertencentes as regiões: Metropolitana (Paço do Lumiar, São José de Ribamar, São Luís e Raposa), Pinheiro (Cedral, Central do Maranhão, Cururupu, Mirinzal e Turiaçu) Viana (Cajapió, Olinda Nova do Maranhão, São João Batista, São Vicente de Ferrer e Viana) Rosário (Barreirinhas e Humberto de Campos) e recentemente a região de Chapadinha (Tutóia). Os referidos municípios estão inseridos no “Plano de Contingência da Raiva” realizando campanhas emergenciais nos últimos 3 anos.

Gráfico 38 - Número de Casos de Raiva Humana, MA, 2010 a 2014



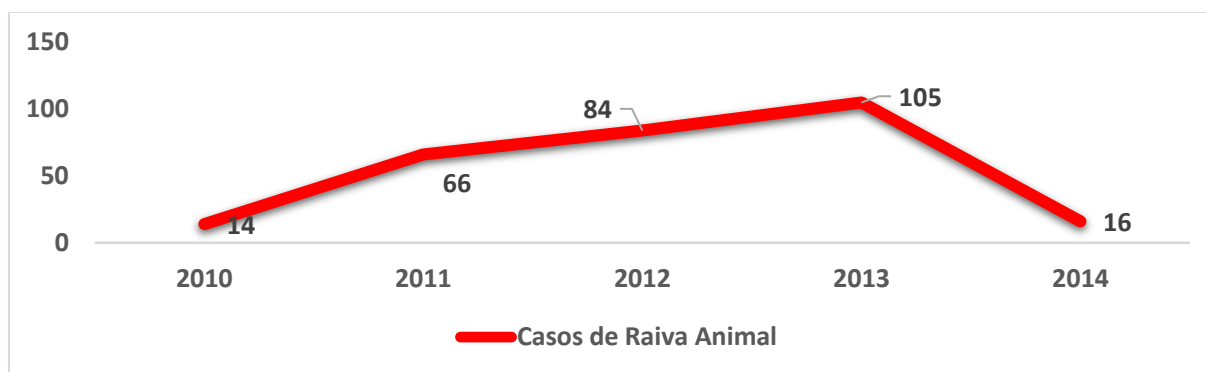
Fonte: SES/MA / SECD / SINANNet

Gráfico 39 - Proporção de cobertura vacinal, MA, 2010 a 2014



Fonte: PNI-DATASUS

Gráfico 40 - Número de casos de Raiva Animal, MA, 2010 a 2014



Fonte: DCZ-MA

Não foram encontrados registros de casos de raiva notificados no município de Cedral no período avaliado para construção do Plano.

### Ações Programadas

Periodicamente são realizadas capacitações em profilaxia da raiva, supervisões, bloqueios de focos, elaboração e distribuição de material educativo, assim como proposta de implantação da vigilância da raiva silvestre (ciclo aéreo e terrestre) e criação do Comitê Regional de Defesa e Profilaxia da Raiva Humana.

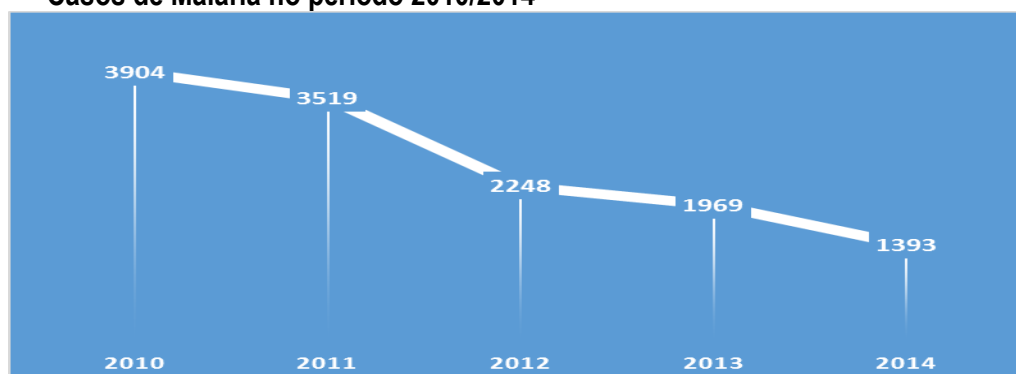
#### 2.1.10 Malária

A malária continua sendo um grande problema de saúde pública em diferentes regiões no mundo, principalmente em países da África. No Brasil sua transmissão foi reduzida drasticamente nas regiões sul, sudeste e nordeste. Atualmente a incidência da malária está concentrada nos estados da Bacia Amazônica com mais de 99% dos casos registrados.

O risco de contrair a doença não é uniforme, sendo medido pelo índice parasitário anual (IPA) que classifica as áreas de transmissão em Alto Risco – IPA maior que 49,9 casos de malária por mil habitantes; médio risco – IPA entre 10 e 49,9 casos por mil habitantes; baixo risco – IPA de 0,1 a 9,9 casos por mil habitantes e IPA Zero – áreas sem risco.

No Maranhão, o programa estadual de controle da malária obteve grandes avanços, com redução progressiva do número de casos no período 2010/2014, em torno de 64,3% (3904/1393).

Casos de Malária no período 2010/2014



Fonte: SIVEP\_MALÁRIA/DEMÁS/SECD/SES/MA URS – Unidade Regional de Saúde

As parcerias bem sucedidas com os municípios; a participação ativa das Regionais de Saúde e seus núcleos de epidemiologia e controle de doenças que realizam o devido monitoramento; a expansão da rede de laboratórios; a garantia e manutenção dos insumos necessários para o diagnóstico, tratamento e controle seletivo de vetores principalmente nas áreas prioritárias, foram fatores prioritários para que os IPAS alcançados nas URS no período de 2010/2014, ficassem na faixa de baixo risco, com uma variação de 0,00 a 4,97 casos por mil habitantes, com uma redução IPA em torno de 84%.

Nas regiões de Zé Doca, Santa Inês, Pinheiro, Açailândia e Imperatriz, cuja população é composta, em sua maioria de lavradores, pescadores, trabalhadores do extrativismo vegetal, carvoeiros e madeireiros concentram-se mais de 50% dos casos de malária ocorridos no Estado.

#### INCIDÊNCIA PARASITÁRIA ANUAL (IPA) por Região de Saúde, MA, 2010 - 2014

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014
Açailândia	1,08	0,36	0,21	-	-
Bacabal	0,83	0,34	0,95	0,13	0,08
Balsas	-	-	-	-	-
Barra do Corda	0,64	0,21	0,45	0,04	0,02
Caxias	0,04	0,04	0,03	-	0,06
Chapadinha	0,17	0,06	0,05	-	-
Codó	1,41	0,06	0,09	0,15	0,09
Imperatriz	0,29	0,19	0,19	0,03	-
Itapecuru	0,13	0,16	0,06	-	-
Pedreiras	0,50	0,62	0,86	-	0,02
Pinheiro	0,94	3,61	1,48	0,79	0,21
P. Dutra	0,76	0,44	0,26	0,01	0,01
Rosário	0,37	0,07	0,01	-	-
Santa Inês	1,04	0,63	0,41	-	0,02
S.J.Patos	0,02	0,15	0,02	-	-
São Luís	0,51	0,76	0,28	0,03	-
Timon	0,43	0,07	-	-	-
Viana	0,15	0,08	0,11	-	-
Zé Doca	4,97	4,44	1,58	0,43	1,89
<b>Total</b>	<b>0,75</b>	<b>0,65</b>	<b>0,37</b>	<b>0,08</b>	<b>0,13</b>

Fonte: SIVEP\_MALÁRIA/DEMÁS/SECD/SES/MA - URS – Unidade Regional de Saúde

As dificuldade do Programa para o efetivo controle desta endemia reside no fato de que 60% da malária diagnosticada no Maranhão não tem origem no Estado ( malária importada) como consequência existe um retardamento no tratamento, ultrapassando as 48hs após os primeiros sintomas, com risco da ocorrência surtos epidêmicos nas regiões mais vulneráveis e instalação da transmissão da doença.

Não foram encontrados registros de casos de malária registrados no município de Cedral no período avaliado para construção do Plano.

#### 2.1.11 Esquistossomose

A esquistossomose no Maranhão abrange atualmente 36 dos 217 municípios do Estado. Está distribuída em duas áreas geográficas distintas: A área endêmica com 17 municípios localizados na baixada ocidental maranhense, e a área de foco com 19 municípios dispersos pelo Estado.

A Vigilância Epidemiológica da Esquistossomose está centrada no trabalho de busca ativa dos portadores de *S.mansoni* por meio de inquéritos coproscópicos periódicos e na demanda da rede básica; assim como tratamento dos portadores em tempo hábil.

### Exames programados, realizados e positivos para esquistossomose, sua prevalência, internações e óbitos, MA, 2010 a 2014

ANO	EXAMES PROGRAMADOS	EXAMES REALIZADOS	EXAMES POSITIVOS	PREVALÊNCIA %	INTERNAÇÕES HOSPITALARES	ÓBITOS
2010	198.849	102.491	5.114	5,0	03	01
2011	158.573	93.640	3.831	4,1	02	03
2012	56.267	57.720	2.674	4,6	--	06
2013	109.512	80.256	2.888	3,6	--	09
2014	150.000	74.119	2.590	3,5	--	

Fonte: SIS-PCE/MS/DATASUS

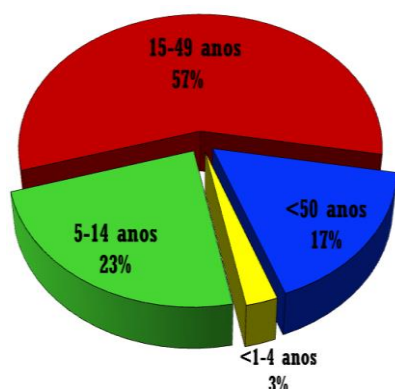
### Número realizado de exames, positividade e prevalência, por região de saúde, MA, 2014

Regiões de Saúde	Total de Exames	Positivos	Prevalência
Pinheiro	23.615	1.917	8,1% (A. Endêmica)
Viana	19.217	398	2,1% (A. Endêmica)
Zé Doca	7.643	148	1,9% (A. Foco)
São João dos Patos	4.325	16	0,4% (A. Foco)
Chapadinha	5.984	39	0,7% (A. Foco)
Metropolitana	10.401	50	0,5% (A. Foco)

Fonte: SIS-PCE/MS/DATASUS

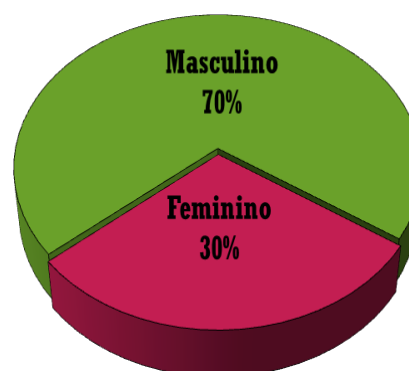
Com relação à faixa etária e sexo, 57% dos casos se concentram entre 15-49 anos, na fase mais produtiva da vida, seguidos de 23% entre 5-14 anos, e 70 % dos casos ocorreram no sexo masculino.

Proporção de Casos de Esquistossomose, por Faixa Etária, MA, 2014



Fonte: SIPCE/MS/DATASUS

Proporção de Casos de Esquistossomose, por Sexo, MA, 2014



### MUNICÍPIOS COM MAIOR PROPORÇÃO DE CASOS, MA, 2014

Município	Ex. realizados	Positivo	%
Apicum-Açú	6827	474	6,9
Cururupu	1568	172	11,0
Bacuri	4804	659	13,7
Peri Mirim	826	79	9,6

<b>Serrano do Maranhão</b>	2419	316	13,1
<b>São Bento</b>	6635	215	3,2

Fonte: SIPCE/MS/DATASUS

O Programa de Controle da Esquistossomose – PCE tem como objetivo reestruturar as ações visando o controle efetivo e duradouro da doença, evitando a ocorrência de formas graves, reduzindo a prevalência da infecção, e o risco de expansão da endemia.

A estratégia para alcançar estes objetivos envolve atividades intersetoriais nos níveis estadual e municipal; diagnóstico precoce para reduzir a carga parasitária e impedir o aparecimento de formas graves; tratamento dos portadores de *S. mansoni* com droga específica; rede laboratorial capacitada e com controle de qualidade implantado; atividades de malacologia e ações de educação para saúde em parceria com diversas instituições.

#### 2.1.12 Doença de Chagas

O Programa de Controle da Doença de Chagas no Maranhão teve início nos anos de 1977 a 1978 com a realização, em nível nacional, do Inquérito Entomológico e Sorológico.

Foi na Região sul do Estado que foram identificadas espécies vetoras de importância epidemiológica com 70% de predominância no intradomicílio do *P. megistus*. Atualmente têm sido capturados poucos triatomíneos com grau de infecção natural zero nessa região, porém a Doença de Chagas tem registrado anualmente em torno de um a três casos, com exceção do ano de 2011, em que foram evidenciados dois surtos da doença por transmissão oral, ocorridos um na zona urbana do município de Pinheiro acometendo 9 pessoas, e outro na zona rural do município de São Roberto com 12 casos registrados, nesse mesmo ano houve registro de 01 caso em Caxias e 01 em Rosário, além de 02 casos importados da cidade de Belém do Pará. Deste modo o ano de 2011 registrou o total de 25 casos agudos de doença de Chagas, entretanto sem registro de óbito pela doença.

No primeiro semestre de 2015 foram notificados no município de Turilândia 89 casos suspeitos onde 10 foram confirmados por exame parasitológico direto (gota espessa), e 79 descartados.

#### Número de casos de Doença de Chagas notificados por município, MA, 2010 a 2015

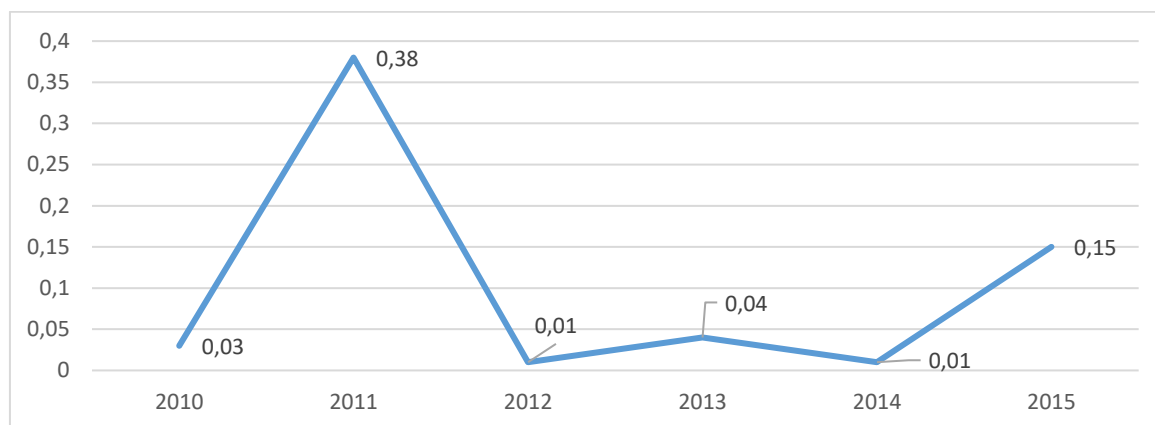
Municípios	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Sta Luzia do Paruá</b>	2					
<b>Caxias</b>		1				
<b>Rosário</b>		1				
<b>Pinheiro (*)</b>		9				
<b>São Roberto (*)</b>		5				
<b>Barra do Corda</b>		3				
<b>Lago da Pedra (*)</b>		4				
<b>Turilândia (*)</b>			1			10
<b>Santa Helena</b>				1		
<b>Turiaçu</b>				2		
<b>Presidente Juscelino</b>					1	
<b>Total UF</b>	2	23	1	3	1	10

Fonte: SINANNet / SECD / SES / MA

O município de Turiaçu embora tenha registrado casos de forma dispersa entre 2002 e 2013, constitui área de elevado risco pela existência de residências rurais em áreas de mata nativa, merecendo uma vigilância constante e atuante nesse município.

O Coeficiente de Incidência da doença de Chagas no Estado no período de 2010 a 2014 apresentou-se dentro de um patamar que o levou a ser definido como de baixo risco pelos critérios do Ministério da Saúde.

Gráfico 41 - Coeficiente de Incidência da Doença de Chagas por 100.000 Habitantes no Estado do Maranhão no Período de 2010 a 2015\*



Fonte: SES/MA / SECD / SINANNet

\* 33ª Semana Epidemiológica do ano de 2015

A baixa incidência, a facilidade da detecção dos casos em tempo hábil e ainda a disponibilidade da droga específica utilizada no tratamento assegura o alcance de cura de 100% dos casos, e taxa de mortalidade zero há mais de 30 anos.

O município de Cedral não registrou casos de Doença de Chagas no período avaliado para construção do Plano.

### 2.1.13 DST/AIDS, Hepatites Virais e Sífilis.

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

A linha de cuidado na Rede de Atenção Secundária, destacamos os Centro de Testagem e Aconselhamento para HIV/AIDS (CTA) e Hepatites Virais para a oferta dos testes rápidos e VDRL e os SAE – Serviço de Assistência Especializada, onde são realizadas ações de prevenção e melhoria da qualidade de vida direcionadas às pessoas vivendo com HIV/Aids e a prestação da assistência clínica e psicossocial às PVHA.

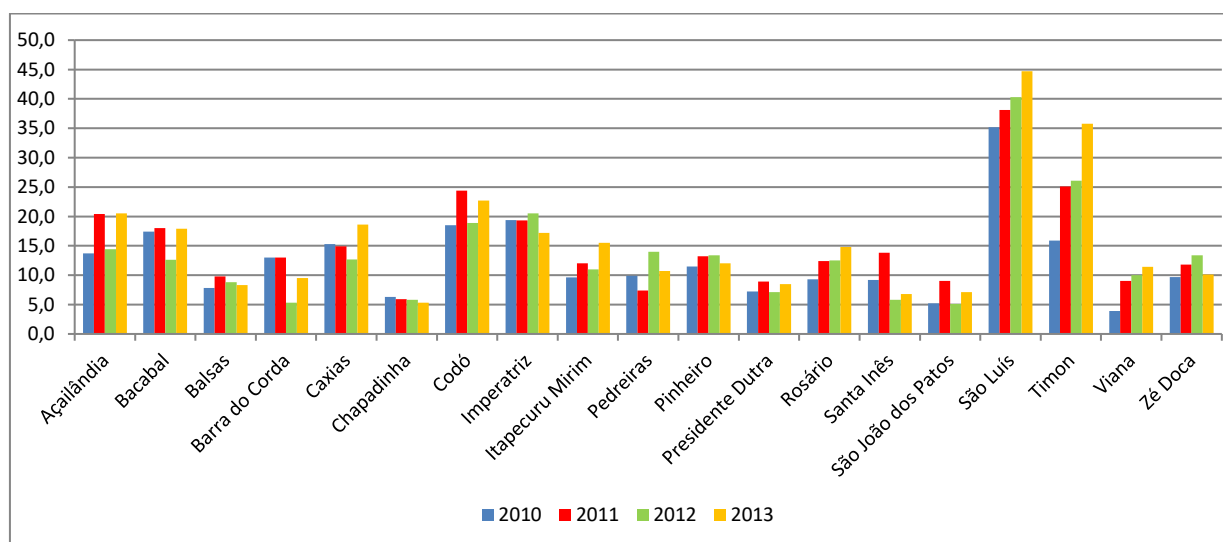
Os serviços oferecidos a nível da Atenção Terciária envolvem os Hospitais Dia – HD que devem ser regionalizados, os Serviços para Lipodistrofia e Lipoatrofia onde é feito preenchimento facial com polimetilmetacrilato em paciente com lipoatrofia de face decorrente do uso de antirretroviral, e as Maternidades que realizam medidas de prevenção da TV do HIV e da sífilis.

Diferentemente do manejo clínico do HIV/AIDS, o tratamento das hepatites virais se concentra na rede especializada em saúde. No estado do Maranhão tal referência é realizada pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA)-Núcleo do Fígado, e têm como retaguarda para diagnóstico e dispensação de medicamentos o Laboratório Central do Maranhão (LACEM) e FEME, respectivamente.

### 2.1.13.1 AIDS

Desde o início da epidemia da AIDS em 1985, até dezembro de 2014, foram notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, 13.331 casos de AIDS, sendo 62,4% sexo masculino (8325 casos) e 37,6% do feminino (5006 casos). Dos 217 municípios que compõem o Estado, 214 já apresentaram pelo menos um caso notificado de AIDS.

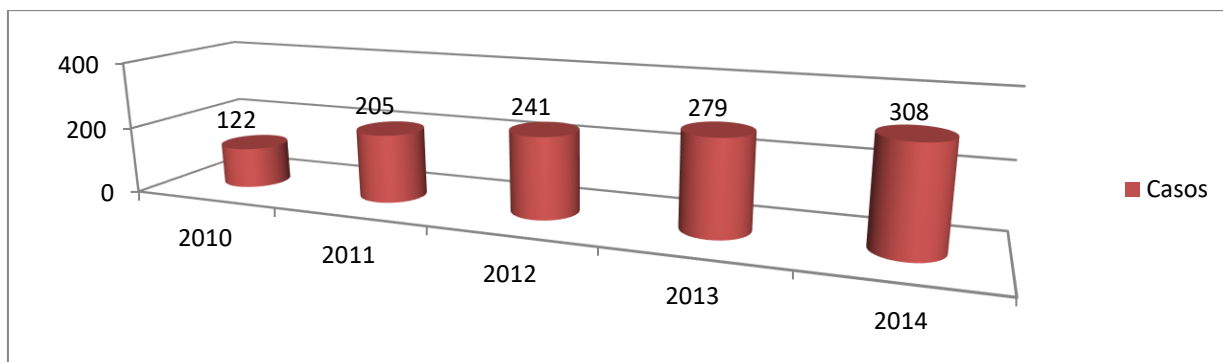
Gráfico 42 - Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, segundo a Região de Saúde por ano diagnóstico. Estado do Maranhão. 2010-2013



### 2.1.13.2 Sífilis Congênita

Entre os anos de 2010 e 2014, foram notificados ao SINAN Estadual 1155 casos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade. No gráfico abaixo observou-se que os casos vem aumentando progressivamente.

Gráfico 43 - Casos notificados de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade. Maranhão. Período 2010 a 2014.



O município de **Cedral** registrou 3 casos de sífilis Congênita no período de 2010 a 2017.

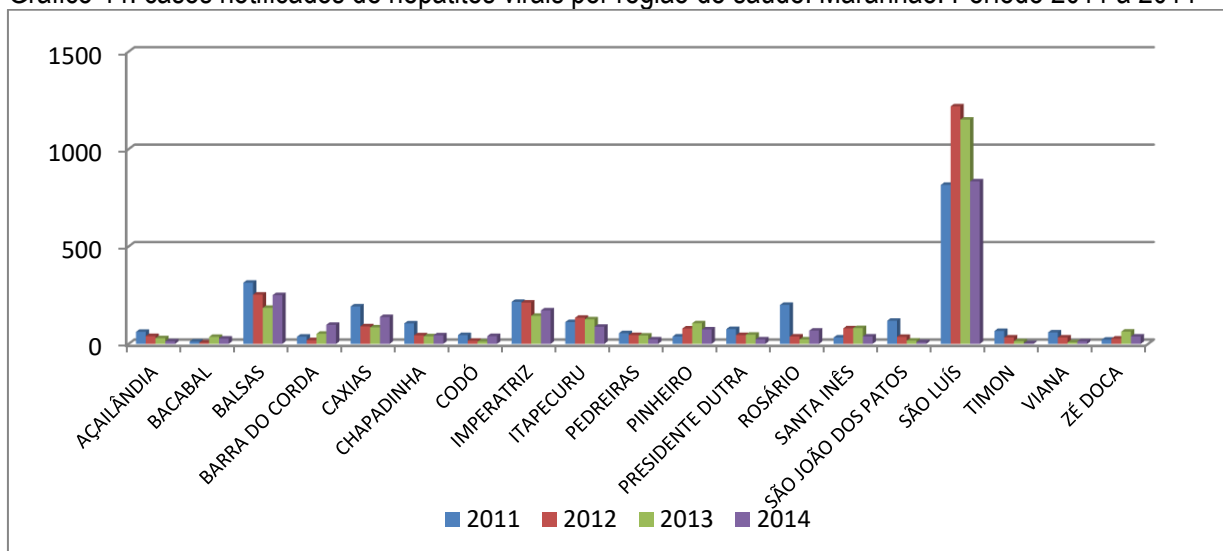
### 2.1.13.3 Hepatites Virais

Entre 2011 e 2014, no Maranhão foram notificados 9.333 casos de hepatites virais, sendo que destes apenas 3.762 foram confirmados epidemiologicamente ou laboratorialmente. Avaliando a etiologia da doença no estado pode-se verificar a prevalência de 38,3% dos casos causados pelo vírus da hepatite A, 28,4% dos casos causados pelo vírus da hepatite B e 23,2% causados pelo vírus da hepatite C.

As regionais de saúde que concentram a maioria dos casos notificados (74,3%) no estado no ano de 2014 foram: São Luís (834 casos), Balsas (250), Imperatriz (172), Caxias (138) e Barra do Corda (98), sendo que só o município de São Luís, neste ano, contribuiu com 41,5% dos casos notificados nessa região.

A região de saúde de São Luís, nos últimos quatro anos é a responsável por mais de cinquenta por cento (50%) dos casos notificados no estado do Maranhão.

Gráfico 44: casos notificados de hepatites virais por região de saúde. Maranhão. Período 2011 a 2014



FONTE: SINAN (2011-2014)

**Cedral** registrou 4 casos de hepatites virais entre os anos de 2010 e 2017, considerando a forma clínica – Hepatite Aguda e Hepatite Crônica.

## 2.1.14 Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANTs

No Brasil, desde a década de 60, estudos demonstraram uma importante transição epidemiológica verificando-se que as doenças transmissíveis estão em processo decrescente, enquanto que as doenças não transmissíveis, dentre as quais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), e as Causas Externas, vêm aumentando consideravelmente a demanda na rede de assistência do Sistema Único de Saúde, conforme demonstrado abaixo.

