PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

SÃO LUÍS | 2022-2025

PREFEITURA DE SÃO LUÍS POR UMA CIDADE MELHOR | SEMUS | SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2022 - 2025

São Luís - MA
2021

PREFEITURA DE SÃO LUÍS

Eduardo Salim Braide
PREFEITO

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Higor Oliveira Alhadef
PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Joel Nicolau Nogueira Nunes Júnior
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Sálvia Andrade Azevedo
SECRETÁRIA ADJUNTA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Rose Mary Arouche
SUPERINTENDENTE INTERINA DE PROGRAMAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Sílvia Helena Cavalcante de Sousa
SUPERINTENDENTE DE CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Maria do Socorro Araújo Pereira Itapary
SUPERINTENDENTE DE ASSISTENCIA A REDE DE SAÚDE

Adriana Ferreira Mota
SUPERINTENDENTE DE AÇÕES EM SAÚDE

Paulo Jessé Silva Gonçalves
SUPERINTENDENTE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA E SANITÁRIA

Daniel Lago Borges
SUPERINTENDENTE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Lizandra Rafaela de Silva
SUPERINTENDENTE DE ADMINISTRAÇÃO

Eline Barbosa Nunes
SUPERINTENDENTE ORÇAMENTÁRIA FINANCEIRA E CONTÁBIL

William Ribeiro Nunes Neto
SUPERINTENDENTE DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE

Etheana Lima Trajano
SUPERINTENDENTE DE MATERIAL E PATRIMÔNIO

Organização geral
Danyellen Castro Veloso
Jadna Patrícia Costa Lins
Rose Mary Arouche
Violeta Maria Soares

Elaboração técnica
Alessandra Enes Rocha
Allysson Roberth Nunes Sousa
Ana Karina Abdala
Ananda Garcez
Ana Paula Borges Gomes
Bimaura Serra Rosa
Daniel Soares Saraiva
Gleusa Mara Barreto Vieira
Gizelli Santos Lourenço Coutinho
Higor Oliveira Alhadef
Janaína Vieira Lima
Januária Alves e Silva Nogueira
Jean Marie A. E. Van Damme:
Kardene Pereira Rodrigues
Karla Ester Oliveira Abreu
Larissa de Mesquita Ribeiro Alencar
Lindinalda Farias Duarte da Silva
Lorena Paraíso
Luz Marina Xavier Guimarães
Marcília Miranda Teixeira dos Santos
Mariana Ayres Diniz Brandão
Patricia Viana Tocantins
Sebastiana Barbosa Paes Landim
Valeska Rogéria Vieira Trinta
Wendel Alencar de Oliveira

Revisão técnica
Claudiane de Jesus Rosa
Danyellen Castro Veloso
Egídio de Carvalho Ribeiro
Jadna Patrícia Costa Lins
Luciana Rodrigues Vieira Santana
Maria Dayse Sá Costa
Priscylla de Oliveira Miranda
Robério Antônio Alencar Rafael
Tânia Maria Mendonça Frazão
Thaianne Pollana Mourão Sousa
Violeta Maria Soares
Wyllyane Rayana Chaves Carvalho

APRESENTAÇÃO

Apresento o Plano Municipal de Saúde (PMS) de São Luís, instrumento de planejamento que explicita os compromissos e intenções da gestão de saúde pública municipal no período de 2022-2025.

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) estabeleceu o ciclo de planificação da gestão em saúde, garantindo a compatibilização entre os principais instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS): PMS, Programação Anual da Saúde (PAS), Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

Saliento a importância dos diálogos que conectam as diretrizes do Plano Nacional de Saúde, do Plano Estadual de Saúde 2019-2022 e Conferência Municipal de Saúde na construção da planificação municipal, esta última ainda será realizada, pois fora adiada em decorrência da situação pandêmica, sobretudo no que diz respeito a novas exigências e prioridades de estratégias e metas factíveis para o quadriênio neste contexto desafiador do agravamento da crise econômico-financeira. Portanto, torna-se crucial a busca de novas medidas que possam resultar em oportunidades de melhoria nos processos de gestão, em especial, nos mecanismos de controle e avaliação dos serviços ofertados à população.