### Mortalidade Proporcional, por Causa no Maranhão, 2010 a 2014.

TAXAS	ANOS				
	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Taxa Mortalidade para as Doenças Transmissíveis (DT)</b>	4,4	4,5	4,1	4,7	4,1
<b>Taxa Mortalidade para as DANT's (DNT)</b>	89,5	89,4	89,7	89,3	90,5
<b>Taxa das causas Mal Definidas</b>	6,2	6,1	6,2	6,0	5,4

Fonte: SIM/SES/MA

As DANT'S representam parcela substancial, senão a mais importante, dos gastos do SUS e do sistema de saúde suplementar. As Cardiovasculares, o Diabetes, as Neoplasias, as Doenças Respiratórias Crônicas, os Homicídios e os Acidentes de Trânsito representam a maior parcela das despesas com assistência hospitalar, totalizando 75% dos gastos com internações hospitalares.

### Principais Causas de Óbitos Totais de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT'S), no Maranhão, período 2010 a 2017, segundo residência

Capítulo CID 10	ANOS							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Doenças Ap. Circulatório</b>	8.204	9.178	9.088	9.465	9.856	10.352	10.622	10.842
<b>Causas Externas</b>	3.887	4.135	4.663	5.026	5.580	5.382	5.452	5.044
<b>Neoplasias</b>	3.022	3.203	3.288	3.527	3.664	3.912	3.900	4.303
<b>Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas</b>	2.133	2.480	2.349	2.324	2.539	2.695	2.694	2.765
<b>Doenças Ap. Respiratório</b>	1.677	2.033	1.955	2.362	2.456	2.817	2.914	3.222
<b>Doenças Ap. Digestivo</b>	1.298	1.517	1.508	1.588	1.605	1.759	1.759	1.695

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

Conforme quadro acima, verifica-se que a principal causa de óbito no Maranhão são as Doenças do Aparelho Circulatório, em 2º lugar estão as Causas Externas, citando a Violência Domestica Sexual e a Violência no Trânsito como os mais graves problemas de saúde pública. Entre as Doenças Crônicas encontramos as cardiovasculares, diabetes e hipertensão e as neoplasias surgem como 3º causa de óbito no estado.

Diante do crescimento das internações hospitalares e óbitos ocorridos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Causas Externas (Violências e Acidentes), torna-se necessário ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT'S).

A Região de Saúde com maior incidência de óbito de doenças cardiovasculares registrado foi na Metropolitana com 1.768 óbitos em 2013, tendo um crescimento para 2.003 óbitos em 2014, seguida da Região de Imperatriz.

No município de Cedral, registrou-se 171 óbitos ocorridos por DNCT's, com destaque para as Doença do Aparelho Circulatório, seguido das Neoplasias.

**Principais Causas de Óbitos Totais de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT'S), em Cedral, período 2010 a 2017, segundo residência**

Capítulo CID 10	ANOS							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Doenças Ap. Circulatório	7	10	10	6	15	10	9	13
Causas Externas	5	3	4	5	8	3	7	1
Neoplasias	2	4	2	6	-	5	9	12
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	-	-	2	2	6	2	5
Doenças Ap. Respiratório	-	1	1	4	4	4	5	6
Doenças Ap. Digestivo	-	1	1	3	-	2	1	2

Fonte: tabnet.datasus.gov.br

**Ações Prioritárias do Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT'S**

Dentre as ações prioritárias visando a redução da morbimortalidade por doenças crônicas, mortalidade por causas externas, ampliação da expectativa de vida e redução de incapacidades, destacamos capacitação de profissionais de saúde da Atenção Primária e Vigilância Epidemiológica dos Municípios nas ações de prevenção das DANTS, desenvolvimento de campanhas educativas de mobilização social, em parceria com a Estratégia Saúde da Família, Secretarias de Educação, da Assistência Social, DETRAN, CIRETRAN e outras instituições.

O monitoramento contínuo dos fatores de risco referentes às DANTS é imprescindível para subsidiar o planejamento e a implantação e ou implementação de ações de Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis nas Regiões de Saúde. Essencial também será a realização das ações a partir dos eixos da Promoção da Saúde quanto Alimentação Saudável, Práticas Corporais e Atividade Física, Controle do Tabagismo, álcool e drogas, acidentes de trânsito, violência e estímulo à cultura de paz e ainda Desenvolvimento Sustentável.

Tendo por objetivo melhorar os indicadores pactuados para a redução da mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o Plano Estadual de Enfrentamento às DCNT foi reelaborado, assim como material técnico educativo de orientação para execução das atividades no nível municipal, de forma a auxiliar na elaboração dos Planos por Região de Saúde para o enfrentamento, segundo os eixos estruturantes de Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; Prevenção e Promoção da Saúde e Cuidado Integral.

Outra importante linha de ação é manter as medidas para prevenção de acidentes de trânsito que tem como referência o “Projeto Vida no Trânsito” que atua na capital do Estado através do Comitê Intersetorial, buscando ampliar as linhas de ações específicas a esse contexto. Para este fim foi elaborado o “Projeto Vida em Duas Rodas”, que tem por objetivo reduzir as lesões e os óbitos provocados por acidentes envolvendo motocicletas. Primeiramente o projeto será implantado nos municípios com CIRETRAN e posteriormente estendido aos demais municípios das Regiões de Saúde.

Ainda como indicativo de ações por este setor são as capacitações para implantação da ficha atualizada de notificação de violências nos municípios das 19 Regionais de Saúde, iniciando por Pedreiras, Chapadinha e Bacabal, bem como tem a proposta de elaboração do Plano Estadual de Enfrentamento às Violências que posteriormente será também implantado nessas Regiões de Saúde. Desta forma, será possível melhorar as ações de Vigilância e Prevenção às violências de tipologias variadas, assim como do indicador pactuado para implantação e implementação das unidades notificadoras no Maranhão.

## 2.1.15 Imunização

O objetivo principal do Programa Nacional de Imunizações é oferecer vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente em nosso país, e para outros grupos específicos como: adolescentes, gestantes, adultos, idosos, população indígena e outros, tentando alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea em todos os municípios com a finalidade de garantir o impacto epidemiológico das doenças imunopreveníveis.

A manutenção das coberturas vacinais na população infantil, aliada à implementação da Vigilância Epidemiológica, tem repercutido para a redução das doenças preveníveis por vacina. Para considerar pessoa imunizada é necessário cumprir fielmente o calendário estabelecido com o número de doses preconizadas.

A legislação específica sobre imunizações e Vigilância Epidemiológica (Lei 6.259 de 30-10-1975 e Decreto 78.231 de 30-12-76) deu ênfase às atividades permanentes de vacinação e contribuiu para fortalecer institucionalmente o Programa que passou a coordenar, assim, as atividades de imunizações desenvolvidas rotineiramente na rede de serviços.

A Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização (GPNI) tem como atribuições adquirir, distribuir e normatizar o uso dos imunobiológicos. No entanto, o abastecimento de seringas e agulhas aos municípios, compete à Secretaria de Estado da Saúde conforme a Portaria nº 1.378 de 09 de julho de 2013.

A ampliação do número de imunobiológicos implantados e disponibilizados para a população foi essencial para o controle e ou erradicação de inúmeras doenças evitáveis por vacinas. No elenco destas, destacamos a importância das campanhas anuais e a vacina contra o Papiloma Vírus Humano (HPV), para adolescentes do sexo feminino.

Das estratégias utilizadas pelo PNI para realização da vacinação, as campanhas constituem as que alcançam melhor resultados em cobertura e homogeneidade devido à ampla divulgação e mobilização para sua execução. Observa-se ainda que esta estratégia tem contribuído no nível municipal para atualização do calendário vacinal com a disponibilização de outras vacinas nas áreas descobertas.

São disponibilizadas também vacinas para pessoas em situações e grupos populacionais específicos com indicações especiais que são atendidos nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais- CRIEs.

A Rede de Frio pertencente ao Programa Estadual de Imunização é responsável pelo recebimento, acondicionamento, distribuição dos imunobiológicos e dispõe de uma Central Estadual, 17 Centrais Regionais de Rede de Frio além de, aproximadamente 1.403 salas de vacinas.

Como parte do Plano de Implementação e Estruturação da Central Estadual e Centrais Regionais de Redes de Frio/2012, o Programa Estadual de Imunizações realizou a aquisição de equipamentos de refrigeração: geradores, câmaras refrigeradas, condicionadores de ar e freezers, (em fase de conclusão de instalação), além da reforma da Central Estadual de Rede de Frio.

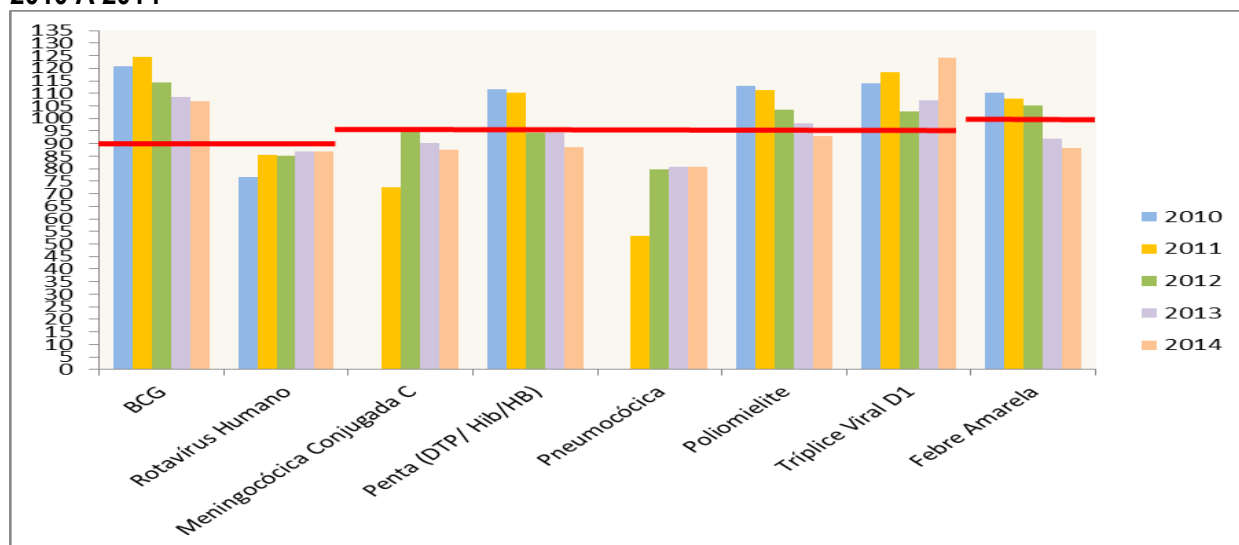
O Programa Estadual de Imunização tem como principais desafios, a conclusão da implementação e estruturação das Centrais Estadual e Regionais da Rede de Frio com a aquisição de mais equipamentos de refrigeração, veículos adequados para o transporte dos imunobiológicos, a implantação do SI-PNI em todos os 217 municípios do Estado e a implantação de mais um Centro de Referência para imunobiológicos Especiais (CRIE).

Na série histórica abaixo, período de 2011 a 2014, observa-se que as coberturas vacinais em crianças menores de 1 ano em algumas vacinas ficaram abaixo dos índices preconizados. Chama atenção as coberturas das vacinas Meningocócica C, Pneumocócica 10 valente e a Rotavírus Humano que mantiveram cobertura baixa em todo período avaliado. Destaca-se que as vacinas BCG e Tríplice Viral tem mantido coberturas adequadas.

A heterogeneidade das coberturas se deu pela existência de fatores nas diferentes esferas de governo, desde implantação de novas vacinas no calendário básico, desabastecimento pontual de alguns imunobiológicos, implantação do novo sistema de informação do PNI (SI-PNI), e ainda questões relacionadas à gestão (organização de serviços, rotatividade de profissionais, dentre outros).

Constitui-se ainda um desafio para o estado a homogeneidade das coberturas vacinais, os dados existentes nos sistemas de informação no nível municipal confirmam a existência de bolsões de suscetíveis às doenças imunopreveníveis.

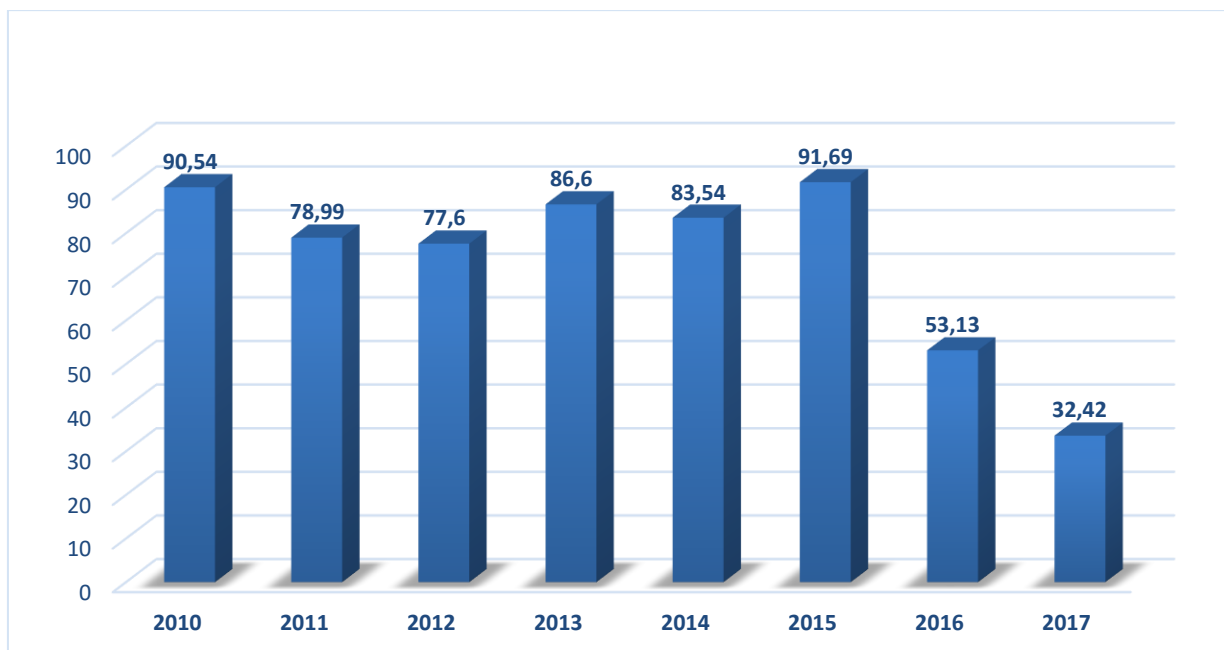
### SÉRIE HISTÓRICA DAS COBERTURAS VACINAIS EM CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO, MARANHÃO, 2010 A 2014



Fonte: SIPNI/DATASUS.

No Pacto pela Vida, o resultado do Indicador 35 por Região de Saúde, que significa número de municípios com coberturas vacinais adequadas para as vacinas do calendário básico de vacinação da criança, onde a pactuação mínima foi de 70%, o estado e as regiões de saúde ficaram muito abaixo do pactuado, embora com tendência ascendente no período entre 2010 a 2014, sendo alcançado pelas regiões de Barra do Corda, Balsas e Açailândia no ano 2014.

### COBERTURAS VACINAIS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA, CEDRAL, 2010 A 2017



No ano de 2014 o PNI implantou em todo o país a vacina contra o Papiloma Vírus Humano (HPV), para adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 11 a 13 anos. Novo critério foi adotado em 2015 considerando apenas a faixa etária de 9 a 11 anos e, a partir de 2016, esta vacina estará garantida apenas para meninas de 9 anos de idade.

A estratégia utilizada quando da implantação da vacina HPV, isto é, trabalho integrado entre unidades básicas de saúde e escolas favoreceu o alcance da cobertura acima de 80%, na primeira dose. No entanto, a divulgação em mídia nacional da ocorrência de rumores de eventos adversos relacionados a esta vacina, comprometeu a estratégia utilizada anteriormente, assim como despertou receio dos pais destas adolescentes interferindo nos resultados da segunda dose.

#### 2.1.16 Saúde do Trabalhador

Segundo a Lei nº 8.080/90 entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, visando à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

No âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador da Trabalhadora-PNST, instituída pela Portaria 1823/MS/2012, de 23 de agosto de 2012 preconiza a atenção integral à saúde, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos e a execução de suas ações pautadas nos princípios e diretrizes, (Universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; equidade e precaução). Estabelecendo como objetivos: o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador; promoção da saúde e dos ambientes e processos de trabalho saudáveis; garantia da integralidade na atenção à saúde, incorporação da categoria trabalho como determinante do processo saúde doença dos indivíduos; assegurando a identificação da situação do trabalho dos usuários nas ações e serviços de saúde e a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS.

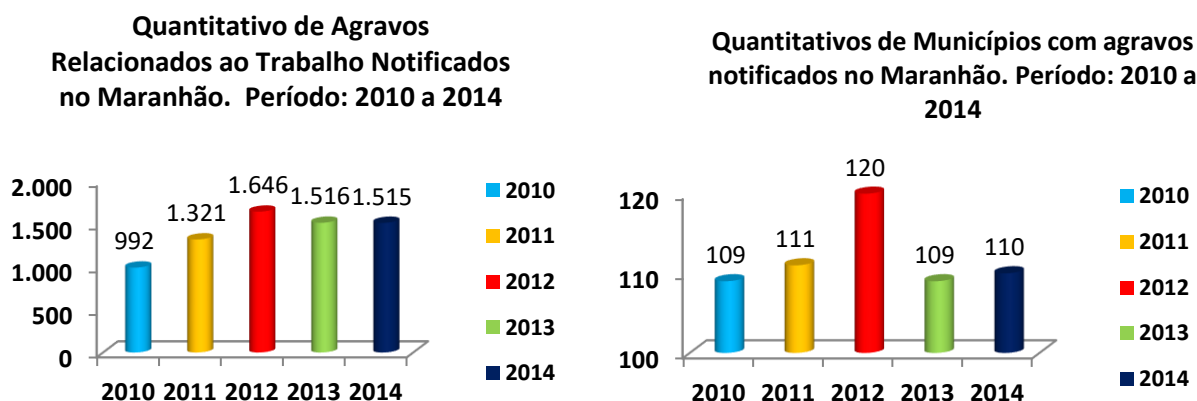
Compete aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - Cerest no âmbito da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST: desempenhar as funções de suporte técnico, de

educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência; - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica. (Portaria 1.823/MS/2011).

Cerest é um estabelecimento de atenção especializada em Saúde do Trabalhador, que dispõe de serviço de vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos Não podendo assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) ou similares, tanto do setor público quanto do privado (Portaria nº 2.728/MS, 2009).

São indissociáveis as ações de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos e do adoecimento, e as ações assistenciais, que incluem a reabilitação, em nível individual e coletivo, considerando os aspectos biológicos, sociopolíticos e culturais envolvidos (Silva, Dias e Ribeiro, 2011)

### SERIE HISTÓRICA DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NOTIFICADOS NO MARANHÃO - PERÍODO 2010 - 2014



Dados do Sistema Nacional de Notificação – SINAN, e Sala de Apoio à Gestão Estratégica /Ministério da Saúde, indicam que de 2010 a 2014, o Estado registrou 6,990 (seis mil novecentos e noventa) agravos de notificação compulsória em quantitativo identificado por exercício conforme figura 1, sendo: 992 (novecentos e noventa e dois) em 2010; 1.391 (um mil trezentos e vinte e um) em 2011, 1.646 (um mil seiscentos e quarenta e seis) 2012, 1.516 (um mil quinhentos e dezesseis) 2013 e 1.515 (um mil quinhentos e quinze) em 2014). Os agravos mais frequentes foram Acidente de Trabalho Grave, seguido de Acidente com Exposição à Material Biológico, (Lesão por Esforço Repetitivo / Doença Osteomuscular, intoxicação Exógena, Dermatose Ocupacional, Transtorno Mental, Câncer Relacionado ao Trabalho, Pneumoconiose Relacionada ao Trabalho, Transtorno Mental e Perda Auditiva Induzida por Ruído-PAIR. Relacionados ao Trabalho.

Nesse período o quantitativo de municípios residentes com algum agravo de saúde do trabalhador estão identificados na figura 2, sendo: 109 (cento e nove) municípios em 2010; 111(cento e onze) em 2011; 120 (cento e vinte) em 2012; 109 (cento e nove) em 2013 e 110 (cento e dez ) municípios residentes em 2014.

Com os resultados alcançados em 2010 e 2011 o Estado superou a Meta Brasil que consistia em aumentar 15% e 30% em 2010 e 2011 respectivamente sobre os dados alcançados em 2008, cujo

Indicador 23 correspondia ao número de notificações dos agravos a saúde do trabalhador constantes da Portaria Nº 777/ GM/MS, de 28/abril/2004, em vigor no período. O objetivo era aumentar a identificação e notificação dos agravos a Saúde do Trabalhador a partir da rede sentinela de serviços do SUS. O Maranhão registrou 992 agravos notificados em 2010 e 1.321 em 2011, reflexos das capacitações e monitoramentos realizados.

ANO	META PACTUADA	PROPORÇÃO ALCANÇADA	NÚMERO DE MUNICÍPIOS RESIDENTES COM NOTIFICAÇÕES	NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM UNIDADES NOTIFICADORAS
2012	75%	55,30%	120	32
2013	80%	50,23%	109	40
2014	80%	50,70%	110	65

Em 2012 a Saúde do Trabalhador pactuou aumentar o número de municípios com notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente. A meta proposta foi de 75% equivalente a (163) municípios com pelo menos uma unidade de saúde notificadora implantada; o Estado não alcançou a meta prevista, teve por resultado 14,75% (32) municípios com pelo menos uma unidade notificadora, com e 55,30% referente a (120) municípios residentes com agravos notificados, resultando em 1.646 agravos de saúde do trabalhador notificados.

No exercício de 2013 em conformidade com a Resolução nº 05 de 19 de junho de 2013 que dispõe sobre as regras de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos 2012-2015, o Indicador 40 de Saúde do Trabalhador diz respeito à proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados, com meta Estadual pactuada em 80%, considerando percentual para Estado e Regiões e número absoluto para municípios. Tendo o Estado atingido um percentual de 50,23% (109) municípios residentes com pelo menos um caso notificado, resultando em 1.516 (um mil quinhentos e dezesseis) agravos notificados por 40 (quarenta) municípios com unidades de saúde notificadoras.

O pacto estadual para 2014 em saúde do trabalhador foi de 80% dos municípios com pelo menos uma doença ou agravo notificado por município residente. Obtendo resultado de 50,70% (110) municípios com registros de agravos relacionados ao trabalho identificados por municípios conforme regiões, totalizando em 1.515 (um mil quinhentos e quinze) agravos notificados por 65 (sessenta e cinco) municípios com unidades de saúde notificadoras.

A resistência em notificar tem persistido tanto nas unidades públicas quanto nas particulares, exigindo mudança das estratégias adotadas e maior investimento em ações de sensibilização dos gestores, capacitação de profissionais de saúde tanto da Atenção Primária em Saúde, quanto da Rede de Assistência Médica Ambulatorial e Hospitalar das Redes Pública e Privada de Saúde, Vigilâncias em Saúde, programas e políticas de saúde, considerando a transversalidade, a intra e intersectorialidade da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Os dados destacados traduzem a realidade do Estado, ainda existe muita subnotificação dos agravos relacionados à Saúde do Trabalhador nas instituições de Saúde, principalmente no que tange às doenças ocupacionais que requerem uma investigação mais minuciosa para estabelecimento donexo causal.

No entanto os resultados alcançados representam um avanço, tendo em vista as diferenças regionais e fragilidades dos municípios, necessitando para alteração do quadro atual, capacitação permanente em Saúde do Trabalhador, apoio e monitoramento.

Considerando o papel de apoio matricial a rede SUS; vale enfatizar a importância da qualificação dos técnicos dos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador em cursos de especialização para o fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do

Sistema Único de Saúde – SUS e que a integralidade não é apenas uma diretriz definida constitucionalmente, é uma bandeira de luta, um enunciado de valores do sistema de saúde, de suas instituições e práticas consideradas desejáveis, um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (Mattos, 2006 apud Curvello & Vasconcelos)

### SERIE HISTÓRICA DO QUANTITATIVO DOS AGRAVOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO MUNICÍPIO DE CEDRAL - PERÍODO DE 2010 - 2014

Regional	IBGE	Município	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Pinheiro	210310	Cedral	1	0	0	1	0	2
	Total Regional Pinheiro		15	10	15	9	9	58
	210000	MARANHAO	992	1.321	1.646	1.516	1.515	6.990

## 3 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

A saúde pública atualmente está voltada para a promoção da saúde e para que isto aconteça, é necessário que o Estado dê garantia a execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção e prevenção da saúde da população. O novo conceito de saúde têm como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais.

### 3.1 Histórico

Cedral é originário de Guimarães, cujo território anteriormente ocupava, sendo desmembrado em 1964, através da lei estadual nº 2378 do mesmo ano. Deste modo parte da história do município está contida na história de Guimarães e, por extensão, na antiga Capitania de Cumã, sendo os primitivos habitantes descendentes de índios tupinambá, colonos de Portugal e Açores cuja ocupação por parte destes consta de aproximadamente 1760.

A terra fértil, a abundância de nascentes, o clima úmido propiciaram as lavouras de algodão, mandioca e cana-de-açúcar e a criação de gado, que careceram de mão de obra escrava, fato que hoje se comprova através de povoações quilombolas e afro-descendentes no município. Ao longo dos anos a miscigenação foi inevitável, a população indígena foi totalmente extinta, restando apenas descendentes mestiços; brancos são minoria, negros e pardos formam a maioria da população.

A agricultura restrita ao plano de mandioca para a confecção de farinha d'água era a base da economia daquela comunidade.

Em 09 de junho de 1964 foi aprovado o Projeto de Lei de Criação do Município de Cedral, do Deputado Estadual João Henrique Bello Pereira, a Lei de Criação recebeu o número 2.378.

Em 2005, inicia-se em Cedral, os passos para habilitar o município na Gestão Básica de Saúde, instalação do Conselho Municipal de Saúde, elaboração do Plano Municipal de Saúde, entre os requisitos necessários ao cumprimento da Política Nacional de Saúde.

### 3.2 Dados Demográficos

Cedral está localizado ao norte do Estado do Maranhão na Microrregião Ocidental Maranhense, rem como limite ao Norte o Município de Porto Rico do Maranhão, ao Sul o Município de Guimarães, a Leste o Oceano Atlântico e a Oeste os Municípios de Mirinzal e Cururupu. Sua extensão territorial é de 283,128 km<sup>2</sup>

Fica distante da capital do Estado, por via terrestre 460 Km de estradas asfaltadas, interligando-se ainda por via marítima e aérea. Utilizando-se o sistema de travessia marítima por ferry boat, a distância fica reduzida a 187 Km.

O município apresenta clima tropical semi-úmido, solo arenoso, vegetação de mangues e campos.

A densidade demográfica é de 36,36 habitantes por Km<sup>2</sup>.

Entre 2000 e 2010, a população de Cedral cresceu a uma taxa média anual de 0,50%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 20,18% para 23,28%. Em 2010 viviam, no município, 10.297 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 1,75%. No Maranhão, esta taxa foi de 1,53%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 19,40% para 20,18%.

**População Total, por Gênero, Rural/Urbana e Taxa de Urbanização - Cedral - MA**

População	Populaçã o (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	Populaçã o (2010)	% do Total (2010)
<b>População total</b>	8.380	100,00	9.793	100,00	10.297	100,00
<b>População residente masculina</b>	4.363	52,06	5.188	52,98	5.395	52,39
<b>População residente feminina</b>	4.017	47,94	4.605	47,02	4.902	47,61
<b>População urbana</b>	1.626	19,40	1.976	20,18	2.397	23,28
<b>População rural</b>	6.754	80,60	7.817	79,82	7.900	76,72

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

### Estrutura Etária da População - Município - Cedral - MA

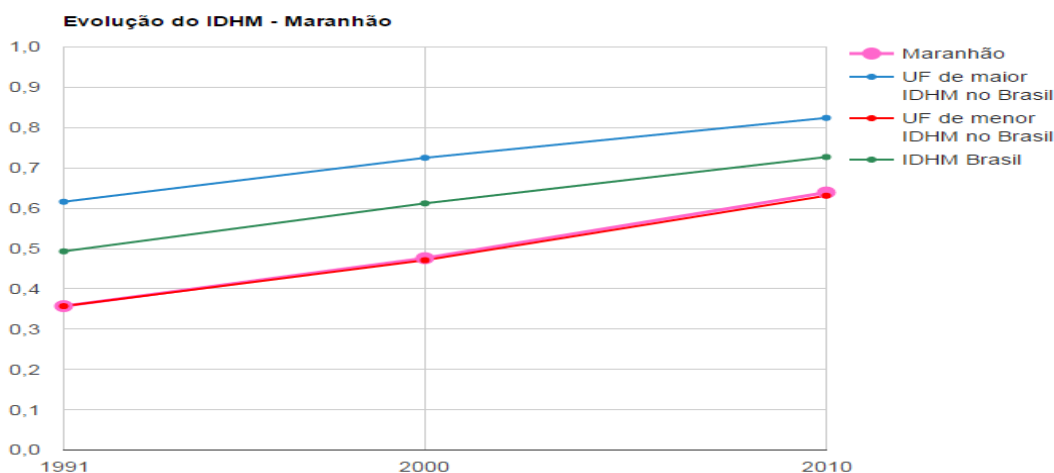
Estrutura Etária	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
Menos de 15 anos	3.735	44,57	3.516	35,90	2.969	28,83
15 a 64 anos	4.267	50,92	5.693	58,13	6.559	63,70
População de 65 anos ou mais	378	4,51	584	5,96	769	7,47
Razão de dependência	96,41	-	72,02	-	56,99	-
Taxa de envelhecimento	4,51	-	5,96	-	7,47	-

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

### 3.3 Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida importante para se avaliar o desenvolvimento econômico e a qualidade de vida de uma população a partir de critérios mais abrangentes que o PIB per capita que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. É formado por três componentes que possuem o mesmo peso de cálculo: longevidade, educação e renda.

No Maranhão IDHM passou de 0,476 em 2000 para 0,639 em 2010 - uma taxa de crescimento de 34,24%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM da UF e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 68,89% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,250), seguida por Longevidade e por Renda.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano

O Maranhão só não perde para o Estado de Alagoas com IDH de 0,631 entre as unidades da federação. O nível de seu desenvolvimento é apontado como médio na classificação oficial das Nações Unidas.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Cedral é 0,605, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,748, seguida de Educação, com índice de 0,570, e de Renda, com índice de 0,520.

#### Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Cedral - MA

IDHM e componentes	1991	2000	2010
<b>IDHM Educação</b>	0,184	0,344	0,570
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	10,72	22,11	39,49
% de 5 a 6 anos na escola	62,32	87,80	97,77
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	17,75	45,62	82,69
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	13,65	27,48	58,06
% de 18 a 20 anos com médio completo	2,84	10,79	35,15
<b>IDHM Longevidade</b>	0,504	0,625	0,748
Esperança de vida ao nascer	55,23	62,48	69,88
<b>IDHM Renda</b>	0,430	0,430	0,520
Renda per capita	116,05	115,86	202,86

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

## Evolução

### Entre 2000 e 2010

O IDHM passou de 0,452 em 2000 para 0,605 em 2010 - uma taxa de crescimento de 33,85%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 72,08% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,226), seguida por Longevidade e por Renda.

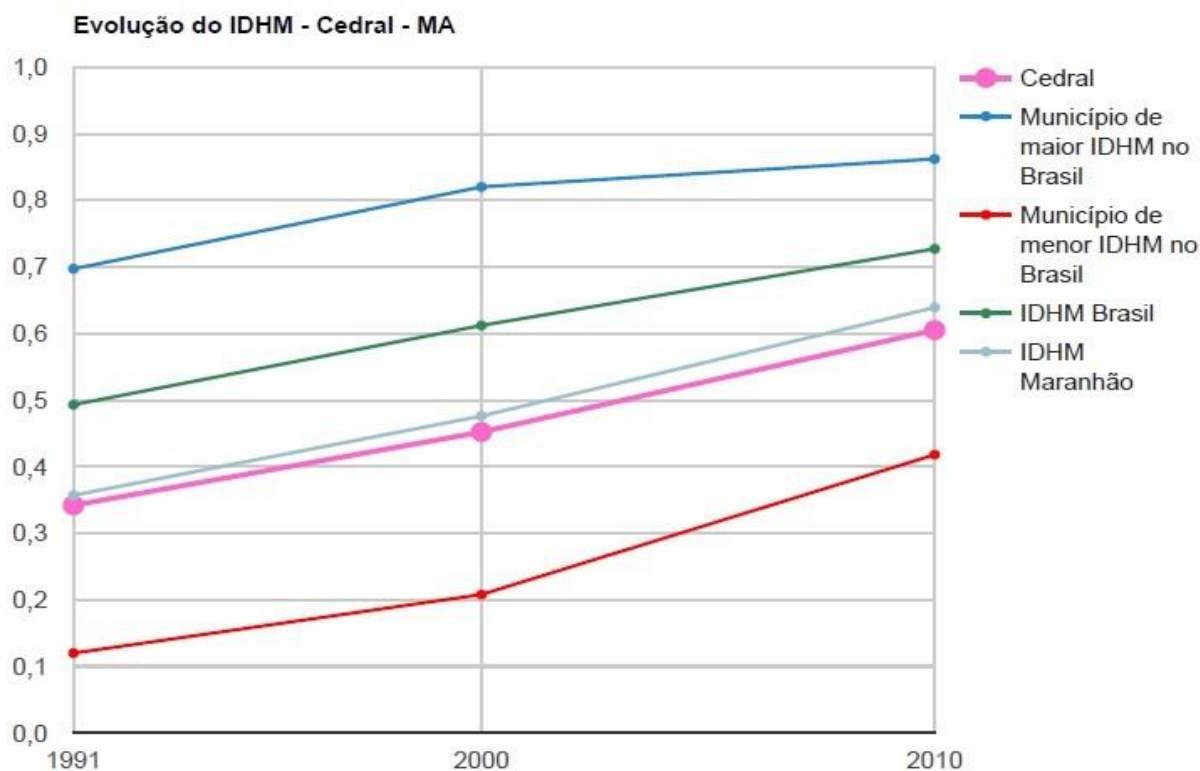
### Entre 1991 e 2000

O IDHM passou de 0,342 em 1991 para 0,452 em 2000 - uma taxa de crescimento de 32,16%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 83,28% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,160), seguida por Longevidade e por Renda.

### Entre 1991 e 2010

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,342, em 1991, para 0,605, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,493 para 0,727. Isso implica em uma taxa de crescimento de 76,90% para o município e 47% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 60,03% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,386), seguida por Longevidade e por Renda. No Maranhão, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.

Cedral ocupa a 4029ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).



Fonte: PNUD, Ipea e FJP

### 3.4 Educação

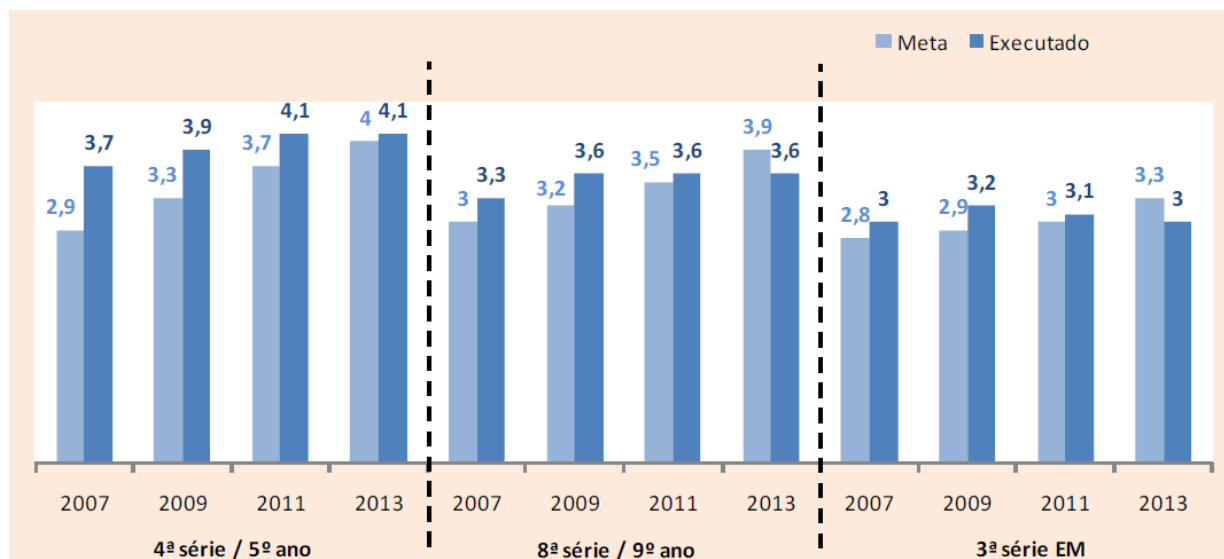
A educação é considerada por especialistas como um dos fatores determinantes para o desenvolvimento de uma região, estado e nação.

Os dados fornecidos pelo IBGE e MEC/INEP apontam que Maranhão é o segundo Estado do Brasil com maior percentual de pessoas com 15 anos ou mais de idade não alfabetizadas (19,9%).

Em relação aos indicadores de qualidade da educação, o Gráfico abaixo mostra os resultados do índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) no Maranhão para os anos iniciais (4ª série / 5º ano) e finais (8ª série / 9º ano) do ensino fundamental e a 3ª série do Ensino Médio. O IDEB é calculado a partir dos dados sobre aprovação, reprovação e percentual de abandono.

O gráfico mostra que todos os níveis de ensino atingiram as metas estabelecidas pelo MEC de 2007 a 2011 e em 2013 apenas os anos iniciais do ensino médio alcançaram a meta.

IDEB para os anos iniciais (4ª série / 5º ano) e finais (8ª série / 9º ano) do ensino fundamental e para a 3ª série do Ensino Médio, Maranhão



Fonte: INEP, IMESC, SES

No município de Cedral, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 97,77%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 82,69%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 58,06%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 35,15%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 35,45 pontos percentuais, 64,94 pontos percentuais, 44,41 pontos percentuais e 32,31 pontos percentuais.

Em 2010, 80,09% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 62,83% e, em 1991, 57,97%.

Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 3,69% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 0,21% e, em 1991, 0,00%.

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 22,11% para 39,49%, no município, e de 39,76% para 54,92%, no Maranhão. Em 1991, os percentuais eram de 10,72% ,no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 22,11% eram analfabetos, 31,89% tinham o ensino fundamental completo, 19,82% possuíam o ensino médio completo e 3,18%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%.

Os anos esperados de estudo indicam o número de anos que a criança que inicia a vida escolar no ano de referência tende a completar.

### 3.5 Trabalho e renda

Outro fator importante para se analisar e avaliar o desenvolvimento social e econômico da população é acompanhar o mercado de trabalho e renda. No Maranhão, (PNUD, IPEIA e FJP) entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) da UF passou de 62,04% para 58,78%. Ao mesmo tempo, a taxa de desocupação nessa faixa etária (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 10,86% para 8,56%.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais da UF, 30,45% trabalhavam no setor agropecuário, 0,46% na indústria extrativa, 4,96% na indústria de transformação, 8,34% no setor de construção, 0,69% nos setores de utilidade pública, 14,91% no comércio e 36,07% no setor de serviços.

A renda per capita média do Maranhão passou de R\$ 218,27, em 2000 para R\$ 360,34, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,49%. A taxa média anual de crescimento foi de 5,14%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 62,78%, em 2000 para 39,53%, em 2010.

<b>Renda, Pobreza e Desigualdade – Maranhão</b>			
	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Renda per capita (em R\$)	156,47	218,27	360,34
% de extremamente pobres	45,57	37,21	22,47
% de pobres	73,27	62,78	39,53
Índice de Gini	0,60	0,65	0,62

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

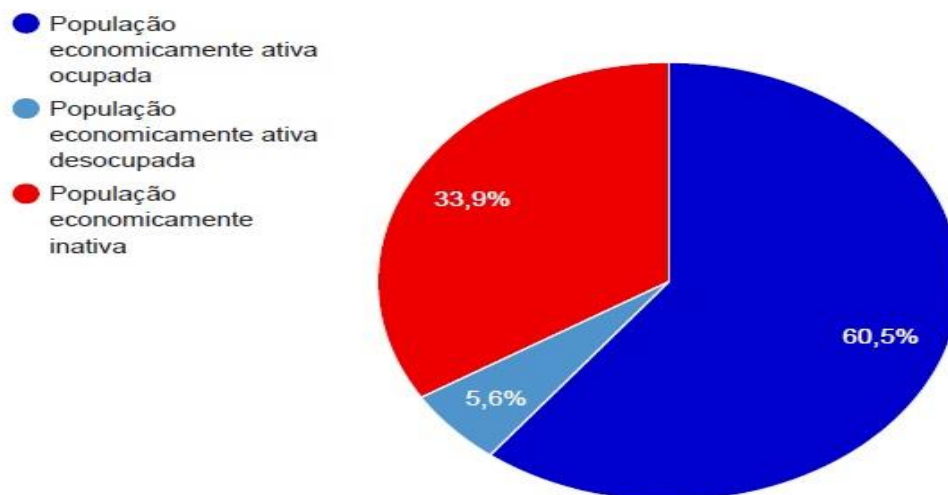
Um instrumento que possibilita fazer uma avaliação da distribuição de renda de um país é o índice de Gini, é um instrumento utilizado para mostrar a diferença de rendimentos entre os mais pobres e os mais ricos. Numericamente varia de zero a um. O valor zero representa situação de igualdade e o valor um, significa desigualdade máxima.

A renda per capita média de Cedral cresceu 74,80% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 116,05, em 1991, para R\$ 115,86, em 2000, e para R\$ 202,86, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 2,98%. A taxa média anual de crescimento foi de -0,02%, entre 1991 e 2000, e 5,76%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 73,30%, em 1991, para 74,06%, em 2000, e para 74,46%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,43, em 1991, para 0,47, em 2000, e para 0,56, em 2010.

<b>Renda, Pobreza e Desigualdade – Cedral – MA</b>			
	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>Renda per capita</b>	116,05	115,86	202,86
<b>% de extremamente pobres</b>	41,46	43,50	31,59
<b>% de pobres</b>	73,30	74,06	57,46
<b>Índice de Gini</b>	0,43	0,47	0,56

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 56,61% em 2000 para 60,50% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 5,27% em 2000 para 5,65% em 2010.

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



### Ocupação da população de 18 anos ou mais - Município - Cedral - MA

	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	56,61	60,50
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	5,27	5,65
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	17,17	15,85
<b>Nível educacional dos ocupados</b>		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	21,25	44,11
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	12,86	29,49
<b>Rendimento médio</b>		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	90,89	79,44
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	97,68	96,01
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	99,36	98,71

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 57,76% trabalhavam no setor agropecuário, 0,00% na indústria extrativa, 2,50% na indústria de transformação, 4,43% no setor de construção, 0,65% nos setores de utilidade pública, 9,55% no comércio e 23,16% no setor de serviços.

### 3.6 Saneamento Básico

O saneamento ou saneamento ambiental é o conjunto de ações sócio-econômicas que tem por objetivo alcançar níveis crescentes de **salubridade ambiental**, através dos seguintes meios: abastecimento de água potável, coleta e disposição sanitária de resíduos líquidos, sólidos e gasosos; promoção da

disciplina sanitária do uso e ocupação do solo; drenagem; controle de vetores e reservatórios de doenças transmissíveis, melhorias sanitárias domiciliares e demais serviços e obras especializadas com a finalidade de proteger e melhorar as condições de vida tanto nos centros urbanos quanto nas comunidades rurais.

Em sentido mais restrito, saneamento básico compreende os serviços de abastecimento de água potável e de esgotamento sanitário, que abrangem as atividades e respectivas infra-estruturas e instalações operacionais de captação, adução e tratamento de água bruta; adução, reservação e distribuição de água tratada; coleta, transporte, tratamento e disposição de esgotos sanitários.

### 3.6.1 Habitação

<b>Indicadores de Habitação - Município - Cedral - MA</b>			
	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>% da população em domicílios com água encanada</b>	10,54	28,39	91,11
<b>% da população em domicílios com energia elétrica</b>	59,16	94,55	99,58
<b>% da população em domicílios com coleta de lixo</b>	-	42,28	91,39

## 3.7 Vulnerabilidade Social

### Vulnerabilidade Social - Município - Cedral - MA

<b>Crianças e Jovens</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Mortalidade infantil	96,78	51,47	29,80
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	66,55	58,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	17,08	4,58	2,08
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	21,78	21,57
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	3,82	5,18	5,88
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	4,27	5,07
<b>Família</b>			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	18,19	23,72	27,52
% de vulneráveis e dependentes de idosos	1,78	11,33	7,34
% de crianças extremamente pobres	52,15	53,89	40,49
<b>Trabalho e Renda</b>			
% de vulneráveis à pobreza	89,56	91,65	79,30
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	73,26	57,48
<b>Condição de Moradia</b>			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	10,00	8,42	48,45

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

## 3.8 Vigilância Sanitária e Ambiental

A Superintendência de Vigilância Sanitária -SUVISA adotando o mesmo caminho elaborou o diagnóstico de execução das ações de Vigilância Sanitária -VISA / Vigilância em Saúde Ambiental -VSA

(ciclo 2012-2015) e constituiu as novas metas para 2016-2019 com o apoio de todas as suas áreas de trabalho, observando os resultados das Supervisões realizadas nas VISAS municipais; de inspeções/fiscalizações; dos indicadores 41 e 53; diretrizes do Governo do Estado que apontaram as necessidades de melhorias, as diretrizes para modificações de contextos e cenários no âmbito de ações de Vigilância Sanitária.

Estamos construindo novo marco nas ações de Vigilância Sanitária que já se iniciam em 2015, através:

- da implantação e implementação do sistema EMPRESA FÁCIL, onde todo processo de legalização de empresas está em uma rede informatizada e integrada por vários Órgãos (JUCEMA, RECEITA FEDERAL, SEFAZ, CORPO DE BOMBEIROS, SEMFAZ, SECRETARIA DE MEIO AMBIENTE, com o apoio do SEBRAE) e se amplia a vários municípios (Vigilâncias Municipais, por adesão). Um passo importante no caminho da reorganização e desburocratização de processos e procedimentos de registro e licenciamento de empresas e, por conseguinte, aumento na arrecadação;
- da implantação da RDC 49/2013 no Estado, com a capacitação e habilitação das VISAS Municipais para realizarem o licenciamento de Micro empreendedor individual, Empreendimento familiar rural e o Empreendimento econômico solidário seguindo os critérios de desburocratização dos processos de licenciamento e com novo olhar sobre a classificação e controle de risco sanitário;
- da ação integrada de intervenção em riscos sanitários em Parceria com o Ministério de Agricultura, Ministério Público, Secretarias de Estado e Municipais de Educação, Secretaria de Meio Ambiente e com as Superintendências de Atenção Primária, de Epidemiologia e Saúde do Trabalhador;
- Reestruturação gerencial dos processos internos de trabalho.

As ações de Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) foram iniciadas no âmbito da Gerência de Qualidade de Vida (GQV), no ano de 2002, com a implantação do Programa de Vigilância da Qualidade da água para consumo humano (VIGIÁGUA), conforme Portaria GQV Nº 78, DE 17 DE JULHO DE 2002. Em 2004, por meio do Decreto nº 20.818, de 06 de outubro de 2004, a VSA foi incorporada no âmbito estadual, na estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde (SES), como um serviço da Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA). Atualmente na estrutura, funciona como um Departamento desta mesma Superintendência.

A VSA tem como objetivo, realizar ações de promoção e proteção à saúde, eliminando e/ou reduzindo a exposição humana a fatores ambientais prejudiciais à saúde. Essas ações são desenvolvidas através dos Programas: **VIGIÁGUA** - Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano; **VIGISOLO** - Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Populações Expostas a Solo Contaminado; **VIGIAR** - Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Populações Expostas à Poluição do Ar; **VIGIDESASTRE** - Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada Populações Expostas a Desastres ou Emergências e, **VSPEA** - Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Populações Expostas a Agrotóxicos.

A Vigilância em Saúde Ambiental foi concebida de forma abrangente e sua implementação atende ao princípio de descentralização preconizado pelas Diretrizes do SUS, respeitando as peculiaridades político-administrativas municipais. Tem suas ações financiadas por recursos repassados fundo a fundo aos municípios pelo Ministério da Saúde, no bloco financeiro da Vigilância em Saúde, que se somam à contrapartida dos municípios, de acordo com o que é pactuado nos Planos de Ação, instrumento que se destina à pactuação de ações e metas da VSA.

## **VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO**

O Programa da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIÁGUA foi iniciado em 2002, e compreende um conjunto de ações adotadas continuamente pela autoridade de saúde pública para verificar se a água consumida pela população atende à esta norma e para avaliar os riscos que os sistemas e as soluções alternativas de abastecimento de água representam para a saúde humana. Os objetivos desse programa são os seguintes:

- Avaliar o potencial de risco associado à água de consumo humano de sistemas e de soluções alternativas de abastecimento;
- Fornecer subsídios à definição de estratégias de ação nas políticas de saneamento local, regional e federal;
- Monitorar a qualidade distribuída pelo sistema e solução de água;
- Reduzir a morbi-mortalidade das doenças associadas à água de consumo humano.

O programa compreende as seguintes ações: Inspeção dos sistemas e soluções coletivas e individuais de abastecimento de água, o cadastro dos sistemas e soluções de abastecimento de água, as coletas e análise para o controle e a vigilância da qualidade da água de consumo humano.

No Maranhão, diante do processo de descentralização ainda insipiente, e considerando a grande demanda em VSA que está posta para os gestores estaduais e municipais, a Vigilância Estadual realizou ações do VIGIAGUA **em 135 municípios**, em caráter suplementar, no período de 2012 a 2015, **totalizando 469 inspeções**; 1.058 coletas de água para consumo humano nos sistemas de abastecimento de água; e o cadastramento no Sistema de Informação da Água (SISAGUA) de 420 cadastros dos sistemas e soluções alternativas coletivas de abastecimento de água. Veja a Figura abaixo com as principais ações/atividades desenvolvidas pela VSA estadual no período de 2012 a 2015, por Região de Saúde.

Atualmente, **90 municípios descentralizaram** ou realizam alguma ação em **Vigilância em Saúde Ambiental**, apesar de mais de 90% dos municípios terem sido visitados pela equipe da VSA estadual para sensibilização dos gestores municipais e terem sido realizadas capacitações para profissionais dos municípios, visando à descentralização das ações de VSA. Veja a Figura abaixo com a distribuição de VSA implantada por Regional de Saúde. Por outro lado, os municípios que já descentralizaram as ações de VSA apresentam também grande dificuldade na manutenção das ações, conforme resultados apontados nas Supervisões.

Os gestores municipais, em sua maioria, justificam a não realização das ações devido à carência de insumos, equipamentos, transporte, internet e recursos humanos, embora tenham assumido o compromisso de estruturar e executar as ações da VSA em seu município no Plano de Ação que foi apresentado à Equipe da VSA estadual como condição para a descentralização. Nas supervisões de acompanhamento à execução das ações dos planos tem-se observado:

- A falta de sensibilidade dos gestores municipais quanto à aplicação dos recursos financeiros nas ações de Vigilância em Saúde Ambiental;
- Falta de compromisso por parte das equipes de alguns municípios em executar as ações de vigilância;
- A ocorrência de alta rotatividade nos municípios, no que se refere ao quadro de profissionais e de gestores comprometendo a qualidade e continuidade das ações e gerando uma demanda permanente de capacitação a ser atendida pela VSA estadual;
- Os recursos financeiros nos municípios de menor porte são insuficientes para implantação e implementação das ações de VSA.

Outro fator que tem prejudicado a descentralização das ações da VSA é a dificuldade na implantação dos laboratórios de análise de água de baixa complexidade, doados pelo Ministério da Saúde.

Dos doze laboratórios doados, apenas quatro foram implantados, nos municípios de Imperatriz e Caxias, e nas Regionais de Saúde de Chapadinha e Pedreiras.

Assim, tem-se, de um lado, o número insuficiente de laboratórios considerando a grande extensão territorial do nosso estado, e de outro, a falta de recursos financeiros específicos para a manutenção desses laboratórios, que dificultam o alcance das metas do Pacto de Gestão, especialmente a realização das análises de vigilância da qualidade da água para consumo humano, referente ao parâmetro coliforme total.

### **Do financiamento das VISAS MUNICIPAIS**

De 2012 a 2013 os municípios recebiam piso fixo anual de R\$7.200,00 e trimestralmente R\$ 2.400,00. Para ampliar o recurso necessitavam aprovar a PAS (Programação Anual de Saúde).

Após aprovação pela CIB, o município passava a receber (+0,21) por habitante (piso estratégico). Em 2014, com a Portaria 475/2014, os municípios passaram a receber somente o piso fixo no valor de R\$12.000,00 para os municípios que possuem até 20mil hab. e R\$0,60 por habitante para aqueles municípios com mais de 20 mil hab.

A Portaria 59/2015 atualizou os valores de repasses de recursos financeiros federais do componente de VISA, do bloco de financiamento para VISA para Estados e Municípios destinados à execução das ações de VISA em função do ajuste populacional.

Cumprindo o processo de monitoramento das ações de VISA junto às Vigilâncias Municipais identificou-se no período de 2012-2015 constante Bloqueio de Recursos transferidos fundo a fundo (ANVISA/FNS). Esse bloqueio é decorrente da não alimentação do sistema SAI/SUS, conforme requisito legal contida na Portaria 1378/2013.

Essa dificuldade na alimentação do sistema SAI/SUS pelos municípios enfraquece, consideravelmente, a execução das ações de VISA.

### **DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE VISA/ VSA**

*“... Quem monitora, avalia. Quem avalia, confirma ou corrige, exercendo o poder de dirigir consciente. Para fazer monitoramento é necessário que haja produção sistemática e automatizada de informações relevantes, precisas e sintéticas. Dados devem ser oportunos para lidar com cada processo e suas peculiaridades...”  
(NOGUEIRA, 2008)*

O monitoramento das ações de VISA/VSA dar-se-a por meio das seguintes atividades:

- Análise dos resultados dos programas e ações contidos no SISPCA;
- Relatórios gerados com resultados dos indicadores dimensionados neste Plano através dos RAGS trimestrais e no PPA;
- Monitoramento dos resultados contidos no sistema SIA/SUS;
- Reuniões com as Comissões e Conselhos (CIR, CMS, CES);

A avaliação dos alcances dar-se por meio:

- Da constituição de Mesas de trabalho para avaliação do alcance de cada objetivo;
- Através dos processos de capacitação

- Pelos resultados dos indicadores

## **4 REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO**

A Unidade Gestora de Regulação, Controle e Avaliação, faz parte da Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde e compete: participar da definição da Política Estadual de Saúde; coordenar, elaborar a programação das ações e serviços, controlar, e avaliar os Serviços de Saúde sob gestão estadual; determinar procedimentos de auditoria médica; analisar as informações dos Sistemas Ambulatorial (SIA) e de Internação (SIH); programar a necessidade de serviços de saúde para a população do Estado; avaliar e acompanhar a assistência da saúde da população; coordenar os Serviços de Alta Complexidade; processar a produção dos Estabelecimentos de Saúde sob gestão estadual; coordenar as Diretrizes da Política Estadual de Urgência e Emergência de acordo com as normas do Ministério da Saúde e em parcerias com os Municípios. Regular o atendimento dos usuários do SUS por meio da Central de Regulação e acompanhar a execução dos contratos e convênios e participar do processo de pagamentos.

### **Compõe-se de Dez Departamentos:**

Departamento de Programação das Ações e Serviços de Saúde; Departamento de Contratos e Convênios; Departamento de Processamento de Informação; Departamento de Média Complexidade; Departamento de Alta Complexidade; Departamento de Contas e Serviços Assistenciais; Departamento de Regulação Assistencial; Departamento de Regulação das Urgências; Departamento de Auditoria do Sistema de Saúde; Departamento de Tratamento Fora do Domicílio.

### **4.1 Ouvidoria do SUS**

As ações da Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde, inseridas no Plano Estadual de Saúde – PES 2012 – 2015 como um dos eixos da Ação de Regulação, Controle e Avaliação, que por sua vez tem o objetivo de aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde- SUS para que a população tenha acesso integral às ações e serviços de média e alta complexidade, com qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde para a redução das iniquidades e para promoção da qualidade de vida dos maranhenses com o compromisso e responsabilidade na construção da Gestão Participativa; visa promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS junto à população em geral e de maior vulnerabilidade com vistas ao fortalecimento da participação social.

Para atender a este objetivo e responsabilidades, no período de 2012 a 2015, a Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde, desenvolveu suas atividades no sentido de Implementar a Ouvidoria do Sistema Estadual de Saúde enquanto espaço de controle social, participação social, instrumento de avaliação gerencial e dispositivo da Política de Humanização, no sentido de fortalecer a Gestão Participativa e contribuir para melhoria da qualidade dos serviços de saúde, estabelecendo as seguintes metas, as quais se definiram as seguintes metas:

**META 1 - SENSIBILIZAR 100% DOS MUNICÍPIOS PARA DESCENTRALIZAÇÃO DA OUVIDORIA DO SUS NO ESTADO DO MARANHÃO.**

**META 2 - AMPLIAR A REDE INFORMATIZADA DA OUVIDORIA COM INTERLOCUTORES DE 26,4% PARA 100%.**

**META 3 - APOIAR A IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIAS EM 50% DOS MUNICÍPIOS ACIMA DE 100MIL HABITANTES COM OU SEM SERVIÇO DE TELE ATENDIMENTO.**

## **META 4 – DIVULGAÇÃO DA OUVIDORIA**

### **REGIÃO DE PINHEIRO**

Esta Região de Saúde comporta uma população correspondente a 373.819 habitantes, que ocupam os territórios dos municípios de Apicum-açu, Bacuri, Bequimão, Cedral, Central do Maranhão, Cururupu, Guimarães, Santa Helena, Mirinzal, Pedro do Rosário, Peri-Mirim, Pinheiro, Porto Rico do Maranhão, Presidente Sarney, Serrano do Maranhão, Turiaçu e Turiândia.

A Ouvidoria da SES visitou 100% dos municípios desta Região no sentido de sensibilizá-las sobre o significado das ouvidorias do SUS para a Gestão e Controle, objetivando a ampliação de Rede das Ouvidorias no estado do Maranhão.

Deste universo de municípios visitados, apenas 29% estão conectados a Ouvidoria da SES por meio do Sistema Informatizado possibilitando uma interlocução mais rápida no fluxo da demanda. Todavia, nenhum município apontou para pactuação do indicador “Proporção de Ouvidorias Implantadas” neste período.

#### **4.2 Auditoria**

A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) contribuindo para a utilização adequada dos recursos, garantia do acesso e da qualidade da atenção a saúde oferecida aos usuários.

O Componente Estadual de Auditoria, integrante da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão – SES/MA exercerá a atividade de auditoria sobre as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

As atividades de auditoria objetivam a constatação da legalidade, da economicidade e do cumprimento dos direitos e obrigações de execução das ações para desenvolvimento da assistência à saúde e também dos atos de gestão, com o propósito de certificar a exatidão e regularidade das contas apresentadas em relação às informações constantes nos documentos técnicos e contábeis da gestão.

No Plano Estadual de Saúde 2016-2019, as atividades do Serviço de Auditoria da Secretaria de Estado da Saúde foram planejadas para serem desenvolvidas em conjunto com a Unidade de Regulação, Controle e Avaliação.

#### **Região de Saúde de Pinheiro - Situação Atual**

- Novos municípios foram habilitados em Gestão Plena;
- Os Municípios com definição anterior de Gestão Plena foram sensibilizados para estruturação do SNA – Componente Municipal.

#### **Dificuldades Encontradas**

- Desarticulação com o Conselho Municipal de Saúde e com a Câmara Municipal, para elaboração e agilização do fluxo da legislação que institui o SNA Municipal;
- Desconhecimento ou relutância dos Gestores na aceitação da importância da auditoria como instrumento de gestão, prejudicando a Pactuação do Indicador 66, através do SISPACTO;
- Inexistência do setor Auditoria no organograma da secretaria municipal de saúde.

#### **Propostas Sugeridas**

- Sensibilização dos novos municípios habilitados em Gestão Plena;

- Oficinas de capacitação dos técnicos municipais dos municípios já sensibilizados;
- Parceria com a Regional de Saúde
- Apoio logístico nos itens da estruturação aos Municípios que pactuaram o indicador 66;
- Articulação junto ao DENASUS/MS para capacitação de 2 (dois) técnicos dos municípios da Região que pactuaram o indicador 66 no SISPACTO 2015, participando do Curso Nacional de Qualificação de Auditorias do SUS;
- Articulação com a CIR.

## 5 REDE DE ASSISTENCIA A SAÚDE

A Rede Assistencial de Saúde sob Gestão Estadual atualmente tem estrutura operacional sessenta e três (63) Unidades de Saúde. Fazem parte desta estrutura hospitais e demais estabelecimentos de saúde próprios, classificados em 9 portes, de acordo com o Nível de Complexidade de seus serviços e área de abrangência.

As Unidades de Saúde Estadual em relação às referências e contra referências seguem recomendação do Plano Diretor de Regionalização – PDR.

### 5.1.1 Situação Diagnóstica da Região de Saúde Pinheiro – 12

Esta Região está constituída por dezessete (17) Municípios e uma população de 388.240 hab. Realiza ações de Média Complexidade de acordo com sua Capacidade Instalada em anexo, no Município de Pinheiro existe um Hospital Macrorregional Drº Jackson Lago, sob Gestão Estadual que realiza atendimentos nas Clínicas Médica, Cirúrgica, Ortopedia, Pediatria, Neurocirurgia além de uma UTI Adulto com 10 leitos. Para esses atendimentos, houve pactuações entre as Regiões de Saúde Pinheiro, Viana e Zé Doca, portanto esse Hospital será referência para essas Regiões. Os Serviços de Alta Complexidade dessa Região são referenciados para a Região de Saúde de São Luís.

### Estabelecimento de Saúde segundo Esfera Administrativa

REGIONAL	MUNICIPIO	CNES	UNIDADE DE SAÚDE	NAT
PINHEIRO	APICUM-ACU	7481063	HOSPITAL MUNICIPAL SEBASTIANA FONSE	Mun
	BACURI	3386023	HOSPITAL BIBI MONTELO	Mun
	BEQUIMAO	2726688	HOSPITAL MUNICIPAL DE BEQUIMAO	Mun
	CEDRAL	2461641	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA ASSUNCAO	Mun
	CENTRAL DO MARANHÃO	3588572	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHOR	Mun
	GUIMARAES	4007514	HOSPITAL MARIA ALICE COUTINHO	Mun
	GUIMARAES	5349567	CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL	Mun
	MIRINZAL	7667299	HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE	Mun
	MIRINZAL	3895572	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS	Mun
	PEDRO DO ROSARIO	2464268	HOSPITAL PEDRO CUNHA MENDES	Mun
	PERI MIRIM	2460726	HOSPITAL SAO SEBASTIAO	Mun
	PORTO RICO DO MARANHÃO	2464225	UNIDADE MISTA MARIZELIA DE JESUS DO	Mun
	PRESIDENTE SARNEY	2613824	CENTRO DE SAÚDE RAIMUNDO BARROSO	Mun
	SERRANO DO MARANHÃO	2614103	CENTRO DE SAÚDE ROSEANA SARNEY	Mun
	SERRANO DO MARANHÃO	7554958	HOSPITAL MUNICIPAL NEREDES RODRIGUE	Mun
	TURIACU	2462184	UNIDADE MISTA ELVIRA CARVALHAL	Mun
	TURILANDIA	3444651	CENTRO DE SAÚDE SANTO ANTONIO	Mun
PINHEIRO	3520307	NUCLEO DE HEMOTERAPIA DE PINHEIRO	Est	
CURURUPU	2454696	SANTA CASA	Priv	
MIRINZAL	2457334	LABORATORIO PADRAO	Priv	

## Hospitais de 20 Leitos

REGIÃO	MUNICÍPIO	CNES	HOSPITAL	GESTÃO
PINHEIRO	APICUM AÇU	7481063	HOSPITAL MUNICIPAL SEBASTIANA FONSECA COSTA	Municipal
	BEQUIMAO	2726688	HOSPITAL MUNICIPAL DE BEQUIMÃO	Dupla
	PRESIDENTE SARNEY	7743629	HOSPITAL MUNICIPAL BOM JESUS	Dupla
	SERRANO DO MA	7554958	HOSPITAL MUNICIPAL NEREDES RODRIGUES	Dupla

Estes hospitais de 20 Leitos vêm realizando internações em clínica médica e parto de risco habitual, recebem incentivos concedidos por meio da Portaria SES n.º 113/15 para qualificação da Gestão Hospitalar (IEQGH), despesas decorrentes de manutenção e funcionamento dos 20 Leitos, de acordo com o Termo de Adesão assinado pelo Gestor Municipal se comprometendo a realizar os serviços de média complexidade e apresentar produção no sistema ambulatorial e hospitalar de acordo com o estabelecido no Sistema Único de Saúde.

### 5.1.2 Rede de Atenção às Urgência e Emergência

A Rede de Urgência e Emergência foi elaborada contemplando os componentes programados abaixo:

#### ➤ Componentes Programados:

- Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde
- Atenção Básica
- Samu
- Upa
- Atenção Hospitalar
- Sala de Estabilização
- Atenção Domiciliar
- Porta de Entrada
- Leitos Clínicos para Retaguarda
- UTI

Dentre os componentes Liberados foram contemplados a Porta de Entrada nas Unidades de Saúde Santa Casa de Misericórdia e Hospital Drº Atenor Abreu. Os Leitos Clínicos de Retaguarda foi contemplado no Hospital Regional da Baixada.

#### ➤ Componentes liberado pelo MS:

- Porta de Entrada
- Leitos Clínicos para Retaguarda

#### 5.1.2.1 Atenção Domiciliar Programado

Com vistas a fortalecer o Serviço de Atendimento Domiciliar, a RUE pretende montar sua estrutura da atenção domiciliar nos municípios de Pinheiro, Santa Helena, Guimarães, Bacuri, Bequimão, Cururupu e Pedro do Rosário, sendo que os municípios de Bacuri, Cururupu, Guimarães e Pedro do Rosário, pleitearão uma equipe EMAD cada. Os municípios de Pinheiro e Bequimão pleitearão uma equipe EMAD e

uma equipe EMAP cada. E o município de Santa Helena pleiteará duas equipes EMAD e duas equipes EMAP. Todos com cronograma de implantação para 2018. O propósito é organizar o sistema para cuidados prolongados, com a humanização e fortalecimento da rede, sempre em busca da prestação de serviço de qualidade para a população dos municípios que integram a CIR de Pinheiro.

Município	Unidade/ instituição	População	EMAD	EMAP
Pinheiro	UBS Campinho	79.566	1	
	UBS do João Castelo			1
Bequimão	Hospital Estadual de Bequimão	20.773	1	1
Cururupu	Santa Casa de Misericórdia de Cururupu	32.487	1	1
Pedro do Rosário	Hospital Municipal Pedro Cunha Mendes	23.454	1	1
Turiaçu	Hospital Estadual de Turiaçu	34.333	1	1
Santa Helena	Centro de Saúde Drº Antenor Abreu	40.356	1	1
	Centro de Saúde José Jinkigs Leite		1	1
Guimarães	Hospital e Maternida Maria Alice Coutinho	11.997	1	
Bacuri	Hospital Bibi Montelo	17.437	1	

#### 5.1.2.2 Organização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

A região de Pinheiro possui 1 (uma) Unidade de Suporte Básico de Vida Avançado (USA), 1 (uma) Central de Regulação e 2 (duas) Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre, e para ampliação desse serviço é necessário que outros municípios tenham o mesmo serviço para ter maior resolubilidade na assistência as Urgências, portanto para que haja a expansão deste serviço em Pinheiro e na Região os Municípios de Pinheiro, Cururupu e Santa Helena estão pleiteando 5 (cinco) Unidades de Suporte Básico de Vida 01 (uma) em Pinheiro, 03(três) para Cururupu e 01 (uma) para Santa Helena e 03 (três) Unidade de Suporte Avançado de Vida a ser implantada em 2018, sendo 1 (uma) em Cururupu, 1 (uma) em Pinheiro e 1 (uma) em Santa Helena, e 4 (quatro) motolâncias, sendo 1 (uma) para Cururupu, 1 (uma) para Santa Helena e 2 (duas) para Pinheiro. Os municípios de Bequimão, Mirinzal, Guimarães e Pedro do Rosário propõe a implantação de Base descentralizada, pleiteando um total de 04 (quatro) Unidades de Suporte Avançado e 04 (quatro) Unidades de Suporte Básico.

CENTRAL SAMU	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	GESTÃO
Avançado SAMU	Cururupu - Implantar BASE	32.478	Municipal
Avançado SAMU	Santa Helena - Implantar BASE	40.356	Municipal
Central de Regulação	Pinheiro	79.566	Municipal
Cobertura	Bacuri	17.437	Municipal
BASE DESCENTRALIZADA	Bequimão - Implantar BASE	20.773	Municipal
Cobertura	Cedral	10.374	Municipal
Cobertura	Central do Maranhão	8.120	Municipal
BASE DESCENTRALIZADA	Apicum - Açú - Implantar BASE	15.542	Municipal
Cobertura	Serrano do Maranhão	10.545	Municipal
Cobertura	Porto Rico do Maranhão	5.978	Municipal

BASE DESCENTRALIZADA	Mirinzal - Implantar BASE	14.402	Municipal
BASE DESCENTRALIZADA	Guimarães - Implantar BASE	11.997	Municipal
BASE DESCENTRALIZADA	Pedro do Rosário - Implantar BASE	23.454	Municipal
Cobertura	Turiaçu	34.333	Municipal
Cobertura	Presidente Sarney	17.686	Municipal
Cobertura	Turilândia	23.694	Municipal
Cobertura	Peri Mirim	13.898	Municipal

### 5.1.2.3 Produção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade da Região

Descrição	Ano 2014		Ano 2015		Ano 2016		Ano 2017	
	Qtd. Aprovado	Valor Aprovado	Qtd. Aprovado	Valor Aprovado	Qtd. Aprovado	Valor Aprovado	Qtd. Aprovado	Valor Aprovado
Ambulatorial	6.339.736	4.886.734,67	6.584.119	6.114.908,25	5.217.874	7.757.330,66	5.362.937	8.791.139,08
Hospitalar	23.603	8.764.402,26	24.881	9.273.213,85	25.635	11.173.380,11	27.489	12.223.426,66
<b>Total</b>	<b>6.386.942</b>	<b>13.651.136,93</b>	<b>6.609.000</b>	<b>15.388.122,10</b>	<b>5.243.509</b>	<b>18.930.710,77</b>	<b>5.390.426</b>	<b>21.014.565,74</b>

### 5.1.3 Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

Esta Região encontra-se em processo de reestruturação da Rede de Assistência à Saúde, realiza os serviços de Média Complexidade os Serviços de Prevenção de Lesões Precursoras do Câncer do Colo Uterino (SRC) e Serviços para Prevenção e Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM), ainda não habilitados junto ao MS. Em relação aos serviços de Alta Complexidade Eixo Oncologia, Doenças Renais Crônicas, Sobrepeso e Obesidade os pacientes dessa região são referenciados para São Luís.

#### 5.1.3.1 Hemorrede da Região

A Região conta com: 02 Núcleos de Hemoterapia em Pinheiro funcionando Integralmente, um desses Núcleos funciona como Agência Transfusional. No município de Cururupu existe 01 Agência Transfusional funcionando, mas apresenta déficit em recursos humanos.

### 5.1.4 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002) define, como propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A Região de Saúde de Pinheiro/MA possui 132.651 pessoas com algum tipo de deficiência, que corresponde a 35,49% do total da população. Desse total, 20.212 são pessoas com deficiência auditiva, 76.467 são pessoas com deficiência visual, 30.644 pessoas com deficiência motora e 5.328 são pessoas com deficiência intelectual, segundo o censo do IBGE 2010, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Município	População 2010	Tipo de deficiência
-----------	----------------	---------------------

		Física	Auditiva	Visual	Intelectual
Apicum-Açu	14.959	1.332	732	3.588	231
Bacuri	16.604	1.401	1.041	3.614	299
Bequimão	20.344	1.991	1.488	5.466	218
Cedral	10.297	919	470	2.060	154
Central do Maranhão	7.887	668	423	1.415	101
Cururupu	32.652	2.825	1.696	7.541	449
Guimarães	12.081	991	715	2.967	209
Mirinzal	14.218	1.259	799	3.149	177
Pedro do Rosário	22.732	1.682	1.386	4.572	504
Peri Mirim	13.803	1.027	644	3.191	127
Pinheiro	78.162	6.916	4.562	16.412	1.401
Porto Rico do Maranhão	6.030	377	231	1.294	52
Presidente Sarney	17.165	1.042	833	2.820	240
Santa Helena	39.110	2.508	1.868	5.696	239
Serrano do Maranhão	10.940	729	420	2.229	118
Turiaçu	33.933	3.074	1.741	6.006	620
Turilândia	22.846	1.897	1.163	4.447	189
<b>TOTAL</b>	<b>373.763</b>	<b>30.644</b>	<b>20.212</b>	<b>76.467</b>	<b>5.328</b>

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

## PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA REDE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA REGIÃO DE PINHEIRO

CER	POPULAÇÃO 2010	CONSTRUÇÃO MS R\$	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS MS R\$	CUSTEIO MENSAL MS R\$
Cururupu	32.478	2.500.000,00	1.000.000,00	140.000,00
Pinheiro	78.162	2.500.000,00	1.000.000,00	140.000,00
Santa Helena	39.110	2.500.000,00	1.000.000,00	140.000,00

OFICINA ORTOPÉDICA	POPULAÇÃO 2010	CONSTRUÇÃO MS R\$	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS MS R\$	CUSTEIO MENSAL MS R\$
Pinheiro	78.162	250.000,00		18.000,00

### Dificuldades da Região de Pinheiro

A região necessita de maior aporte de recursos humanos especializados para potencializar as ações de Alta Complexidade nas áreas de Oncologia e Assistência Cardiovascular.

A falta de resolubilidade dos municípios em atenção básica, aumenta a demanda assistencial “evitável” para o município de Pinheiro, referência para a região.

Outro fator que dificulta a Região são os recursos financeiros insuficientes para o atendimento aos procedimentos de Média e Alta complexidade considerando que foram estimados com a população de

2004, data da última PPI, e foram colocados novos equipamentos em saúde sem a consequente atualização dos recursos federal.

A falta de um sistema de referência e contra-referência para a região dificulta o fluxo nos atendimentos de urgência e emergência e de alta complexidade.

## 5.2 Organização da Rede Municipal

O município de Cedral conta com 05 equipes da Estratégia Saúde da Família, garantindo uma cobertura de 100% da população.

1. UBS NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - 1 equipe de ESF/ESB;
2. UBS SAO SEBASTIAO JAQUAREQUARA PSFSB - 1 equipe ESF/ESB;
3. UBS DE PARATI PSFSB - 1 equipe de ESF/ESB;
4. UBS DE PERICAUA PSFSB - 1 equipe ESF/ESB;
5. USB PRAIA DO OITERO – 1 equipe ESF.

Quanto a Saúde Bucal o município conta com 04 equipes, apresentando cobertura de Saúde Bucal de 100,00 %. Ainda há pouca sensibilização sobre a importância e a valorização das ações de promoção e prevenção em saúde bucal. Há também a dificuldade na captação e adesão das gestantes ao tratamento odontológico, fazendo-se necessário, portanto, um maior investimento nas ações educativas.

Em 2013 a SMS aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), de forma a qualificar e valorizar os trabalhadores, ao passo que qualifica a atenção prestada e o acesso da população aos serviços da ESF. Além desta, outras estratégias são constantemente analisadas, como o Programa Mais Médicos, que aponta para a perspectiva de diminuir o número de equipes sem profissionais desta categoria.

### 5.2.1 Produção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade do município de Cedral

Descrição	Ano 2014		Ano 2015		Ano 2016		Ano 2017	
	Qtd. Aprovado	Valor Aprovado	Qtd. Aprovado	Valor Aprovado	Qtd. Aprovado	Valor Aprovado	Qtd. Aprovado	Valor Aprovado
Ambulatorial	92.722	26.044,80	128.211	144.337,15	125.988	145.028,44	105.531	74.658,48
Hospitalar	686	221.590,50	551	172.355,09	318	91.019,92	519	145.717,68
<b>Total</b>	<b>93.408</b>	<b>247.635,30</b>	<b>128.762</b>	<b>316.692,24</b>	<b>126.306</b>	<b>236.048,36</b>	<b>106.050</b>	<b>220.376,16</b>

5.2.2 Capacidade Instalada do Município Cedral

**POPULAÇÃO: 10.455**

UNIDADE DE SAÚDE EXISTENTE			EQUIPAMENTOS EXISTENTES		SERVIÇO DO MUNICÍPIO	RECURSOS HUMANOS			
TIPO	QTD	LEITOS	TIPO	QTD		ESPECIALIDADE	QTD	AMB.	HOSP.
Posto de Saúde	2	15	Equipo Odontológico	5	Estratégia de Saúde da Família	Cir. Dent. de Saúde da Família	4	160	0
Unidade Mista	1		Caneta de Baixa Rotação	1		Enfermeiro Saúde da Família	5	200	0
Unidade de Vigilância em Saúde	1		Compressor Odontológico	1		Farmacêutico Analista Clínico	1	20	10
Centro de Saúde/Unidade Básica	5		Amalgamador	1		Médico Cirurgião Geral	1	10	10
Secretaria de Saúde	1		Fotopolimerizador	1	Sem Classificação	Médico Clínico Geral	3	70	10
<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>LEITOS</b>		Reanimador Pulmonar/Ambú	2		Médico de Saúde da Família	5	200	0
<b>CIRÚRGICO</b>	<b>7</b>		Respirador Ventilador	2	Serv. de Vigilância em Saúde	Enfermeiro	2	80	0
Cirurgia Geral	7				Serv. De Apoio a Saúde da Família	Médico Pediatra	1	40	0
<b>CLÍNICO</b>	<b>4</b>				Serv. De Atenção ao Pré-natal, parto e nasc	Psicólogo	1	40	0
Clínica Geral	4				Regulação Assistencial dos Serviços de Saúde	Nutricionista	1	40	0
<b>OBSTÉTRICO</b>	<b>1</b>				Serv. de Atenção ao Paciente com Tb.	Fisioterapeuta	2	40	0
Obstetrícia Cirúrgica	1				Serv. de Diag. por Laboratório Clínico	Farmacêutico	1	40	0
<b>PEDIÁTRICO</b>	<b>3</b>								
Pediatria Clínica	3								
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>								

## **6 ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA**

A Assistência Farmacêutica (AF) engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e seu uso racional. Tem, portanto, caráter sistêmico e multidisciplinar e representa, atualmente, atividade de grande impacto financeiro no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, em razão da crescente demanda por medicamentos. As ações da AF devem estar fundamentadas nos preceitos da Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e na legislação específica da área.

### **A Assistência Farmacêutica no contexto do Sistema Único de Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde - SES**

A saúde, por meio da Constituição Federal de 1988, passou a ser entendida como direito social extensível a todos os brasileiros (art. 6º), e sua gestão como de competência comum à União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 23). O art. 196 estabelece ainda que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90) que em seu artigo 6º determina como campo de atuação do SUS a “formulação da política de medicamentos (...)” e atribui ao setor de saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”. A referida Lei aponta ainda para a necessidade de formulação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria GM/MS nº 3.916/1998.

A PNM tem por finalidades principais a garantia da necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Descreve também diretrizes e prioridades, que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

As diretrizes propostas por esta Política são: adoção da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME); regulação sanitária de medicamentos; reorientação da AF; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Assim como algumas novas diretrizes de AF apresentadas e referendadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338/04, a PNM remete e orienta para uma prática descentralizada, pactuada entre as esferas de gestão do SUS e com ações centradas no usuário, na comunidade e nos profissionais de saúde.

Em 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006) e o financiamento da AF passou a ser entendido como de responsabilidade comum às três esferas de gestão do SUS, devendo contemplar a aquisição tanto de medicamentos quanto de insumos, bem como a execução das ações necessárias à operacionalização da AF. A Portaria GM/MS nº 204, de 29/01/2007, regulamentou a forma de transferência dos recursos financeiros federais, estabelecendo o bloco de financiamento da AF e organizando-o em três componentes: básico, estratégico e “excepcional” – denominação esta alterada para “especializado” a partir da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26/11/2009.

Entre as novas legislações, destacam-se como marcos importantes do ponto de vista jurídico e administrativo, a Lei nº 12.401 e o Decreto nº 7.508. A Lei nº 12.401, de 28/04/2011, altera a Lei nº

8.080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Insere o Capítulo VIII, art. 19-M a 19-U, que conceitua a assistência terapêutica integral; define as atribuições do Ministério da Saúde - MS referentes à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de PCDT; cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – que assessora o MS nesta área. O Decreto nº 7.508, de 28/06/2011, regulamenta a Lei nº 8.080/1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, e dá outras providências. Os artigos 25 a 29 dizem respeito à AF, com foco na nova definição da RENAME, na competência sobre sua atualização, bem como do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, e no acesso universal e igualitário à AF.

### **Componente Básico da Assistência Farmacêutica– CBAF**

1.2 FINANCIADO PELAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO E GERENCIADO PELA ESFERA MUNICIPAL, ESTE COMPONENTE DESTINA-SE À AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE, COM BASE EM VALORES PER CAPITA. AS COMISSÕES INTERGESTORES BIPARTITE (CIB) DE CADA ESTADO ESTABELECEM O MECANISMO DE OPERACIONALIZAÇÃO DESSA SISTEMÁTICA, RESPEITANDO A APLICAÇÃO MÍNIMA DOS SEGUINTE VALORES MONETÁRIOS/HABITANTE/ANO: R\$ 5,10 PELA UNIÃO; R\$ 2,36 PELOS ESTADOS E R\$ 2,36 PELOS MUNICÍPIOS, CONFORME ESTABELECIDO NA PORTARIA GM/MS Nº 1.555, DE 30/07/2013 E RESOLUÇÃO CIB/MA Nº96/2014 DE 23/05/2014.

Recursos distintos são destinados ao financiamento dos seguintes medicamentos e insumos:

- Insumos complementares (tiras reagentes, lancetas para punção digital e seringas com agulha acoplada) destinados aos usuários diabéticos insulino dependentes e os medicamentos referentes ao anexos I e IV da RENAME 2014.

- Contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher: recurso de aquisição centralizada no MS, que efetua distribuição aos estados e estes aos municípios para a dispensação aos usuários, ou diretamente aos municípios cuja população seja superior a 500.000 habitantes;

- Insulina NPH 100 UI e Insulina Humana Regular 100 UI: de aquisição centralizada no MS e distribuição aos Estados, que por sua vez distribuem aos municípios para efetuarem a dispensação aos usuários.

Desde 2009, com a Resolução CIB/MA nº 208/2009 de 17/12/2009 quando foi implantado o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, os recursos financeiros pactuados pelas três esferas de gestão são transferidos aos municípios para aquisição de medicamentos destinados à atenção básica.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014. O financiamento é feito pela União e a programação, aquisição pela Unidade Gestora de Insumos Estratégicos - UGIE e a distribuição é feita pela Central de Abastecimento Farmacêutico- CAF.

Cabe a Secretaria Adjunta de Atenção à Saúde (SAAS) autorizar a CAF a distribuir esses medicamentos as farmácias das unidades prisionais do Estado.

## 7 GESTÃO EM SAÚDE

### 7.1 Regionalização

O Estado do Maranhão está constituído, de acordo com os critérios geográficos e epidemiológicos, por 19 (dezenove) Regiões de Saúde. Os referidos espaços territoriais foram homologados na CIB por meio da Resolução nº 44/2011 enquanto que a Resolução 46/2011 aprovou os Colegiados de Gestão Regionais do Estado do Maranhão, retificados posteriormente pela Resolução nº 66/2011 onde passaram a ser denominados de Comissão Intergestores Regionais - CIR.

#### DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL POR MUNICÍPIO E REGIÃO DE PINHEIRO - 2015

Região	IBGE	Municípios	População IBGE Estimada 2015	
			Município	Região
(12) Pinheiro 17 Municípios	210083	Apicum-Açu	17.948	388.240
	210130	Bacuri	17.335	
	210190	Bequimão	20.853	
	210310	Cedral	10.455	
	210312	Central do Maranhão	8.447	
	210370	Cururupu	30.913	
	210490	Guimarães	11.827	
	210680	Mirinzal	14.632	
	210825	Pedro do Rosário	24.475	
	210840	Peri Mirim	14.019	
	210860	Pinheiro	81.438	
	210905	Porto Rico do Maranhão	5.877	
	210927	Presidente Sarney	18.420	
	210980	Santa Helena	41.009	
	211178	Serrano do Maranhão	10.859	
	211240	Turiação	34.826	
	211245	Turilândia	24.907	

### 7.2 Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde- PGASS

A regulamentação da Lei 8.080/90, definida no Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, introduzem significativas mudanças no planejamento do Sistema Único de Saúde e obrigam a urgente reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde.

Soma-se a isto a publicação da Portaria Ministerial n.2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde e propõe como base os seguintes pressupostos:

I - Planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

II - Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

III - monitoramento, avaliação e integração da gestão do SUS.

IV - Planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

V - Compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;

VI - Transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;

VII - Concepção do planejamento de forma integrada, a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde.

Nesta perspectiva foi introduzida a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), cujas Diretrizes e Proposições Metodológicas foram pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Como principais aspectos inovadores, em relação aos processos anteriores de PPI, pode-se destacar a busca de estrita coerência com os demais instrumentos do planejamento em saúde, bem como daqueles da administração pública, aos quais deve ser subordinada, caracterizando-se como processo que lhes dá concretude, no âmbito da atenção à saúde.

A PGASS se coloca como instrumento de fortalecimento da governança regional, na medida em que se propõe a sistematizar os pactos entre os gestores das três esferas de governo, privilegiando este espaço como *locus* de negociação e estruturação da rede de atenção à saúde, integrando os serviços e os recursos disponíveis.

Assim, a PGASS enfatiza também o papel organizativo da rede de atenção, uma vez que a metodologia proposta incorpora ferramentas de apoio à reorganização dos serviços de saúde, partindo de estimativas de necessidades em saúde, que apontam para investimentos, antes de promover a alocação dos recursos de custeio, invertendo a lógica hegemônica que privilegia meramente a distribuição do recurso financeiro.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito regional, partindo da realidade municipal. Possui articulação com a Programação Anual de Saúde (PAS) de cada ente presente na região, dando visibilidade aos objetivos e metas estabelecidos no processo de planejamento regional integrado, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de promoção e assistência à saúde, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica. Como resultado desse amplo processo de discussão e identificação de necessidades é possível a priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde está fundamentada nos seguintes pressupostos:

a) Abranger as ações de assistência à saúde (Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica;

b) Ter como norteadora e orientadora das ações e serviços de saúde a Atenção Básica;

c) Manter coerência com os instrumentos do Planejamento, os Planos de Saúde e respectivas Programações Anuais de Saúde, expressando compromissos e responsabilidades de cada um, no âmbito regional;

d) Contribuir para a organização e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde nos territórios;

e) Ser desencadeada pelo planejamento regional integrado com temporalidade vinculada aos planos municipais e com atualizações periódicas;

f) Ocorrer nas regiões de saúde, como atribuição das CIR, sendo necessária a harmonização dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas SES e pactuado nas CIB;

g) Ser realizada em todas as regiões de saúde de cada estado;

h) Subsidiar os dispositivos de regulação, controle, avaliação e auditoria;

i) Apontar, no nível regional, o déficit de custeio e necessidade de Investimentos para a rede de atenção à saúde.

Do ponto de vista metodológico, a PGASS foi subdivida em quatro etapas, possibilitando a melhor operacionalização da proposta de modo sistêmico, conforme sua abrangência e escopo:

a) Etapa I – Harmonização das diretrizes, objetivos e metas dos Planos de Saúde, dos três entes federados, no âmbito regional;

b) Etapa II – Modelagem da Rede de Atenção à Saúde e Mapa de Investimentos;

c) Etapa III - Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, com explicitação dos pactos de gestão;

d) Etapa IV - Programação por estabelecimento de saúde;

### **7.3 Financiamento da Saúde**

O financiamento do SUS está previsto na Constituição Federal em seu artigo 198, regulamentada pela EC 29/2000 e definidos atualmente pela Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, que dispõe 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. Pela LC 141/2012, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos Estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

A Emenda Constitucional 86/2015 modificou a disposição de aplicação de receita da União em ações e serviços públicos de saúde e vinculou a sua participação em 15% da Receita Corrente Líquida, sendo 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020.

Os recursos destinados à saúde no Município, são administrados no Fundo Municipal de Saúde que recebe recursos próprios, do Governo Estadual e os repassados pela União e são também administrados pelo Secretário Municipal de Saúde e a sua aplicação é fiscalizada pelo Conselho Municipal de Saúde.

Durante o exercício, somente as despesas liquidadas são consideradas executadas. No encerramento do exercício, as despesas não liquidadas inscritas em restos a pagar não processados são

também consideradas executadas. Dessa forma, para maior transparência, as despesas executadas estão segregadas em:

. a) Despesas liquidadas, consideradas aquelas em que houve a entrega do material ou serviço, nos termos do art. 63 da Lei 4.320/64;

. b) Despesas empenhadas mas não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar não processados, consideradas liquidadas no encerramento do exercício, por força do art.35, inciso II da Lei 4.320/64

## 7.4 Planejamento em Saúde do SUS

**Planejamento** é um processo contínuo e ativo, que reúne ações integradas e orientadas visando alcançar um objetivo com mais rapidez e eficiência por meio de decisões que são tomadas pela instituição.

O Planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS é desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão, de modo a conferir a direcionalidade à gestão pública da saúde.

É referenciado pela Lei 8.080/90, Decreto 7.508/2011, Lei Complementar 141/2012 e Portaria 2.135 de 25/09/2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e elenca os instrumentos de gestão: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Detalhado de Execução Orçamentária e Relatório Anual de Gestão, responsáveis pela sua execução,acompanhamento e avaliação.

Cada ente federado deverá realizar o seu planejamento, levando em consideração a sua realidade, a necessidade de saúde da população, definindo as diretrizes, objetivos e metas a serem alcançados conforme ações e serviços programados pelos entes federados, constituindo assim, as redes de atenção à saúde e contribuindo para a melhoria da qualidade do SUS.

A SES de 2012 a 2015, realizou oficinas de trabalho com a participação de das áreas técnicas da Secretaria, técnicos regionais de saúde e gestores municipais, para implementar os instrumentos de gestão ( Plano de Saúde, Programação Anual, Relatório Anual de Gestão, Relatório Quadrimestral de Execução Orçamentária) , visando contribuir para a resolubilidade e qualidade da gestão, das ações e dos serviços de saúde prestados à população.

É sentido ainda, dificuldade de ser colocado em execução, os instrumentos de planejamento no âmbito das Secretarias Municipais de Saúde, uma vez que não existe área de planejamento institucionalizada, o que dificulta a realização de um trabalho sistemático e articulado entre as áreas técnicas.

Além de auxiliar no fortalecimento da área de planejamento nos municípios, o Estado vem realizando reuniões de trabalho para elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS); continuação dos trabalhos junto às Redes de Atenção a Saúde; elaboração do Mapa da Saúde.

A Gestão da Saúde possui como diretriz a política de descentralização baseada nas necessidades da comunidade. Para tanto, as ações de planejamento são de suma importância no que tange as necessidades de saúde da população, sendo o Plano Municipal de Saúde o instrumento norteador por refletir as diferentes realidades locais.

Todo município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades

em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde.

Em agosto de 2017, a Secretaria Municipal de Saúde promoveu, além de reuniões, a III Conferência Municipal de Saúde, para preparar metas relativas ao PPA da área da saúde, relativo ao quadriênio 2018-2021. A partir daí, começaram as atividades para elaboração do Plano Municipal de Saúde – 2018/2021 e a Programação Anual de Saúde.

## **7.5 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde**

A Gestão do Trabalho e a Educação em Saúde são temas extremamente importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país. Vem ao longo do tempo sendo foco de preocupação de muitos gestores, no sentido de consolidar estas ações, favorecendo assim os serviços prestados no SUS.

Este trabalho vem fortalecendo as práticas nas Secretarias de Saúde e demais setores engajados, bem como contribuindo para a formulação de políticas que possibilitem o desenvolvimento das ações de trabalho e educação em saúde.

Nesse sentido, a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva - ETSUS/MA, comprometida com a política de educação em saúde no estado, no que se refere a formação dos profissionais da saúde, vem oferecendo cursos técnicos, de aperfeiçoamento, de qualificação e pós-técnico para os profissionais inseridos no SUS nas 19 Regiões de Saúde que compõem o estado do Maranhão.

A escola trabalha com recursos federais, oriundos de portarias do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) destinados a formação técnica. Por vezes se beneficia também com os recursos da PNEPS destinados a formação profissional, como o caso dos cursos de Aperfeiçoamento em Atenção Primária para Agentes Comunitários em Saúde e Aperfeiçoamento em Maternidade para Técnicos e Auxiliares em Enfermagem.

Atualmente a escola oferece os seguintes cursos: Técnico em Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal, Técnico em Hemoterapia, Técnico em Radiologia, Técnico em Vigilância em Saúde, Técnico em Análises Clínicas, Pós-Técnicos em Saúde do Adulto e Idoso, Pós-Técnico em Saúde da Criança, Qualificação em Agente de Combate às Endemias, Aperfeiçoamento em Saúde do Adulto e Idoso e Aperfeiçoamento em Saúde da Criança.

A escola se preocupa também com a capacitação dos seus funcionários. Nesse sentido, além de oferecer cursos de capacitação profissional, estimula a participar dos técnicos em cursos de pós-graduação oferecidos gratuitamente por instituições públicas.

O Estado também oferece, por meio da Coordenação Estadual da Política de Educação Permanente em Saúde recursos financeiros oriundos das portarias ministeriais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (formação profissional) para instituições de saúde promoverem cursos de atualização, capacitação, aperfeiçoamento e especialização para os profissionais da saúde – foram contemplados até o momento as áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde, Hospital Universitário da Universidade Estadual do Maranhão – Hospital Materno Infantil, Núcleo de Educação Permanente em Saúde de São Luís/MA e HEMOMAR.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPS) é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos

trabalhadores da saúde.

Em 2017, o município de Cedral aderiu ao PRO EP-SUS, de acordo com as instruções da Portaria GM/MS 3194 de 28 de novembro de 2017 que dispõem Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS.

A implantação desta Política implica em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, ações, serviços, gestão setorial e atenção á saúde.

## **7.6 Participação Social e Instâncias Deliberativas**

### **a) Conselho de Saúde**

À participação popular nas políticas de saúde no Brasil, por meio dos conselhos de saúde representa um marco histórico das políticas de saúde em nosso país. Foi uma das grandes conquistas a partir da Constituição Federal de 1988, com a promulgação da lei nº 8.080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde- SUS, lei que regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde. A atenção à saúde passa a ser assegurada legalmente como direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros que vivem no Brasil. E desde a sua instituição, quatro pontos sobre a gestão têm sido apontados como fundamentais: a descentralização, o financiamento, o controle social e a gestão do trabalho.

A criação do SUS delegou aos municípios uma série de atribuições, anteriormente a cargo da União e dos estados, que perpassa pela autonomia na elaboração da política municipal, sendo os Conselhos de Saúde espaço instituídos de participação social no processo decisório das políticas públicas de saúde e do exercício do controle social. Este foi assegurado pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mantendo a perspectiva de participação social na gestão do SUS e conseqüentemente, conquista dos cidadãos, que passaram a ocupar espaços estratégicos a partir de dentro dos aparelhos do Estado.

A partir daí, a democratização e a descentralização abriram espaço para inúmeras experiências de participação popular nas áreas de decisão de políticas públicas. Os conselhos, hoje, trazem para o cenário político um potencial transformador em dois planos: o do estado e o da própria sociedade. A análise das relações de poder em um conselho de saúde permite um avanço na compreensão dos discursos e das práticas, quais os pontos de inflexão, os tipos de resistências encontrados, qual a topografia dos atores que lá atuam. Suas práticas de participação podem concorrer para democratização das relações ou, ao contrário, serem um instrumento que perpetua a desigualdade e a submissão.

As diretrizes para criação, reformulação, assim como funcionamento dos conselhos de saúde foram redefinidos pela Resolução no 453/2012, na qual consta que os mesmos devem “atuar na formulação e proposição de estratégia no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros”, cujas decisões são homologadas pelo chefe do Poder Executivo legalmente constituído em cada esfera do governo.

Portanto, a estruturação de conselhos se torna uma importante estratégia para fazer valer direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado.

O controle social é caracterizado como uma expressão mais viva da participação da sociedade na gestão da saúde tendo vista que é atribuição dos conselhos aprovar o orçamento da saúde, acompanhar a sua execução orçamentária. Também cabe ao pleno dos conselhos a responsabilidade de aprovar a cada quatro anos o Plano, no caso do Conselho Estadual de Saúde (CES), a responsabilidade se ao Plano Estadual de Saúde.

No Estado do Maranhão o controle social foi legitimado por meio de Decreto em 1993, sendo modificado em 30 de junho de 2000 pela Lei nº 7.528 e novamente alterado em 16 de setembro de 2004, por meio da Lei nº 8.172. O Conselho Estadual de Saúde – SES possui na sua formação 20 representantes titulares, sendo 10 representações de usuários, 05 de gestores, 03 trabalhadores e 02 prestadores de serviço. A presidência atualmente é exercida pelo Secretário Estadual de Saúde.

Quadro 03: Número de municípios com conselho de saúde cadastrado no SIACS, por regional de saúde.

Regional	Total de municípios	Conselho de saúde cadastrado	Conselho de saúde não cadastrado
01. Pinheiro	17	15	02
<b>Total Maranhão</b>	<b>217</b>	<b>197</b>	<b>20</b>

Contudo, a fragilidade dos conselhos é visível no Estado do Maranhão, a maioria os municípios possuem características semelhantes e dificuldades próprias em relação à gestão em saúde, assim como a participação pouco efetiva no processo decisório das ações de saúde, em particular os financeiros, sobre os quais as pessoas legais não possuem conhecimento. A maioria dos Conselhos Municipais de Saúde tem problemas relacionados à organização, tais como: instituição de comissões de trabalho, secretaria executiva, captação de recursos para financiamento, legalização do conselho/lei de normatização e regimento, dentre outras. Devido essa complexidade de assuntos, percebe-se a necessidade de cursos de capacitação/formação aos conselheiros de saúde, com intuito instruí-los melhor, e com isso promover participação destes de forma efetiva nos processos decisórios relacionadas à gestão em saúde do seu município.

### **CIB - Comissão Intergestores Bipartite**

A Comissão Intergestores Bipartite do Maranhão, denominada CIB/MA, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde, para fins operacionais e administrativos é uma instância colegiada formada por Gestores Estadual e Municipais, representantes da Secretaria de Estado da Saúde- SESMA e pelo Conselho de Secretários Municipais – COSEMS/MA. Foi instituída pela Portaria nº 132/GAB/SES/MA, de 13 de julho de 1993, constituindo um foro privilegiado de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde/SUS/MA.

Na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS é por meio dessa instância que ocorre as pactuações entre Estado e Municípios possibilitando que as esferas tenham autonomia de gestão, mediante parceria e cooperação solidária. A Comissão Intergestores Bipartite - CIB/MA possui um Regimento Interno que define sua organização na forma de Plenário e Câmara Técnica, sendo plenário composto por 20(vinte) membros titulares que, nos seus impedimentos serão substituídos pelos suplentes com direito de voz e voto.

A CIB delibera por intermédio de resoluções, mediante aprovação, por consenso dos dois segmentos: representantes da SES/MA e do COSEMS/MA. A presidência da Comissão Intergestores Bipartite é exercida pelo Secretário de Estado da Saúde. De acordo com o Regimento Interno, compete a CIB/MA:

- Regulamentar os aspectos operacionais no âmbito estadual do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Promover a articulação entre as esferas de governo, de forma a otimizar a execução das ações e garantir a direção única em cada instância; Discutir e elaborar propostas para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Atuar como foro de pactuação dos instrumentos, parâmetros, mecanismos de implementação e regulamentação complementares às normas do Sistema Único de Saúde editadas e publicadas pelo Ministério da Saúde, nos aspectos comuns à atuação das esferas de governo;
- Definir critérios e parâmetros para a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);

- Apreciar os Relatórios de Gestão Anual dos municípios referentes à aplicação dos recursos humanos, físicos e financeiros em saúde; Analisar e aprovar os pleitos oriundos dos municípios, após manifestação da Câmara Técnica e/ou Comissões Técnicas.

A Câmara Técnica da Comissão Intergestores Bipartite, constituída por servidores da Secretaria de Estado da Saúde e representantes do COSEMS, tem por finalidade prestar apoio técnico, administrativo e desenvolver estudos e análises com vistas a assessorar e subsidiar o funcionamento da CIB/MA. A Comissão Intergestores Bipartite poderá também constituir Comissões Técnicas para assessorar o Plenário em matéria específica.

### **Comissão Intergestores Regionais – CIR**

A Comissão Intergestores Regional - CIR, instituída pela Resolução CIB/MA nº46, de 16 de junho de 2011, ratificada pelo Art. 14 – A, da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, caracteriza-se como instância privilegiada de negociação, articulação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito das Regiões de Saúde, respeitadas as definições da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/MA, constituindo-se como foro permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa no âmbito regional, a partir da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integral e resolutiva.

A CIR, no âmbito regional, está vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB/MA. A Resolução CIB/MA nº 46/2011 aprovou a constituição de 19 (dezenove) Comissões Intergestores Regionais - CIRs das Regiões de Saúde: São Luís, Açailândia, Bacabal, Caxias, Barra do Corda, Balsas, Chapadinha, Codó, Imperatriz, Itapecuru Mirim, Pedreiras, Pinheiro, Presidente Dutra, Rosário, Santa Inês, Viana, Timon, São João dos Patos e Zé Doca.

### **Conselho Municipal de Saúde**

O Conselho Municipal de Saúde, foro deliberativo, de caráter permanente, que representa a efetiva possibilidade da sociedade participar da formulação, execução, monitoramento, controle e avaliação das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS.

Hoje já está evidente o processo de amadurecimento e superação de conflitos entre o Conselho de Saúde e os Gestores. Os avanços já alcançados e a permanente tentativa de superação de conflitos apresentam-se, inclusive, porque já está demonstrado que o compromisso com o bem público não é monopólio nem virtude unilateral de nenhum dos segmentos. Assim aprofunda-se o reconhecimento e respeito às atribuições legais específicas, tanto das funções da Gestão como do Controle Social através do Conselho Municipal de Saúde. E dessa forma, reivindicações de cada segmento representativo no Conselho Municipal de Saúde decorrem em crescente exercício de articulação e negociação em busca de avanços e conquistas a favor do SUS, da cidadania e de um modelo assistencial e de gestão que permita a realização da equidade e da universalidade.

Seguindo a legislação da saúde, especialmente as Leis Federais nº 8080/90 - 8142/90, Cedral conta com um Conselho Municipal de Saúde – criado através da Lei nº 70/2007 - formado atualmente por 08 membros e respectivos suplentes.

Os conselheiros se reúnem ordinariamente uma vez ao mês e extraordinariamente quando necessário, devendo estar capacitados e atualizados para exercerem suas funções.

## 7.7 Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS

As parcerias do Ministério da Saúde para financiamento de pesquisa são temas recorrentes nos eventos Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. O desenvolvimento dos novos produtos e tecnologias permite que o SUS crie novas e melhores formas de tratamento e cura ao adentrar nos novos mercados ou crescer dentro dos mesmos mercados visando melhor condições de acesso adequado aos usuários do sistema.

O Brasil apresenta elevados índices de acesso a medicamentos para tratamento de doenças crônicas prevalentes, mas precisa ampliar esse índice quanto a episódios agudos. Essa é a principal conclusão que se obtém dos resultados preliminares da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), apresentados no painel *Resultados e avanços de pesquisas estratégicas para o SUS*.

Sob o ponto de vista da prestação de serviços aos cidadãos, a saúde pública pode ser dividida, de maneira simplista, em três níveis: saúde primária, que consiste no atendimento básico em unidades básicas de saúde e pronto-atendimentos; a saúde secundária, que compreende as consultas de especialidades e a realização de exames clínicos mais complexos; e a saúde terciária, que envolve a urgência e emergência e o atendimento de alta complexidade, concentrada em cirurgias, traumatologia e no atendimento clínico hospitalar.

Em geral, nota-se um aumento progressivo e insustentável da despesa com saúde dos Municípios, muito em razão de políticas de investimento sem base em um diagnóstico consistente nas demandas municipais efetivas e de uma tendência ao direcionamento dos investimentos municipais para a atenção terciária (alta complexidade), onde os custos de operação e manutenção são muito superiores. Essa política faz com que os Municípios dediquem seus recursos à construção e manutenção de hospitais, que representam alto custo de investimento e operação, deixando de investir na origem efetiva do problema: a falta de cuidados básicos com a saúde, que levam muitas vezes a complicações no quadro clínico de maneira desnecessária.

É preciso, pois, dotar os Municípios de gestão e regulação eficientes dos serviços de saúde, de maneira à melhor identificar as necessidades (diagnóstico) e melhor alocar os recursos na prevenção, na atenção de base, o que fará com que os Municípios passem a concentrar seus recursos financeiros naquilo que efetivamente trará resultados, diminuindo os gastos com saúde (contenção de despesas) e buscando soluções através de convênios com os demais atores para que os investimentos na atenção terciária, de alta complexidade, possam ser executados pelo ente que efetivamente possui capacidade financeira para fazê-lo (por exemplo, a construção e operação de Hospitais regionais), como assim o faz o Estado do Maranhão.

Nesse contexto, discutia-se a necessidade de se adotar medidas para aumentar a transparência no processo de avaliação de tecnologias em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e conferir maior celeridade na elaboração e atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Para alcançar tal propósito, o SUS deveria contar com uma instância permanente, encarregada da avaliação de tecnologias, com participação de representantes da sociedade.

As discussões resultaram na aprovação da Lei n. 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde, no âmbito do SUS, e cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Essa Comissão tem a atribuição de assessorar o Ministério da Saúde nas incorporações, exclusões ou alterações de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de PCDT.

O Decreto n. 7.646, de 21 de dezembro de 2011, dispõe sobre a composição, as competências, e o funcionamento da CONITEC e trata do processo administrativo para a incorporação, exclusão e alteração de tecnologias no SUS.

O uso da tecnologia da informação tem se mostrado cada vez mais indispensável nos processos de trabalho e na gestão do Sistema Único de Saúde. Situação que se traduz especialmente na utilização dos sistemas de informação para a análise de situação de Saúde, monitoramento e avaliação da gestão e na necessidade de desenvolvimento de sistema de Registro Eletrônico em Saúde (RES). A adequada gestão e alimentação dos sistemas de informação em Saúde são fundamentais para analisar a situação de Saúde nos territórios, bem como para a avaliação das intervenções realizadas e o monitoramento e regulação das atividades desenvolvidas por prestadores públicos e privados de serviços de Saúde. Desde a implementação do Pacto pela Saúde e em especial a partir da publicação do Decreto n. 7.508, de junho de 2011, esse papel é ainda mais estratégico, uma vez que a avaliação e monitoramento das gestões das 03 esferas de governo ocorrem por meio do aferimento do alcance de metas pactuadas, que depende da alimentação das bases de dados nacionais.

Ferramentas recentemente disponibilizadas, como o “e-SUS Atenção Básica”, “e-SUS Hospitalar” e “e-SUS SAMU” contribuem no sentido de propiciar, por exemplo, que prontuários clínicos ou a regulação dos serviços de urgência e emergência passem a ser alimentados em meio eletrônico. Pecam, porém, por estarem restritos à utilização no âmbito de um determinado serviço (não possibilitando o acesso a dados clínicos em outros pontos de atenção) e por não serem ainda interoperáveis, entre si ou com outros sistemas de informação. A Estratégia “e-SUS Atenção Básica”: e-SUS AB foi implantada a partir da Portaria n. 1.412, de 10 de julho de 2013, que instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), sem que os testes e ajustes necessários fossem previamente realizados. A estratégia pode ser implantada em duas versões: e-SUS AB CDS, com coleta de dados simplificada, que basicamente passa a alimentar de forma individualizada os dados anteriormente informados por meio do Sistema de Informações da Atenção Básica - SISAB. O módulo “Prontuário Eletrônico do Cidadão” (PEC), ainda não se mostrou estável, sendo restrito à utilização na Unidade Básica de Saúde UBS onde foi implantado. A versão pactuada no final de 2013 na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada no Conselho Nacional de Saúde para a Política Nacional de Informação e Informática (PNIIS) inclui, entre outras, um conjunto de diretrizes com vistas à implantação no país do Registro Eletrônico em Saúde, por meio da estratégia denominada “e-Saúde”, dentre as quais podemos destacar:

- Fortalecimento da área de informação e informática em Saúde, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração à atenção à Saúde nas esferas estadual e municipal;
- Estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório estadual de “dados” em Saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança;
- Promoção de estratégias e mecanismos para a redução do número de sistemas de informação em Saúde existentes ou sua simplificação e para a qualificação da produção e gestão da informação em Saúde;
- Promoção da disseminação e publicização de dados e informação em Saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa;
- Criação de mecanismos de articulação institucional com vistas à integração dos sistemas de informação em Saúde;
- Estabelecimento de um padrão para e-Saúde, em conformidade com a Política Nacional que permita a construção do Registro Eletrônico de Saúde (RES) do cidadão por meio da identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de Saúde, padrões e protocolos de interoperabilidade eletrônica e/ou digital entre os equipamentos e sistemas;
- Melhoria de infraestrutura de telecomunicação adequada para a implantação do RES do cidadão;
- Estimulo ao uso de telecomunicação na atenção à Saúde, educação à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada, visando ampliar o potencial de resolubilidade junto aos processos ligados à atenção à Saúde;
- Estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o trabalho rotineiro;

- Divulgação das diversas ações científico-tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à Saúde, utilizando-se diferentes veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias;
- e Instituição e implementação da estratégia nacional de e-Saúde, com a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), para orientar o conjunto de esforços e investimentos em informação e informática em Saúde.

Muito há que se avançar no sentido de se efetivar essas diretrizes. Para esse fim, destacam-se como fatores dificultadores:

- A fragmentação ainda presente entre as diversas áreas técnicas da gestão do SUS (especialmente na gestão federal e estadual), que demandam aplicativos informatizados para cada setor específico de atuação. Essa fragmentação se replica na área de desenvolvimento de sistemas (tanto no Datasus como nos setores de Tecnologia da Informação dos estados), gerando inúmeros sistemas e aplicativos sem qualquer integração.
- Infraestrutura (hardware e conectividade) ainda insuficiente para fazer frente às novas tecnologias disponíveis e ao volume e detalhamento de informações geradas ou necessárias. Apesar da maior preocupação inicial com essas questões nos estados e municípios (o que persiste em diversas regiões e em especial na maioria das UBS), também vêm sendo observados problemas ocasionados por deficiências no próprio Datasus. Recentes crises ocorreram por não se adotar procedimentos básicos de segurança como redundância de link de conectividade e de equipamentos para armazenamento (“storage”) dos aplicativos e bancos de dados de sistemas com alimentação “on-line”.

Muitas mudanças vêm sendo implementadas na SES/MA visando modificar e transformar dados em medidas confiáveis sobre o desempenho dos serviços, dos prestadores de assistência, tornando-os capazes de nortear o processo de tomada de decisão e qualificar acesso e o atendimento do cidadão.

Os sistemas de informação da SES/MA estão sendo desenhados a partir de uma lógica nacional com foco na integração matricial das informações. O enfoque principal é a efetiva implantação das políticas de saúde pública, possibilitando que a Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão cumpra com eficiência e efetividade a sua missão no SUS.

## **8 OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **Principais problemas identificados nos trabalhos da Saúde em 2017**

- Baixa cobertura de ações da atenção básica;
- Baixa resolubilidade espacial do PSF;
- Atendimento odontológico ainda insuficiente em alguns pólos;
- Falta de material educativo em saúde bucal;
- Baixa cobertura do Preventivo do Câncer de Colo de Útero
- Elevados índices de DST's
- Alta taxa de transtornos mentais em crianças jovens e adultos;
- Inadequada alimentação;

## PRIORIDADES DO MUNICÍPIO PARA 2018

- Aumentar os recursos financeiros, principalmente na área hospitalar, pois são insuficientes para melhorar os serviços oferecidos;
- Melhorar as Unidades Básicas de Saúde;
- Equipar as unidades básicas de saúde de Pericaú e São Bento;
- Equipar as Unidades Básicas de Saúde;
- Melhorar a cobertura vacinal de rotina, em 2012 em 100%;
- Implantar ações específicas nas áreas quilombolas;
- Melhorar a cobertura de consultas do pré-natal;
- Investir em recursos para melhorar o atendimento da Farmácia Básica;
- Incentivar, por meio do PSF, a população a prática de esporte e uma alimentação saudável;
- Investir em ações do PSF para coibir o índice de hipertensos e diabéticos no município.

## PARTE II

### DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS 2018-2021

Foram formulados as diretrizes, objetivos e metas a serem alcançados no período de 2018 - 2021 considerando os eixos definidos pelo Conselho Nacional de Saúde. As diretrizes indicam as linhas de ação a serem seguidas. Os objetivos mostram o que se pretende fazer acontecer para superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. As metas são as expressões quantitativas de um objetivo.

#### PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018 – 2021

<b>1.1 DIRETRIZ:</b> Reduzir e prevenir os 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.	
<b>1.1.1 OBJETIVO:</b> Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas.	
<b>METAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reduzir o número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas);</li><li>• Ampliar a resolutividade na Atenção Primária à Saúde (APS) para 85%;</li><li>• Elaborar e implantar 100% das linhas de cuidado prioritárias (asma/doença pulmonar obstrutiva crônica, risco cardiovascular, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, pré-natal com foco no tratamento da sífilis, depressão/risco de suicídio, transtornos de ansiedade, dor lombar, infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, tuberculose, hepatites).</li><li>• Diminuir o percentual de internações por insuficiência cardíaca em 25%;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir o percentual de internações por doenças respiratórias crônicas em 25%;</li> <li>• Realizar o acompanhamento de 100% dos pacientes oriundos da Atenção Hospitalar para Atenção Primária;</li> </ul>
<p><b>1.1.1 OBJETIVO:</b> Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Possibilita, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema, que possam evitar a ocorrência de eventos similares.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar 90% dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF);</li> </ul>
<p><b>1.1.2 OBJETIVO:</b> Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir que 95% dos óbitos registrados tenham causa básica definida;</li> </ul>
<p><b>1.1.3 OBJETIVO:</b> As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual: • a vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B; • a vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil; • a vacina poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e, • a vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar para 75% a cobertura vacinal do CNV para crianças &lt; 2 anos - pentavalente (3ª DOSE), pneumocócica 10-valente (2ª), poliomielite (3ª) E tríplice viral (1ª) - com cobertura vacinal preconizada;</li> </ul>
<p><b>1.1.4 OBJETIVO:</b> Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todas as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas. Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do SINAN.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encerrar 80% dos casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) em até 60 dias após notificação;</li> </ul>
<p><b>1.1.5 OBJETIVO:</b> Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilizar tratamento e garantir 88% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;</li> </ul>
<p><b>1.1.6 OBJETIVO:</b> É um indicador que está relacionado à transmissão de malária; contribui para orientação e avaliação das ações de vigilância epidemiológica e controle da doença; permite análise de todo país e por período ao longo do ano</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter em 0 o número de casos autóctenes de malária no município;</li> </ul>
<p><b>1.1.7 OBJETIVO:</b> O indicador objetiva mensurar e monitorar os novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em</p>	

duas oportunidades: durante a gestação e durante o parto. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, a sífilis congênita.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar a saúde materno-infantil, com priorização do pré-natal e enfrentamento à sífilis congênita;</li> <li>Reduzir a taxa de incidência da sífilis congênita;</li> </ul>
<b>1.1.8 OBJETIVO:</b> Expressa o número de casos novos de aids na população de menores de 5 anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado, medindo o risco de ocorrência de casos novos de aids nessa população.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduzir a taxa de casos novos de aids em menores de 5 anos;</li> </ul>
<b>1.1.9 OBJETIVO:</b> Avalia a proporção de amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, inferindo na qualidade da água consumida pela população.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar em 20% a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez;</li> </ul>
<b>1.1.10 OBJETIVO:</b> Ampliar a resposta na prevenção e no atendimento às infecções sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar para 70% o número de pessoas com diagnóstico de HIV/Aids em tratamento antirretroviral.</li> <li>Reduzir a transmissão vertical do HIV para índices iguais ou menores que 2%.</li> </ul>
<b>1.1.11 OBJETIVO:</b> Reduzir o impacto das violências na situação de saúde da população.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ativar a rede intersetorial e realizar o seguimento do cuidado de 75% das mulheres, crianças, adolescentes e idosos com notificação de violência.</li> </ul>
<b>1.1.12 OBJETIVO:</b> Permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios brasileiros ao longo do ano, por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local, quais sejam: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; (ii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar 100% das. ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano</li> </ul>
<b>1.1.13 OBJETIVO:</b> Evidencia o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar visitas para controle vetorial da dengue em pelo menos 4 ciclos atingindo mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados</li> <li>Realizar o controle vetorial e Pesquisa Vetorial Especial em 100% dos casos de infestação predial identificados pelas armadilhas e dos casos confirmados de arboviroses transmitidas pelo Aedes aegypti.</li> </ul>

<p><b>1.1.14 OBJETIVO:</b> Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar para 95% a proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho</li> </ul>
<p><b>1.1.15 OBJETIVO:</b> Atuar com intersectorialidade no enfrentamento de doenças e agravos em saúde.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar mensalmente ações de promoção da prática de atividade física.</li> <li>• Disponibilizar o tratamento para o controle do tabagismo em 100% das Unidades de Saúde</li> <li>• Pelo menos 80% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados</li> <li>• Fortalecer as ações do Programa Saúde na Escola no combate a doenças negligenciadas, como hanseníase e esquistossomose</li> </ul>
<p><b>1.2 DIRETRIZ:</b> 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.</p>	
<p><b>1.2.1 OBJETIVO:</b> Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002). A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, em mulheres de 25 a 64 anos.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a razão da realização do exame Citopatológico (CP) do colo do útero para 0,40 em mulheres de 25 - 64 anos</li> </ul>
<p><b>1.2.2 OBJETIVO:</b> Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008). A mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a razão da realização de mamografia para 0,40 em mulheres de 50 - 69 anos</li> </ul>
<p><b>1.2.3 OBJETIVO:</b> Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008). A mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a razão da realização de mamografia para 0,40 em mulheres de 50 - 69 anos</li> </ul>

<p><b>1.2.4 OBJETIVO:</b> Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais regionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter em 100% a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica</li> </ul>
<p><b>1.2.5 OBJETIVO:</b> Monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar para 65% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)</li> </ul>
<p><b>1.2.6 OBJETIVO:</b> Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica. Possibilitar a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimar a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas. Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter em 100% a cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica</li> </ul>
<p><b>1.2.7 OBJETIVO:</b> A integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental constitui uma diretriz internacional para reorganização dos sistemas de saúde, além de constituir uma tarefa imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (“Para 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por enfermidades não transmissíveis mediante a prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e bem estar”). Na legislação brasileira vigente, a Atenção Básica em Saúde constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Port. nº- 3.088/ 2011). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), a Atenção Básica já constitui o principal ponto de atenção utilizado pelas pessoas com transtornos mentais leves, como a depressão.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ações de matriciamento sistemático em Saúde Mental pelas equipes de Atenção Básica</li> </ul>
<p><b>1.3 DIRETRIZ:</b> Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.</p>	
<p><b>1.3.1 OBJETIVO:</b> Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança. Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.</p>	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar para 75% a proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar</li> </ul>

<b>1.3.2 OBJETIVO:</b> Monitora a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (programa saúde na escola) e maternidades no território. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir para 35,48% a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos</li> </ul>
<b>1.3.3 OBJETIVO:</b> Monitorar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento e a qualidade da atenção hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano. É importante acompanhar a Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes pois, a taxa de mortalidade neonatal vem caindo em menor velocidade comparado a mortalidade infantil pós-neonatal, especialmente nos estados das regiões norte e nordeste. A mortalidade neonatal precoce representa de 60 a 70% da mortalidade infantil, sendo que 25% destas mortes ocorrem no primeiro dia de vida. No período neonatal concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais; com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos esses reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir para a taxa de mortalidade infantil;</li> </ul>
<b>1.3.4 OBJETIVO:</b> Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento reduzam as mortes maternas evitáveis. Considerando que as principais causas de mortes são hipertensão, hemorragia e infecções perinatais. Analisar variações geográficas e temporais do número de óbitos maternos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher. Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do número de óbitos maternos entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter em 0 o número de óbitos maternos;</li> </ul>
<b>1.4 DIRETRIZ:</b> Ampliação da Regulação dos Serviços Próprios e Contratualizados.	
<b>1.4.1 OBJETIVO:</b> Potencializar o papel da Regulação na coordenação do cuidado em saúde.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir para 30 dias o tempo médio de espera para consulta com especialistas</li> </ul>
<b>1.5 DIRETRIZ:</b> Equidade, transparência, inovação e eficiência na gestão da saúde.	
<b>1.5.1 OBJETIVO:</b> Priorizar os atos de gestão para a população mais vulnerável.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituir indicador de vulnerabilidade em saúde em 100% dos territórios das Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde (APS).</li> </ul>
<b>1.5.2 OBJETIVO:</b> Ampliar a transparência na gestão da SMS.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) em 100% das Unidades de Saúde, 1 vez por ano.</li> </ul>
<b>1.5.3 OBJETIVO:</b> Estabelecer processos, fluxos e prazos de trabalho para os atos de gestão.	

METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapear, elaborar, instituir, divulgar e fiscalizar instruções normativas, com fluxos e prazos, para o gerenciamento interno e fiscalização de 100% dos processos de infraestrutura e apoio logístico (contratos de serviços terceirizados; processos de aquisição e distribuição de materiais; manutenção e reformas).</li> <li>• Contratualizar diretrizes, objetivos e metas, a partir do Plano Municipal de Saúde (PMS) e demais planos e políticas pactuados, com 100% das coordenadorias gerais</li> </ul>
<b>1.6 DIRETRIZ:</b> Financiamento adequado e sustentável que atenda às necessidades da Rede de Atenção à Saúde	
<b>1.6.1 OBJETIVO:</b> Cumprir os dispositivos legais de aplicação dos recursos financeiros em Ações e Serviços Públicos de Saúde e buscar novas fontes de financiamento por meio da captação de recursos, para além dos previstos no Tesouro Municipal, Estadual e Federal.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar 100% dos recursos financeiros oriundos de emendas parlamentares, dentro do prazo legal</li> </ul>
<b>1.7 DIRETRIZ:</b> Fortalecimento do controle social	
<b>1.7.1 OBJETIVO:</b> Aproximar o Sistema de Saúde à sociedade civil (cidadãos, prestadores de serviços e instituições).	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar reuniões mensais com o Conselho Municipal de Saúde</li> <li>• Manter atualizado o sistema de informação dos conselhos de saúde;</li> </ul>
<b>1.8 DIRETRIZ:</b> Qualificação e formação de Recursos Humanos	
<b>1.8.1 OBJETIVO:</b> Promover a educação permanente e a produção de conhecimento	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar capacitações com os profissionais de saúde conforme calendário produzido pela SEMUS</li> </ul>
<b>1.9 DIRETRIZ:</b> Ambiência da infraestrutura e fixação dos profissionais nos serviços	
<b>1.9.1 OBJETIVO:</b> Qualificar a capacidade instalada da SMS.	
METAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar 1 Equipe de Estratégia de Saúde da Família;</li> <li>• Implantar 1 Equipe de Estratégia de Saúde Bucal;</li> <li>• Ampliar e qualificar a estrutura das unidades de Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada</li> <li>• Implantar o prontuário eletrônico dos usuários utilizando tecnologias como cartão do SUS (cartão nacional de saúde) e o E-SUS.</li> </ul>

## PARTE III

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O monitoramento e avaliação são importantes no processo de planejamento, na implementação das ações e nos resultados alcançados. O acompanhamento das ações e serviços de saúde devem ser sistemáticos e contínuos, visando obter informações estratégicas em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisões assim como identificar, solucionar e reduzir problemas

A SES dispõe do Sistema Informatizado de Planejamento, Coordenação e Avaliação – SISPCA que subsidiam o monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde que compõe a PAS.

Como instrumento básico de monitoramento e avaliação do sistema de saúde, o Relatório Anual de Gestão (RAG) é uma ferramenta que reúne os resultados alcançados com a execução das ações, meta, indicadores do PES, assim como a aplicação de recursos utilizados, que serão divulgados, fornecendo subsídios para tomada de decisão bem como dando visibilidade da gestão. É, portanto, importante para orientar a elaboração da nova programação anual, bem como apontar ajustes, que se façam necessários na elaboração do novo Plano de Saúde.

Foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS) com a finalidade de fornecer aos gestores da saúde uma ferramenta de trabalho que facilite a elaboração do RAG e que possibilite o cumprimento dos prazos legais de aprovação pelo Conselho de Saúde assim como, dar publicidade às informações contidas e decorrentes desse relatório conforme previsto na Lei 141 de 13 de janeiro de 2012.

A Lei Complementar nº 141/2012 no Capítulo IV Seção III, também prevê a transparência e a visibilidade da Prestação de Contas através da elaboração dos relatórios resumidos de execução orçamentárias em três quadrimestres, contendo informações referentes ao montante e fonte dos recursos aplicados no período; auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, comparando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Serão utilizados 23 indicadores de saúde pactuados em 2017 estabelecidos pela RESOLUÇÃO Nº 8, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016. Dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa, relativo ao ano de 2017 a 2021.

Serão utilizados também 14 indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde. Criado pela Portaria GM/MS nº 1.378, de 8 de julho de 2013, e regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1.708, de 16 de agosto de 2013, ele representa um marco para a Vigilância em Saúde (VS) por definir compromissos e responsabilidades a serem assumidas pelas três esferas de governo expressas em metas estabelecidas: a federal, com financiamento e apoio técnico, a estadual e a municipal com a implementação de ações que garantam a consecução dessas metas. Os quatorze indicadores que integram o Programa, pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite, sintetizam os resultados preconizados para o conjunto de ações de VS e deverão nortear as gestões estaduais e municipais.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL RSI – 2005. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, pág.11. [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/viajante/Regulamento\\_Sanitario\\_Internacional\\_vers%C3%A3o%20para%20impress%C3%A3o.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/viajante/Regulamento_Sanitario_Internacional_vers%C3%A3o%20para%20impress%C3%A3o.pdf). Acesso em 12/08/2016.

BRASIL. Portaria GM N 1772 de 05/11/2015. Suspende transferência de recursos financeiros do componente de Vigilância Sanitária quanto ao cadastro de serviços no CNES e SAI/SUS.

BRASIL. Portaria GM 475 de 31/03/2014. Estabelece critérios para repasse de recursos.

BRASIL. Portaria GM 59 de 29/01/2015. Atualiza valores de repasse de recursos.

BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano. I

BRASIL. Presidência da República, Lei Complementar, nº 141 de 13 de janeiro de 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2016-2019. Brasília 2016

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar, nº141 de 13 de janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica 7. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, p.816, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil – Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 182 p. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose 1. ed., 5. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 120 p.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Vigilância da Esquistossomose Mansonii: diretrizes técnicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia prático de tratamento da malária no Brasil : Brasília : Ministério da Saúde, 36 p. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos. – Rio de Janeiro: PANAFTOSA-VP/OPAS/OMS, 2009. 92 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 58 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e m Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de Operação do Ponto Focal Nacional para o Regulamento Sanitário Internacional. Brasília – DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030\\_07\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030_07_07_2005.html) Acesso em: 05/08/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde . Ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 641p.: il. - (Série G. Estatísticas e informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009 : uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades emsaúde /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. –Brasília : Ministério da Saúde, 2010.368 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.372 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de vigilância da saúde da mulher /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – 1 ed., 1. reimp - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Ed –Brasília. Ministério da Saúde, 2014. 384 p.: il.

CARMO, E. H.; PENNA, G.; OLIVEIRA, W. K. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. Estudos Avançados, 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142008000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300003). Acesso em 08/08/2016.

MARANHÃO. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde (2012-2015)

MARANHÃO. Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde (2008-2011)

MARANHÃO. Sistema de Planejamento, Controle e Avaliação - SISPCA. Resultados de metas físicas da Vigilância Sanitária 2012-2015. Disponível em <<http://www.sispca.ma.gov.br>. Acesso em 10/11/2015

PAULANI, Leda. A nova contabilidade social: uma introdução à macroeconomia. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2007

PORTARIA Nº 149, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2016. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde.

[http://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/saúdelegis/gm/2016/prt0149\\_04\\_02\\_2016.html](http://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/saúdelegis/gm/2016/prt0149_04_02_2016.html)

PORTARIA Nº 2.952, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Disponível em [http://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/saúdelegis/gm/2011/prt2952\\_14\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/saúdelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html). Acesso em 08/08/2016.

## ANEXO 1

### PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017 - 2021

#### DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

<p><b>Diretriz.</b> Reduzir e prevenir os 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.</p>		
<p><b>Objetivo 1.</b> Contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas.</p>		
N	Tipo	Indicador
1	U	NÚMERO DE ÓBITOS PREMATUROS (de 30 a 69 anos) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)
<p><b>Diretriz.</b> Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção nas regiões de saúde.</p>		
<p><b>Objetivo 1.</b> Permite detectar casos de óbitos maternos não declarados ou descartar, após investigação, a possibilidade dos óbitos dessas mulheres terem sido maternos, independente da causa declarada no registro original. Possibilita, também, identificar fatores determinantes que originaram o óbito materno, com o objetivo de apoiar aos gestores locais na adoção de medidas direcionadas a resolver o problema, que possam evitar a ocorrência de eventos similares.</p>		
2	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS
<p><b>Objetivo 2.</b> Possibilita a inferência sobre a qualidade das informações relativas às causas de mortalidade, pela aferição da participação proporcional dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados.</p>		
3	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA
<p><b>Diretriz.</b> Reduzir e prevenir os 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.</p>		
<p><b>Objetivo 1.</b> As vacinas selecionadas estão voltadas para o controle de doenças de significativa importância, sendo fundamental a manutenção de elevadas e homogêneas coberturas vacinais como estratégia para manter e ou avançar em relação à situação atual: • a vacina Pentavalente, que previne a difteria, tétano, coqueluche e infecções por Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B; • a vacina Pneumocócica 10-valente, que previne as infecções causadas pelo pneumococo, responsável por doenças com elevadas cargas de mortalidade e morbidade na população infantil; • a vacina poliomielite, para a prevenção da doença do mesmo nome, em fase de erradicação global; e, • a vacina tríplice viral, para a prevenção do sarampo e rubéola, doenças com compromisso de eliminação na região das Américas.</p>		
N	Tipo	Indicador
4	U	PROPORÇÃO DE VACINAS SELECIONADAS DO CNV PARA CRIANÇAS < 2 ANOS - PENTAVALENTE (3ª DOSE), PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE (2ª), POLIOMIELITE (3ª) E TRÍPLICE VIRAL (1ª) - COM COBERTURA VACINAL PRECONIZADA
<p><b>Objetivo 2.</b> Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todos as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata, cujas medidas</p>		

de prevenção e controle estão previstas. Permite avaliar e monitorar a capacidade de resolução das investigações de casos registrados e a atualização do Sinan.

N	Tipo	Indicador
5	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO

**Objetivo 3.** Possibilita a inferência sobre a qualidade do atendimento dos serviços de saúde à pessoa acometida pela hanseníase, expressando a efetividade desses serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É de grande relevância, uma vez que a cura se refletirá na redução dos focos de contágio da doença e contribuirá para prevenção das incapacidades físicas. Nesse contexto, chama-se atenção para o custo elevado dos programas de reabilitação, que oneram a gestão, restringindo o investimento em ações preventivas.

N	Tipo	Indicador
6	U	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES

**Objetivo 4.** É um indicador que está relacionado à transmissão de malária; contribui para orientação e avaliação das ações de vigilância epidemiológica e controle da doença; permite análise de todo país e por período ao longo do ano.

N	Tipo	Indicador
7	E	NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES DE MALÁRIA

**Objetivo 5.** O indicador objetiva mensurar e monitorar os novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade e expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades: durante a gestação e durante o parto. O tratamento da gestante reduz a probabilidade de transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, a sífilis congênita.

N	Tipo	Indicador
8	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE

**Objetivo 6.** Expressa o número de casos novos de aids na população de menores de 5 anos de idade, residente em determinado local, no ano considerado, medindo o risco de ocorrência de casos novos de aids nessa população.

N	Tipo	Indicador
9	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS

**Objetivo 7.** Avalia a proporção de amostras de água analisadas conforme determinado pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, inferindo na qualidade da água consumida pela população.

N	Tipo	Indicador
10	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ

**Diretriz.** 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.** Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002). A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, em mulheres de 25 a 64 anos.

N	Tipo	Indicador
11	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA

**Objetivo 2.** Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008). A mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.

N	Tipo	Indicador
12	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS NA POPULAÇÃO RESIDENTE DE DETERMINADO LOCAL E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA

**Diretriz.** 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.** Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais. Analisa variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribui na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança. Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

13	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL NO SUS E NA SAÚDE SUPLEMENTAR
----	---	---

**Objetivo 2.** Monitora a tendência da gravidez de adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (programa saúde na escola) e maternidades no território. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.

14	U	PROPORÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE AS FAIXAS ETÁRIAS 10 A 19 ANOS
----	---	--

**Objetivo 3.** Monitorar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento e a qualidade da atenção hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano. É importante acompanhar a Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes pois, a taxa de mortalidade neonatal vem caindo em menor velocidade comparado a mortalidade infantil pós-neonatal, especialmente nos estados das regiões norte e nordeste. A mortalidade neonatal precoce representa de 60 a 70% da

mortalidade infantil, sendo que 25% destas mortes ocorrem no primeiro dia de vida. No período neonatal concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais; com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos esses reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) .		
15	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.
<p><b>Objetivo 4.</b> Avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento reduzam as mortes maternas evitáveis. Considerando que as principais causas de mortes são hipertensão, hemorragia e infecções perinatais. Analisar variações geográficas e temporais do número de óbitos maternos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher. Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do número de óbitos maternos entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.</p>		
16	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNOS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA
<p><b>Diretriz.</b> 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 .</p>		
<p><b>Objetivo 1.</b> Indicador selecionado considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais regionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutive e os processos de territorialização e regionalização em saúde.</p>		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Indicador</b>
17	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.
<p><b>Objetivo 2.</b> Monitorar as famílias beneficiárias do PBF (famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde) no que se refere às condicionalidades de Saúde, que tem por objetivo ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social.</p>		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Indicador</b>
18	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
<p><b>Objetivo 3.</b> Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica. Possibilitar a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimar a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas. Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde.</p>		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Indicador</b>
19	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA
<p><b>Diretriz.</b> Reduzir e prevenir os 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.</p>		
<p><b>Objetivo 1.</b> Permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelos grupos de ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios brasileiros ao longo do ano,</p>		

por se tratarem dos grupos de ações essenciais à atuação da vigilância sanitária local, quais sejam: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; (ii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; (iii) atividades educativas para população; (iv) atividades educativas para o setor regulado; (v) recebimento de denúncias; (vi) atendimento de denúncias; e (vii) instauração de processo administrativo sanitário. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.

N	Tipo	Indicador
20	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE REALIZAM NO MÍNIMO SEIS GRUPOS DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS.

**Diretriz.** 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.** A integração da Atenção Primária no cuidado em saúde mental constitui uma diretriz internacional para reorganização dos sistemas de saúde, além de constituir uma tarefa imprescindível para alcance de um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (“Para 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por enfermidades não transmissíveis mediante a prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e bem estar”). Na legislação brasileira vigente, a Atenção Básica em Saúde constitui um dos principais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma compartilhada, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (Port. nº- 3.088/ 2011). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), a Atenção Básica já constitui o principal ponto de atenção utilizado pelas pessoas com transtornos mentais leves, como a depressão.

N	Tipo	Indicador
21	E	AÇÕES DE MATRICIAMENTO REALIZADAS POR CAPS COM EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

**Diretriz.** Reduzir e prevenir os 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.** Evidencia o conjunto de imóveis localizados em áreas infestadas pelo vetor e o quantitativo que realmente foi visitado pelos agentes de controle de endemias, preferencialmente em articulação com os agentes comunitários de saúde, em cada ciclo.

N	Tipo	Indicador
22	U	NÚMERO DE CICLOS QUE ATINGIRAM MÍNIMO DE 80% DE COBERTURA DE IMÓVEIS VISITADOS PARA CONTROLE VETORIAL DA DENGUE

**Objetivo 2.** Identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.

N	Tipo	Indicador
23	U	PROPORÇÃO DE PREENCHIMENTO DO CAMPO "OCUPAÇÃO" NAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO

**ANEXO 2**  
**PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS)**

<b>Indicador 1.</b> Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em até 60 dias do final do mês de ocorrência		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
1	U	90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias do final do mês de ocorrência.

<b>Indicador 2.</b> Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc até 60 dias do final do mês de ocorrência		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
2	U	Alimentar 90% de registros de nascidos vivos no Sinasc até 60 dias do final do mês de ocorrência.

<b>Indicador 3.</b> Proporção de salas de vacina do município alimentando mensalmente o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
3	U	Pelo menos, 80% das salas de vacina do município com SI-PNI implantado alimentando mensalmente o Sistema.

<b>Indicador 4.</b> Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
4	U	Alcançar cobertura vacinal preconizada em 100% (cem por cento) das vacinas do calendário básico de vacinação da criança.

<b>Indicador 5.</b> Proporção de análises realizadas para o parâmetro Coliformes Totais em água para consumo humano		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
5	U	Realizar, pelo menos, 90% do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais.

<b>Indicador 6.</b> Proporção de semanas com lotes do Sinan enviados		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
6	U	Enviar pelo menos 1 (um) lote do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), semanalmente, totalizando um mínimo de 92% de semanas com lotes enviados no ano.

<b>Indicador 7.</b> Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
7	U	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação.

<b>Indicador 8.</b> Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento adequado até 48h a partir do início dos sintomas		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
8	U	Iniciar em 70% dos casos de malária, tratamento até 48h a partir do início dos sintomas.

<b>Indicador 9.</b> Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
9	U	Realizar, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares com 80% de cobertura em cada ciclo.

<b>Indicador 10.</b> Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>

10	U	Realizar o exame em, pelo menos, 80% dos contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase.
<b>Indicador 11.</b> Proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
11	U	Pelo menos 80% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados.

<b>Indicador 12.</b> Número de testes de sífilis por gestante		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
12	U	Realizar pelo menos 2 testes de sífilis por gestante.

<b>Indicador 13.</b> Número de testes de HIV realizados		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
13	U	Aumentar em 15% o número de testes de HIV realizados.

<b>Indicador 14.</b> Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho		
<b>N</b>	<b>Tipo</b>	<b>Meta</b>
14	U	Preencher o campo “ocupação” em, pelo menos, 90% das notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.

### ANEXO 3 – PROPOSTAS DA IV CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1	Realizar ações educativas e informativas para a população
2	Capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde, voltadas para doenças trabalhadas na Vigilância Epidemiológica
3	Criação de Lei Municipal que permita a eutanásia de animais portadores de Leishmaniose Visceral Canina
4	Criação de um Núcleo de Zoonoses composto por Veterinários e Agentes de Zoonoses
5	Contratação de Médicos Especialistas: Pediatra, Ortopedista, Radiologista
6	Manutenção da oferta de medicamentos padronizados na relação municipal de medicamentos – REMUME
7	Implantar cartilhas informativas quanto ao uso de medicamentos
8	Pleitear junto ao Estado a implantação da Farmácia Cidadã para o município
9	Realizar capacitação e treinamento para todos os profissionais de saúde, visando a melhoria da qualidade dos serviços ofertados
10	Melhoria da estrutura física dos serviços de saúde e agilidade no processo de compra de materiais, equipamentos e instrumentos
11	Ampliar o sistema de informatização com a implantação do prontuário eletrônico
12	Realizar capacitações continuadas para os Conselheiros Municipais de Saúde
13	Realizar reuniões nas comunidades divulgando sobre o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde



**SELO UNICEF - Edição 2017 /2020**

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)	OBJETIVOS	RESULTADOS SISTÊMICOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	AÇÕES ESTRATÉGICAS Realizadas pelo Governo Estadual
1 – Erradicação da pobreza 3 – Saúde e Bem-estar 4 – Educação de qualidade 5 – Igualdade de gênero 10 – Redução das desigualdades 16 – Paz, justiça e instituições eficazes 17 – Parcerias e meios de implementação	Garantir políticas especializadas para crianças e adolescentes excluídos	1. Registro civil de nascimento assegurado a todas as crianças e adolescentes	1.1 Criar o comitê municipal de articulação para a erradicação do subregistro civil de nascimento	
			1.2 Implementar de fluxo de atendimento para emissão gratuita da certidão de nascimento e desenvolver ações de busca ativa de crianças sem certidão de nascimento no município	
		2. Programa de busca ativa, inclusão e acompanhamento de crianças e adolescentes na escola implementado <i>[resultado sistêmico obrigatório]</i>	2.1 Implementar a estratégia de Busca Ativa Escolar (UNICEF/UNDIME/COEGEMAS)	
		3. Programas e políticas de inclusão social de famílias vulneráveis funcionando no município	3.1 Realizar busca ativa e cadastramento de famílias vulneráveis por meio do(s) Centro(s) de Referência em Assistência Social (CRAS)	
			3.2 Encaminhar as famílias para os programas, serviços e benefícios previstos no SUAS	

	Garantir políticas sociais de qualidade para crianças e adolescentes vulneráveis	4. Programas de melhoria do estado nutricional das crianças e adolescentes, incluindo a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, implementados	4.1 Implementar a <i>Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil</i>	
			4.2 Para municípios que têm população indígena: incluir as crianças indígenas na <i>Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil</i>	
			4.3 Aderir e implementar a ação 2 ("Alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil") do <i>Programa Saúde na Escola</i> (PSE/MS e MEC)	
		5. Acesso ao pré-natal garantido segundo os critérios de qualidade do Ministério da Saúde	5.1 Implementar serviços de pré-natal de qualidade desde o primeiro trimestre de gravidez, de acordo com as normativas do Ministério da Saúde	
			5.2 Oferecer o teste rápido de HIV e Sífilis a todas as gestantes, garantindo tratamento o mais cedo possível após o diagnóstico	
		6. Serviços de referência para a atenção à saúde do adolescente em funcionamento de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde	6.1 Implementar ações de promoção da saúde do adolescente envolvendo o uso da Caderneta de Saúde do Adolescente ou seus conteúdos	
			6.2 Implementar fluxo de referência e contrareferência para o tratamento de IST/Aids voltado a adolescentes	
		<b>7. Ações de promoção de direitos sexuais e reprodutivos e prevenção das IST/Aids voltadas para adolescentes e jovens implementadas [resultado sistêmico obrigatório]</b>	7.1 Assegurar que as equipes escolares desenvolvam atividades com os adolescentes sobre os direitos sexuais e reprodutivos, prevenção da gravidez na adolescência e prevenção de IST/Aids a partir de conteúdos alinhados com as Diretrizes do Ministério de Saúde	
			7.2 Aderir e implementar as ações do <i>Programa Saúde na Escola</i> (PSE/MS e MEC), sobretudo a 12 ("Prevenção de DST/Aids e orientação sobre direito sexual e reprodutivo")	
		8. Estratégia para redução da distorção idade-série implementada	8.1 Mapear estudantes com distorção idade-série nas escolas públicas do município	
			8.2 Implementar estratégia de oferta de currículos específicos para estudantes em distorção idade-série nas escolas públicas do município	

		9. Estratégia de promoção da Igualdade Racial implementada na rede escolar municipal	9.1 Implementar as leis 10.639/03 e 11.654/08 nas escolas, por meio das ações e orientações previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para educação das relações étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-brasileira, africana ou indígena	
			9.2 Realizar a campanha <i>Por Uma Infância Sem Racismo</i> de modo intersetorial	
		<b>10. Primeira Infância valorizada como prioridade na agenda de políticas públicas do município</b> <i>[resultado sistêmico obrigatório]</i>	10.1 Realizar a Semana do Bebê anualmente	
			10.2 Implementar estratégias de fortalecimento de competências familiares para crianças em situação de vulnerabilidade	
			10.3 Realizar atividades de auto-avaliação da educação infantil no município com o uso do <i>Indicadores de Qualidade da Educação Infantil (INDIQUE/MEC)</i> e definindo estratégias para a melhoria da educação infantil no município	
		11. Sistema de proteção social básica fortalecido no município	11.1 Implementar redes comunitárias de proteção de direitos e prevenção da violência	
			11.2 Assegurar o funcionamento dos CRAS e CREAS (próprios ou de referência regional) de acordo com as normativas e parâmetros do SUAS	
		12. Acesso ao esporte educacional, seguro e inclusivo garantido a todas as crianças e adolescentes do município	12.1 Participar e concluir o curso <i>Portas Abertas para a Inclusão</i> para professores e gestores de escolas públicas do município	
			12.2 Implementar projetos que contibuem para estruturar programas e atividades de promoção do esporte educacional seguro e inclusivo	
	<b>Prevenir e desenvolver respostas às formas extremas de violência</b>	13. Serviços integrados de atendimento a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência ofertados no município	13.1 Adaptar os procedimentos usados pelas instituições municipais à Lei 13.431/17 e aos parâmetros para a escuta de crianças e adolescentes em situação de violência	
			13.2 Ofertar serviços integrados de atendimento (saúde, assistência, educação, justiça e segurança) às crianças e adolescentes vítimas, autores ou testemunhas de violência em âmbito municipal	

		14. Situações de violência e trabalho infantil notificadas no município	14.1 Alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) anualmente	
			14.2 Realizar ações de comunicação e sensibilização da sociedade sobre situações de violências e trabalho infantil	
		15. Serviços de atendimento socioeducativo em meio aberto disponíveis no município e alimentando os cadastros nacionais	15.1 Oferecer atendimento socioeducativo em meio aberto de acordo com parâmetros do SINASE, por meio da implementação do fluxo intersetorial entre a assistência social, a saúde, a educação, o Sistema de Justiça e o Poder Judiciário	
			15.2 Alimentar os cadastros nacionais com informações de todos os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no município	
		<b>16. Ações multissetoriais de proteção ao direito à vida dos adolescentes e contra a violência implementadas no município [resultado sistêmico obrigatório]</b>	16.1 Desenvolver e implementar programas municipais de prevenção à violência em nível municipal, que incluam a aplicação de protocolos de atendimento a famílias de vítimas de homicídio ou de adolescentes em risco de morte	
			16.2 Desenvolver ações de comunicação sobre valorização e proteção da vida e contra a violência (abordando temas relacionados a homicídios, acidentes de trânsito e suicídios)	
	<b>Promover o engajamento e participação dos cidadãos</b>	<b>17. Mecanismos de escuta e participação da sociedade (especialmente de crianças e adolescentes) na elaboração e controle social de políticas públicas institucionalizados [resultado sistêmico obrigatório]</b>	17.1 Núcleos de cidadania dos adolescentes implementados e realizando atividades previstas no <i>Guia de Mobilização de Adolescentes</i>	
			17.2 Realizar dois Fóruns Comunitários e uma Reunião de Avaliação Intermediária, garantindo a participação de adolescentes	
			17.3 Apoiar o funcionamento regular do CMDCA como órgão deliberativo e controlador das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas e atuando a partir do Plano Municipal Decenal sobre Direitos de Criança e Adolescente	

Parcerias estratégica:



Parcerias na Amazônia:





**PREFEITURA MUNICIPAL DE CEDRAL - MA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PMS 2018 – 2021**  
**DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES – DOMI –**  
**DIGISUS**  
**CEDRAL - MA**

**DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS – PMS 2018 – 2021 – DigiSUS – CEDRAL - MA**

**EIXO 1: Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade**

<b>DIRETRIZ MUNICIPAL Nº 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.</b>											
<b>OBJETIVO MUNICIPAL Nº 1.1 - Efetivar a Atenção Básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral, e promover a articulação intersetorial com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde.</b>											
<b>Nº</b>	<b>Descrição da Meta</b>	<b>Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta</b>	<b>Fonte</b>	<b>Meta Prevista 2018</b>	<b>Meta Prevista 2019</b>	<b>Meta Prevista 2020</b>	<b>Meta Prevista 2021</b>	<b>Meta Plano (2018-2021)</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Subfunção</b>	
1.1.1	Garantir a cobertura populacional atendida pelas Equipes de Saúde da Família	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica <b>(INDICADOR 17 - SISPACTO)</b>	E-SUS AB / SISAB	100	100	100	100	100	Percentual	10.301	
Ação nº 1 - Manutenção das Atividades do Programa Saúde da Família											
Ação nº 2 - Prover às ESF das condições adequadas ao pleno funcionamento											
1.1.2	Atualizar os cadastros da população residente no e-SUS	Proporção de cadastro da população residente. <b>CAPTAÇÃO PONDERADA - PT GM MS 2979/19</b>	E-SUS AB / SISAB	-	50	70	100	100	Percentual	10.301	
Ação nº 1 - Realizar o cadastro individual da população que acessa a Rede municipal de saúde											
Ação nº 2 - Realizar capacitação para o preenchimento do cadastro individual do ESUS para todos os integrantes das equipes AB.											
1.1.3	Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos usuários beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF)	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF) <b>(INDICADOR 18 - SISPACTO)</b>	Bolsa Família na Saúde/E-gestor	80	80	80	80	80	Percentual	10.301	
Ação nº 1 - Efetivar o acompanhamento das famílias beneficiárias do bolsa família selecionadas por vigência.											
1.1.4	Ampliar a razão de exames citopatológicos em mulheres com idade entre 25 e 64 anos de idade	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. <b>(INDICADOR 11 - SISPACTO/ PORTARIA GM N. 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019)</b>	SISCAN	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	Razão	10.301	
Ação nº 1 - Detectar precocemente o câncer de colo de útero por meio da coleta do exame citopatológico do colo de útero, com registro no SISCAN, pelas unidades de saúde da APS											
Ação nº 2 - Manutenção dos serviços de Planejamento Familiar e Saúde da Mulher											
1.1.5	Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária. <b>(INDICADOR 12 - SISPACTO)</b>	SISCAN	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	Razão	10.301	
Ação nº 1 - Manutenção dos serviços de Planejamento Familiar e Saúde da Mulher											
Ação nº 2 - Encaminhar 20% das mulheres entre 50 a 69 anos para realização de mamografia de rastreamento, conforme pactuado no Plano de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas da Regional Pinheiro											

1.1.6	Garantir cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica <b>(INDICADOR 19 - SISPACTO)</b>	E-SUS AB / SISAB	100	100	100	100	100	Percentual	10.301
Ação nº 1 - Manutenção das Atividades do Programa Saúde Bucal										
Ação nº 2 - Prover às ESB das condições adequadas ao pleno funcionamento										
1.1.7	Realizar todas as ações de qualificação do cuidado das pessoas em todos os ciclos de vida pactuadas no âmbito do Programa Saúde na Escola de acordo com as necessidades dos Escolares.	Número de ações pactuadas no Programa Saúde na Escola <b>(META DA PORTARIA Nº 2.264, DE 30 DE AGOSTO DE 2019)</b>	E-SUS AB / SISAB	0	12	12	12	12	Número	10.301
Ação nº 1 - Executar todas as ações programadas no PSE										
Ação nº 2 - Fortalecer a comunicação entre profissionais da saúde e da educação por meio de reuniões integradas, para desenvolverem as ações dando prioridade às necessidades dos educandos										
1.1.8	100% das escolas aderidas/pactuadas com ação de combate ao mosquito Aedes aegypti.	Percentual de escolas com ação de combate ao mosquito Aedes aegypti executada <b>(META DA PORTARIA Nº 2.264, DE 30 DE AGOSTO DE 2019)</b>	E-SUS AB / SISAB	0	100	100	100	100	Número	10.301
Ação nº 1 - Realizar a ação de combate ao mosquito Aedes Aegypti recomendada pelo Ministério da Saúde no ano vigente, já que se trata de uma ação obrigatória em 100% das Escolas										
1.1.9	Manter em ZERO a incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. <b>(INDICADOR 8 - SISPACTO)</b>	SINAN	0	0	0	0	0	Número	10.301
Ação nº 1 - Realizar gestão de casos de gestantes com sífilis para diagnóstico precoce e tratamento oportuno										
Ação nº 2 - Aprimorar e qualificar o pré-natal										
Ação nº 3 - Aprimorar o mecanismo de busca ativa, acompanhamento e vinculação aos serviços da rede SUS, das gestantes em situação de vulnerabilidade										
Ação nº 4 - Investigar os casos notificados de sífilis congênita										
1.1.10	Ofertar 2 testes de sífilis por gestante, segundo o protocolo de pré-natal proposto pela Rede Cegonha	Número de testes de sífilis por gestante <b>(INDICADOR 11 - PQAVS)</b>	SIA/ESUS-AB	2	2	2	2	2	Número	10.301
Ação nº 1 - Garantir a realização dos testes de sífilis em gestantes e o preenchimento correto do código corresponde ao procedimento na ficha do E-SUS (quando realizado na Atenção Básica) e na ficha do BPA-I - Boletim de produção Ambulatorial – dados individualizados (quando realizado no hospital).										
1.1.11	Ampliar 15% o número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior	Número de testes de HIV realizado <b>(INDICADOR 12 - PQAVS)</b>	SIA/ESUS-AB	15	15	15	15	15	Percentual	10.301
Ação nº 1 - Garantir a realização dos testes de HIV na população e o preenchimento correto do código corresponde ao procedimento na ficha do E-SUS (quando realizado na Atenção Básica) e na ficha do BPA-I - Boletim de Produção Ambulatorial – dados individualizados (quando realizado no hospital)										
1.1.12	Reduzir a incidência de novos casos de AIDS em menores de 5 anos	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos <b>(INDICADOR 9 - SISPACTO)</b>	SINAN	0	0	0	0	0	Percentual	10.301
Ação nº 1 - Melhorar a qualidade do pré-natal e a assistência ao parto										
Ação nº 2 - Realizar ações de prevenção e conscientização / sensibilização ao HIV em Escolas e Grupos da Comunidade										
1.1.13	Investigar 90% os óbitos em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados <b>(INDICADOR 2 - SISPACTO)</b>	SIM	90	90	90	90	90	Percentual	10.305

Ação nº 1 - Investigar a partir das Declarações de Óbito de mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos, residentes no município, por meio de visitas domiciliares, verificações dos prontuários médicos das instituições de saúde e sistema de informação municipal										
Ação nº 2 - Alimentar e monitorar o Sistema de Informação de Mortalidade										
1.1.14	Investigar 100% dos óbitos maternos em tempo oportuno (120 dias)	Proporção de óbitos maternos investigados	SIM	100	100	100	100	100	Percentual	10.305
Ação nº 1 - Investigar a partir das Declarações de Óbito de mulheres, residentes no município, por meio de visitas domiciliares, verificações dos prontuários médicos das instituições de saúde e sistema de informação municipal										
Ação nº 2 - Alimentar e monitorar o Sistema de Informação de Mortalidade										
1.1.15	Investigar 100% dos óbitos infantis e fetais em tempo oportuno (120 dias)	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	SIM	100	100	100	100	100	Percentual	10.305
Ação nº 1 - Investigar a partir das Declarações de Óbito de crianças, residentes no município, por meio de visitas domiciliares, verificações dos prontuários médicos das instituições de saúde e sistema de informação municipal										
Ação nº 2 - Alimentar e monitorar o Sistema de Informação de Mortalidade										
1.1.16	Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida ( <b>INDICADOR 3 - SISPACTO</b> )	SIM	95	95	95	95	95	Percentual	10.305
Ação nº 1 - Realizar investigação de óbito, pelo setor de vigilância epidemiológica, junto aos serviços de saúde analisando a história clínica dos pacientes, para determinar a causa de óbito										
1.1.17	Aumentar o percentual de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar ( <b>INDICADOR 13 - SISPACTO</b> )	SIHD/SINASC	70	70	70	70	70	Percentual	10.302
Ação nº 1 - Incentivar a participação das usuárias no grupo de gestantes nas UBS com enfoque na assistência ao Pré-natal e parto										
Ação nº 2 - Melhorar as instalações do Hospital Municipal para a ambiência de Partos										
Ação nº 3 - Realizar classificação de risco de gestações nas consultas pré-natais por médicos e enfermeiros na atenção básica de acordo com o Guia de Pré-Natal na Atenção Básica.										
1.1.18	Manter abaixo de 20% o índice de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos.	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos ( <b>INDICADOR 14 - SISPACTO</b> )	SIHD/SINASC	20	20	20	20	20	Percentual	10.301
Ação nº 1 - Desenvolver ações que busquem reduzir a número de gestantes adolescentes grávidas (menores de 19 anos)										
Ação nº 2 - Monitorar a captação precoce e consultas de pré-natal										
1.1.19	Reduzir a taxa de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil ( <b>INDICADOR 15 - SISPACTO</b> )	SIM	3	2	1	0	3	Número	10.301
Ação nº 1 - Melhorar a qualidade do pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido										
Ação nº 2 - Fortalecer a captação precoce das gestantes para a realização do pré-natal, com incentivo a realização do teste rápido de gravidez										
Ação nº 3 - Humanizar a equipe										
1.1.20	Manter em ZERO a mortalidade materna no município	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência ( <b>INDICADOR 16 - SISPACTO</b> )	SIM	0	0	0	0	0	Número	10.301

Ação nº 1 - Realizar busca ativa de gestantes vulneráveis por profissionais da APS

Ação nº 2 - Fortalecer a captação precoce das gestantes para a realização do pré-natal, com incentivo a realização do teste rápido de gravidez

1.1.21	Atingir 60% das gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal durante a gestação	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação ( <b>PORTARIA GM N. 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019</b> )	SINASC/ESUS-AB/SISAB/SM	-	-	60	60	60	Percentual	10.301
--------	---	---	-------------------------	---	---	----	----	----	------------	--------

Ação nº 1 - Garantir as ações de planejamento familiar e a captação precoce das gestantes em 100,00% das unidades de saúde

1.1.22	Garantir a oferta e execução dos testes rápidos de HIV e de sífilis para 100% das gestantes	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV ( <b>PORTARIA GM N. 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019</b> )	SIA/ESUS-AB	-	-	100	100	100	Percentual	10.301
--------	---	---	-------------	---	---	-----	-----	-----	------------	--------

Ação nº 1 - Garantir a realização dos testes de sífilis e HIV em gestantes e o preenchimento correto do código corresponde ao procedimento na ficha do E-SUS-AB (quando realizado na Atenção Básica) e na ficha do BPA-I - Boletim de produção Ambulatorial – dados individualizados (quando realizado no hospital).

1.1.23	Implementar o agendamento de 80% das gestantes acompanhadas no SUS para tratamento odontológico durante a gestação na proporção de gestantes sendo acompanhadas na rede APS	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado ( <b>PORTARIA GM N. 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019</b> )	ESUS-AB/SISAB	-	-	80	80	80	Percentual	10.301
--------	---	--	---------------	---	---	----	----	----	------------	--------

Ação nº 1 - Realizar busca ativa e agendamento das gestantes acompanhadas no SUS para tratamento odontológico

1.1.24	Realizar aferição de pressão arterial de 100% dos hipertensos cadastrados e acompanhados pelas equipes de APS	Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre ( <b>PORTARIA GM N. 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019</b> )	ESUS-AB/SISAB	-	-	100	100	100	Percentual	10.301
--------	---	--	---------------	---	---	-----	-----	-----	------------	--------

Ação nº 1 - Garantir o controle da pressão arterial de todos os hipertensos cadastrados e acompanhados pela APS

Ação nº 2 - Manter o cadastro dos hipertensos atualizados no sistema E-SUS-AB

Ação nº 3 - Garantir o preenchimento correto dos atendimentos e procedimentos realizados, na ficha do E-SUS-AB

1.1.25	Solicitar o exame de Hemoglobina Glicada de todos os pacientes diabéticos cadastrados e acompanhados na APS	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada ( <b>PORTARIA GM N. 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019</b> )	ESUS-AB/SISAB	-	-	100	100	100	Percentual	10.301
--------	---	--	---------------	---	---	-----	-----	-----	------------	--------

Ação nº 1 – Monitorar a realização do exame de Hemoglobina Glicada pelos pacientes diabéticos cadastrados e acompanhados pela APS

Ação nº 2 - Manter o cadastro dos diabéticos atualizados no sistema E-SUS-AB

Ação nº 3 - Garantir o preenchimento correto dos atendimentos e procedimentos realizados, na ficha do E-SUS-AB

<b>DIRETRIZ MUNICIPAL Nº 2 – Ampliar e qualificar a Atenção Ambulatorial Especializada</b>										
<b>OBJETIVO MUNICIPAL Nº 2.1 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política Básica e da atenção especializada</b>										
<b>Nº</b>	<b>Descrição da Meta</b>	<b>Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta</b>	<b>Fonte</b>	<b>Meta Prevista 2018</b>	<b>Meta Prevista 2019</b>	<b>Meta Prevista 2020</b>	<b>Meta Prevista 2021</b>	<b>Meta Plano (2018-2021)</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Subfunção</b>
2.1.1	Manutenção e aprimoramento do serviço de análises clínicas	Procedimentos realizados	SIA/TABNET	80	80	80	80	80	Percentual	10.302
Ação nº 1 - Ofertar exames de laboratório clínico para a população										
2.1.2	Implantação e Manutenção do Serviço de Diagnóstico por imagem	Procedimentos realizados	SIA/TABNET	80	80	80	80	80	Percentual	10.302
Ação nº 1 - Manutenção do serviço										
Ação nº 2 - Acompanhamento da demanda mensal										
2.1.3	Melhorar o acesso aos Serviços Hospitalares e especializados	100% das Unidades ( <b>MUNICIPAL</b> )	SEMUS	-	-	-	100	100	Número	10.302
Ação nº 1 - Efetuar reparos na pintura, elétrica e hidráulica do Hospital Municipal										
Ação nº 2 - Manutenção de Equipamentos										
Ação nº 3 - Garantir a manutenção geral das unidades de saúde, provendo materiais de consumo, materiais médico-hospitalares, materiais de laboratório, manutenção de equipamentos e veículos.										
2.1.4	Garantir que todos os usuários do Programa de Tratamento de Saúde Fora do Domicílio tenham seus processos efetivados em tempo oportuno	% Usuários atendidos ( <b>PT GM MS 055, DE 24 DE FEVEREIRO DE 1999</b> )	SEMUS	80	80	80	80	80	Percentual	10.302
Ação nº 1 - Manutenção e aprimoramento do serviço de TFD										
2.1.5	Adequar a estrutura física de 100% das Unidades de Saúde da Família sempre que necessário para melhor executar suas ações assistenciais a população.	Número de USF com estrutura física e ambiência para atender a política de humanização do SUS. ( <b>MUNICIPAL</b> )	SEMUS	25	50	75	100	100	Percentual	10.301
Ação nº 1 - Garantir a ambiência das 3 Unidades de Saúde da Família										
Ação nº 3 - Garantir a manutenção geral das unidades de saúde, provendo materiais de consumo, materiais médico-hospitalares e odontológicos, manutenção de equipamentos e veículos.										

<b>DIRETRIZ MUNICIPAL Nº 3 - Garantia de assistência farmacêutica no âmbito do SUS</b>										
<b>OBJETIVO MUNICIPAL Nº 3.1 - Garantir o acesso aos medicamentos adquiridos pela Secretaria de Saúde para atender às necessidades de saúde da população.</b>										
<b>Nº</b>	<b>Descrição da Meta</b>	<b>Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta</b>	<b>Fonte</b>	<b>Meta Prevista 2018</b>	<b>Meta Prevista 2019</b>	<b>Meta Prevista 2020</b>	<b>Meta Prevista 2021</b>	<b>Meta Plano (2018-2021)</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Subfunção</b>

3.1.1	Disponibilizar 100% dos medicamentos adquiridos para atender às necessidades de saúde da população na atenção básica	Percentual de itens de medicamentos programados e disponibilizados <b>(PT GM/MS 1.515 DE 30 DE JULHO DE 2013)</b>	SEMUS / HÓRUS	100	100	100	100	100	Percentual	10.303
Ação nº 1 – Otimizar os recursos destinados a Assistência Farmacêutica										
3.1.2	Elaborar e divulgar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e os fluxos da assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde	REMUME existente <b>(META MUNICIPAL) (PT GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 e Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004)</b>	SEMUS / HÓRUS	0	0	0	1	1	Número	10.122
Ação nº 1 – Orientar os profissionais quanto a prescrição dos medicamentos e insumos presentes na REMUME										
3.1.3	Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus para atendimento de 100% dos usuários	Sistema Hórus Implantado <b>(META MUNICIPAL) (PT Nº 271, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2013 e PT nº 1.214/GM/MS, de 13 de junho de 2012 - QUALIFAR-SUS)</b>	SEMUS / HÓRUS	0	0	0	1	1	Número	10.122
Ação nº 1 - Promover a capacitação de 100% dos profissionais que atuam na assistência farmacêutica										

## EIXO 2: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

<b>DIRETRIZ MUNICIPAL Nº 4 - Fortalecimento da Vigilância em Saúde através da integração das Vigilâncias com a Rede de Atenção a Saúde</b>										
<b>OBJETIVO MUNICIPAL Nº 4.1</b> - Garantia do acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população, para redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros.										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Fonte	Meta Prevista 2018	Meta Prevista 2019	Meta Prevista 2020	Meta Prevista 2021	Meta Plano (2018-2021)	Unidade de Medida	Subfunção
4.1.1	Reduzir a taxa de mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas não Transmissíveis DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, Diabetes e Doenças Respiratórias Crônicas)	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). <b>(INDICADOR 1 - SISPACTO)</b>	SIM	10	9	8	7	7	Número	10.305
Ação nº 1 - Fortalecer políticas de prevenção e promoção de saúde, em relação a doenças crônicas										
Ação nº 2 - Monitorar mensalmente o cadastramento e estratificação de risco dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus de todas as UBS/ESF										
4.1.2	Realizar ações em todos os grupos de ações essenciais a atuação da vigilância sanitária do Município	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano <b>(INDICADOR 20 - SISPACTO)</b>	SIA	100	100	100	100	100	Percentual	10.304
Ação nº 1 - Cadastrar e inspecionar estabelecimentos sujeitos à VISA										
Ação nº 2 - Realizar atividades educativas para a população e para o setor regulado										
Ação nº 3 - Receber e atender denúncias										

Ação nº 4 - Instaurar processo administrativo sanitário

Ação nº 5 - Elaborar a Programação Anual das Ações de Vigilância Sanitária

4.1.3	Ampliar a cobertura vacinal das vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada. <b>(INDICADOR 4 - SISPACTO / INDICADOR 4 - PQAVS)</b>	SIPNI	75	75	75	75	75	Proporção	10.305
-------	--	---	-------	----	----	----	----	----	-----------	--------

Ação nº 1 - Manutenção das Ações da Vigilância em Saúde

Ação nº 2 - Elaborar o plano de ação da imunização e acompanhar a execução do mesmo

Ação nº 3 - Promover a prevenção de riscos à saúde da população

4.1.4	Manter as salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunização	Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunização <b>(INDICADOR 3 - PQAVS)</b>	SIPNI	100	100	100	100	100	Percentual	10.305
-------	--	--	-------	-----	-----	-----	-----	-----	------------	--------

Ação nº 1 - Capacitar e/ou atualizar todos dos profissionais de enfermagem que atuam em sala de vacinas

4.1.5	Ampliar o percentual de cobertura vacinal contra gripe para a pessoa idosa.	Cobertura vacinal na população acima de 60 anos <b>(Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 e PT Nº 1.498, DE 19 DE JULHO DE 2013)</b>	SIPNI	80	80	80	80	80	Percentual	10.305
-------	---	---	-------	----	----	----	----	----	------------	--------

Ação nº 1 - Divulgar e ofertar as vacinas para os grupos prioritários e quando necessário realizar busca ativa

4.1.6	Garantir a vacinação antirrábica para cães e gatos na campanha	Proporção de cães e gatos vacinados na campanha de vacinação antirrábica <b>(PORTARIA Nº 1.138, DE 23 DE MAIO DE 2014) - Antigo INDICADOR 48 - SISPACTO)</b>	SIPNI	80	80	80	80	80	Percentual	10.305
-------	--	--	-------	----	----	----	----	----	------------	--------

Ação nº 1 - Intensificar as campanhas de vacinação antirrábica em todo o Município

4.1.7	Investigar e encerrar os casos de doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (Sinan), em até 60 dias a partir da data de notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação <b>(INDICADOR 5 - SISPACTO / INDICADOR 6 - PQAVS)</b>	SINAN	80	80	80	80	80	Percentual	10.305
-------	---	---	-------	----	----	----	----	----	------------	--------

Ação nº 1 - Notificar os casos suspeitos

Ação nº 2 - Solicitar exames para encerramento do caso

Ação nº 3 - Manter o SINAN atualizado acompanhando a evolução e encerramento dos casos

4.1.8	Integrar as ações de prevenção e diagnóstico da hanseníase em Unidades Básicas de Saúde, ESF	Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes <b>(INDICADOR 6 - SISPACTO)</b>	SINAN	88	88	88	88	88	Percentual	10.305
-------	--	---	-------	----	----	----	----	----	------------	--------

Ação nº 1 - Encaminhar os casos suspeitos de hanseníase ao serviço especializado										
Ação nº 2 - Fornecer 100% dos medicamentos para hanseníase em tempo oportuno										
4.1.9	Ampliar a proporção de contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes examinados	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase <b>(INDICADOR 9 - PQAVS)</b>	SINAN	82	82	82	82	82	Percentual	10.305
Ação nº 1 - Capacitar os profissionais de saúde da rede, principalmente enfermeiros e agentes para garantir adesão ao tratamento										
Ação nº 2 - Monitorar e realizar busca ativa dos contatos dos casos novos de hanseníase, visando à interrupção da cadeia de transmissão e/ou detecção precoce de novos casos										
Ação nº 3 - Registrar os contatos examinados no Sistema SINANNET, que utiliza o boletim de acompanhamento para atualização das informações disponibilizadas mensalmente										
4.1.10	Atingir a proporção de alta por cura de Tuberculose (TB) Pulmonar acima de 75%	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera <b>(Antigo INDICADOR 36 - SISPACTO)</b>	SINAN	75	75	75	75	75	Percentual	10.305
Ação nº 1 - Diagnosticar casos novos de TB pulmonar bacilífera, com sintomas respiratórios com menos de 60 dias										
Ação nº 2 - Garantir a busca ativa e acompanhamento dos casos confirmados através do tratamento diretamente observado, prevenindo os abandonos de tratamento										
Ação nº 3 - Fornecer 100% dos medicamentos em tempo oportuno.										
4.1.11	70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. <b>(INDICADOR 10 - PQAVS)</b>	SINAN	70	70	70	70	70	Percentual	10.305
Ação nº 1 - Examinar os contatos dos casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial no prazo máximo de até 30 dias, visando à interrupção da cadeia de transmissão e/ou detecção precoce de novos casos										
Ação nº 2 - Registrar os contatos examinados no Sistema SINANNET, que utiliza o boletim de acompanhamento para atualização das informações disponibilizadas mensalmente										
4.1.12	Garantir a realização de exames anti-HIV em 100% dos casos novos de tuberculose	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose <b>(Antigo INDICADOR 37 - SISPACTO)</b>	SINAN	100	100	100	100	100	Percentual	10.305
Ação nº 1 – Ofertar testagem e insumos de prevenção da infecção pelo HIV, hepatites virais e outras IST para os pacientes diagnosticados com Tuberculose Pulmonar Bacilífera										
4.1.13	Ampliar para 30% a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. <b>(INDICADOR 10 - SISPACTO / INDICADOR 5 - PQAVS)</b>	SISAGUA	20	25	28	30	30	Percentual	10.305
Ação nº 1 - Realizar, de forma contínua, a vigilância da qualidade da água para consumo humano, para identificar os potenciais riscos à saúde relacionados ao consumo da água fora dos padrões de potabilidade, conforme legislação específica										
Ação nº 2 - Cadastrar, monitorar e inspecionar os sistemas de abastecimento e soluções alternativas coletivas										
Ação nº 3 - Coletar amostra de água dos sistemas de abastecimento										
4.1.14	Realizar visitas aos imóveis em pelo menos 04 ciclos de visitas domiciliares, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue <b>(INDICADOR 22 - SISPACTO / INDICADOR 8 - PQAVS)</b>	SISPNCDD	4	4	4	4	4	Número	10.305

Ação nº 1 - Realizar ações de acordo com o Programa Nacional de Controle da Dengue										
Ação nº 2 - Reduzir o índice de Infestação Predial por Aedes aegypti										
Ação nº 3 - Realizar eventos de atividades educativas para mobilizar outros setores e a comunidade nas ações de prevenção da dengue										
4.1.15	Manter o número de casos autóctones de malária em zero casos ao ano	Número de casos autóctones de malária (INDICADOR 7 - SISFACTO)	SIVEP-MALÁRIA	0	0	0	0	0	Número	10.305
Ação nº 1 - Manutenção dos serviços de Vigilância Epidemiológica e de Controle de Doenças Transmissíveis e Contagiosas										
Ação nº 2 - Manter os sistemas SINAN e SIVEP-Malária atualizados										
4.1.16	70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados).	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno (INDICADOR 7 - PQAVS)	SIVEP-MALÁRIA	70	70	70	70	70	Percentual	10.305
Ação nº 1 - Manutenção dos serviços de Vigilância Epidemiológica e de Controle de Doenças Transmissíveis e Contagiosas										
Ação nº 2 - Manter os sistemas SINAN e SIVEP-Malária atualizados										
4.1.17	90% de registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência (INDICADOR 1 - PQAVS)	SIM	90	90	90	90	90	Percentual	10.305
Ação nº 1 - Manter o sistema de informação de mortalidade atualizado										
Ação nº 2 - Fazer busca ativa (Unidade de Saúde, Cartório, Cemitério, Visita Domiciliar, SVO) dos óbitos não registrados no Sistema e providenciar o registro no SIM de todos os óbitos ocorridos no município, na quantidade estimada e dentro do prazo estipulado de 60 dias										
Ação nº 3 - Aprimorar a captação e a qualificação das informações providenciando o registro no SIM/SINASC de todos os óbitos/nascimentos ocorridos no município, na quantidade estimada e prazo estabelecido de 60 dias										
4.1.18	90% de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC até 60 dias após o final do mês de ocorrência	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência (INDICADOR 2 - PQAVS)	SINASC	90	90	90	90	90	Percentual	10.305
Ação nº 1 - Manter o sistema de informação de natalidade atualizado										
Ação nº 2 - Fazer busca ativa (Unidade de Saúde, Cartório, Parteira, Igreja) dos nascimentos não registrados no Sistema SINASC e providenciar o registro de todos os nascimentos ocorridos no município, na quantidade estimada e dentro do prazo estipulado de 60 dias										
Ação nº 3 - Aprimorar a captação e a qualificação das informações providenciando o registro no SIM/SINASC de todos os óbitos/nascimentos ocorridos no município, na quantidade estimada e prazo estabelecido de 60 dias										
4.1.19	95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida (INDICADOR 15 - PQAVS)	SINAN	95	95	95	95	95	Percentual	10.305

Ação nº 1 - Alimentar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) com todas as informações devidamente preenchidas										
Ação nº 2 - Monitorar as notificações de Violência interpessoal/ autoprovocada										
Ação nº 3 - Realizar busca ativa nas Redes de Saúde, Rede de Assistência Social, CRAS, CREAS, Setor de Atenção à Mulher, Conselho Tutelar, Rede de Educação (Creche, escola), Conselho do Idoso, Delegacia (atendimento idoso, mulher, criança e adolescente)										
4.1.20	Incentivar e monitorar as notificações de agravos relacionados à Saúde do Trabalhador garantindo o correto preenchimento do campo ocupação em pelo menos 95% das notificações	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. <b>(INDICADOR 23 - SISPACTO / INDICADOR 14 - PQAVS)</b>	SINAN	95	95	95	95	95	Percentual	10.305
Ação nº 1 - Aumentar e qualificar as fontes notificadoras de agravos relacionados ao trabalho										
Ação nº 2 - Realizar busca ativa nas unidades de saúde para garantir as notificações de agravos relacionados ao trabalho										

### EIXO 3: Participação e Controle Social

<b>DIRETRIZ MUNICIPAL Nº 5 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável</b>										
<b>OBJETIVO MUNICIPAL Nº 5.1</b> - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de Saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de Saúde, agentes de combate as endemias, educadores populares com o SUS										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Fonte	Meta Prevista 2018	Meta Prevista 2019	Meta Prevista 2020	Meta Prevista 2021	Meta Plano (2018-2021)	Unidade de Medida	Subfunção
5.1.1	Realizar 12 Reuniões Ordinárias do Conselho Municipal de Saúde previstas no Calendário do CMS	Quantidade de Reuniões Ordinárias realizadas - <b>Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde</b>	CMS - e-SUS AB	12	12	12	12	12	Número	10.122
Ação nº 1 - Apoiar o processo de formação e manutenção do Conselho Municipal de Saúde										
<b>OBJETIVO MUNICIPAL Nº 5.2</b> - Garantir a transparência por meio das ações permanentes de controle interno (auditoria, fiscalização e visitas técnicas), de forma preventiva e reparatória, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos procedimentos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados.										
5.2.1	Apresentar as Prestações de Contas Bimestrais da Gestão ao Conselho Municipal de Saúde, conforme LC 141/2012	Quantidade de Prestações de Contas apresentadas - LC 141/12	Resoluções CMS - digiSUS	6	6	6	6	6	Número	10.122
Ação nº 1 - Efetivar as apresentações das prestações de contas bimestrais da Secretaria Municipal de Saúde										
5.2.2	Realizar Audiência Pública, na casa Legislativa, para Prestação de Contas Quadrimestral da Gestão, conforme LC 141/2012	Quantidade de Audiências Públicas de Prestações de Contas apresentadas - LC 141/12	CMS - e-SUS AB	3	3	3	3	3	Número	10.122
Ação nº 1 - Apresentar Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, em audiência pública na Casa Legislativa, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro										

5.2.3	Implantar o Componente da Ouvidoria Municipal	Quantidade de Ouvidoria implantadas (Antigo INDICADOR 65 - SISPACTO - PT GM/MS nº 3.027/2007)	SEMUS	0	0	0	1	1	Número	10.122
Ação nº 1 - Implantar Ouvidoria Municipal										

#### EIXO 4: Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde

DIRETRIZ MUNICIPAL Nº 6 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde										
OBJETIVO MUNICIPAL Nº 6.1 - Estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Fonte	Meta Prevista 2018	Meta Prevista 2019	Meta Prevista 2020	Meta Prevista 2021	Meta Plano (2018-2021)	Unidade de Medida	Subfunção
6.1.1	Realizar no mínimo 6 ações de qualificação profissional em consonância com o Programa para Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS PRO EPS-SUS	Ações no âmbito do PRO EPS-SUS (PT GM/MS 3.194, de 28 de novembro de 2017)	SEMUS - e-SUS (SISAB)	-	-	6	-	6	Número	10.122
Ação nº 1 - Elaborar o plano de ação para educação permanente										
Ação nº 2 - Monitorar e avaliar as ações realizadas										
6.1.2	Construir o PCCS/SUS - Municipal	Decreto Municipal de Criação da Comissão (PT GM MS 1.318/2007, de 5 de junho de 2007)	SEMUS	-	-	-	1	1	Número	10.122
Ação nº 1 - Criar calendário de reuniões da comissão										

OBJETIVO MUNICIPAL Nº 6.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na região de Saúde										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Fonte	Meta Prevista 2018	Meta Prevista 2019	Meta Prevista 2020	Meta Prevista 2021	Meta Plano (2018-2021)	Unidade de Medida	Subfunção
6.2.1	Ampliar para 100,00% o percentual de trabalhadores que atendem ao SUS com vínculos protegidos	Números de Servidores Públicos Municipais	SEMUS	95	98	99	100	100	Percentual	10.122
Ação nº 1 - Manter os cadastros dos profissionais atualizados										

**EIXO 5: Financiamento do SUS e Relação Público-Privado**

<b>DIRETRIZ MUNICIPAL Nº 7 - Garantir a execução dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde, observadas as necessidades de saúde da população, levando em consideração as dimensões epidemiológicas, demográfica, socioeconômica e espacial, e capacidade de oferta.</b>										
<b>OBJETIVO MUNICIPAL Nº 7.1 – Otimizar o gasto público em saúde, alinhando os recursos recebidos com a programação financeira, de forma a garantir a integralidade da assistência à saúde da população. Aprimorar o processo de execução das emendas individuais, com ênfase na pactuação de critérios para projetos prioritários, na eficiência dos investimentos e na sustentabilidade do SUS.</b>										
<b>Nº</b>	<b>Descrição da Meta</b>	<b>Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta</b>	<b>Fonte</b>	<b>Meta Prevista 2018</b>	<b>Meta Prevista 2019</b>	<b>Meta Prevista 2020</b>	<b>Meta Prevista 2021</b>	<b>Meta Plano (2018-2021)</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Subfunção</b>
7.1.1	Firmar convênio Fundo a Fundo através de Emendas Parlamentares para Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para Atenção Básica	Número de Convênios Firmados	SISAB / FNS	1	-	-	-	1	Percentual	10.301
Ação nº 1 - Realizar aquisição de equipamentos e materiais permanentes para Atenção Básica, conforme necessidade e plano de aplicação										
Ação nº 2 - Adequar a estrutura física dos serviços de saúde, de acordo com levantamento efetivado pela SEMUS, de modo a garantir o acesso aos usuários do SUS, bem como melhoria da ambiência										
7.1.2	Aplicar no mínimo 15% dos recursos próprios municipais em ações e serviços de saúde	% de recursos aplicados - LC 141/12 - CF	SIOPS	15	15	15	15	15	Percentual	10.122
Ação nº 1 - Avaliar a aplicação da receita própria aplicada em ASPS conforme a LC 141/2012										

**EIXO 6: Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS**

<b>DIRETRIZ MUNICIPAL Nº 8 - Implementar o uso de tecnologias voltadas para a melhoria das condições de saúde da população brasileira e para o aprimoramento dos mecanismos e ferramentas de gestão, regulação e atenção à saúde no âmbito do SUS</b>										
<b>OBJETIVO MUNICIPAL Nº 8.1 - Implantar, de forma descentralizada, as ferramentas tecnológicas de gestão do SUS.</b>										
<b>Nº</b>	<b>Descrição da Meta</b>	<b>Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta</b>	<b>Fonte</b>	<b>Meta Prevista 2018</b>	<b>Meta Prevista 2019</b>	<b>Meta Prevista 2020</b>	<b>Meta Prevista 2021</b>	<b>Meta Plano (2018-2021)</b>	<b>Unidade de Medida</b>	<b>Subfunção</b>
8.1.1	Implantar o sistema e-SUS PEC em 100% das Unidades Básicas de Saúde do Município	% de unidades com e-SUS PEC implantado - (PT GM MS 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013)	SEMUS	50	60	70	100	100	Percentual	10.301
Ação nº 1 - Adquirir equipamentos, conforme lista efetivada pela SEMUS, Instalar o programa com acesso a internet e capacitar os profissionais de saúde para uso do sistema e-SUS PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão)										