Corroboro o empenho da SEMUS na busca de alternativas para enfrentamento dos desafios indissociáveis à organização do SUS Municipal. Esperamos que o debate permanente deste PMS e seus desdobramentos de acordo com as Programações Anuais da Saúde e resultados refletidos nos próximos Relatórios Anuais de Gestão possam dar vida a este instrumento e torná-lo de uso cotidiano, capaz de orientar os trabalhos das equipes de saúde e sendo aprimorado à luz das mudanças da realidade municipal.

Com a garantia do princípio da transparência, e contando com a parceria do Conselho Municipal de Saúde (CMS), um dos maiores protagonistas no processo de fortalecimento do SUS no município, esperamos promover a saúde e qualidade de vida da população e de suas comunidades, implementando políticas relacionadas à saúde, por meio de ações integrais e intersetoriais, de forma resolutiva, humanizada, com equidade e participação popular.

Joel Nicolau Nogueira Nunes Junior
Secretário Municipal de Saúde de São Luís/MA- SEMUS

LISTA DE SIGLAS

AARH- Atendimento Antirrábico Humano

AD – Atenção Domiciliar

AI- Assistência Farmacêutica

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APS– Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPA- I – Boletim de Produção Ambulatorial

CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEMARC – Central de Marcação de Consultas

CEO – Centro Especializado em Odontologia

CER – Centro Especializado em Reabilitação

CEREST – Centro de referência em Saúde do Trabalho

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

CIR – Comissão Intergestores Regionais

CIST – Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social para o Trabalho

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CnR – Consultório de Rua

CRONOP – Central de Regulação Obstétrica, Neonatologia e Pediátrica

CTA – Centro Municipal de Testagem e Aconselhamento

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DDAHV – Departamento DST, AIDS e Hepatites Virais

DEI – Doença Exantemática Indeterminada

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

EACS – Estratégia de Agente Comunitário de Saúde

EAAB – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

EAP – Equipe de Atenção Primária

EAP-SB – Equipe de Atenção Primária de Saúde Bucal

ECR – Equipe de Consultório da Rua

ELISA – Ensaio Imunoenzimático

EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipe Multidisciplinar de Apoio

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESFR – Equipe de Saúde de Família Ribeirinha

FME – Farmácia de Medicamentos Estratégicos

GAL – Gerenciador de Ambiente Laboratorial

GTA – Grupotécnico de Atenção

HC – Hospital da Criança

HCP – Hospital Especializado em Cuidados Prolongados

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HUUFMA – Hospital Universitário do Maranhão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituição de Ensino Superior

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LGBTQIAP+ – Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e mais.

LOA – Lei Orçamentária Anual

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana

LV – Leishmaniose Visceral

MAC – Média e Alta Complexidade

MACMA – Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão

MB – Multibacilar

MIF – Mulheres em idade Fértil

MS – Ministério da Saúde

NADTJUS – Núcleo Técnico de Apoio às Demandas Judiciais

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NIR – Núcleo Interno de Regulação

NUTRISUS – Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em pó

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAS – Programa Anual de Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PFA – Paralisias Flácidas Agudas

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PMM – Programa Mais Médico

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAM – Política Nacional de Aleitamento Materno

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSF – Programa Nacional de Suplementação do Ferro

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNSVA – Programa Nacional de Suplementação da Vitamina A

PNVS – Política Nacional de Vigilância em Saúde

PPA – Plano Plurianual

PQA-VS – Programa de Qualidade das Ações de Vigilância em Saúde

PQT – Poliquimioterapia

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PREP – Profilaxia Pré-Exposição

PREVINI – Sistema de Monitoramento de Insumos de Prevenção

PSE – Programa de Saúde na Escola

PVC – Programa de Volta para Casa

RAPDC – Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAMI – Rede de Atenção Materno Infantil

RCPD – Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RUE – Rede de Atenção as Urgências e Emergências

RSI– Regulamento Sanitário Internacional

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SAE-BF – Serviço de Assistência Especializada do Bairro de Fátima

SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARS- COV 2 – Síndrome Respiratória Aguda Grave-Covid

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SCRAA – Superintendência de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SEMCAS – Secretário Municipal da Criança e Assistência Social

SGB – Síndrome Gillan-Barré

SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificações

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SISAGUA – Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Agua para Consumo Humano

SISCEL– Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SISREG – Sistema Nacional de Regulação

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SPAAS – Superintendência de Programação de Avaliação de Ações em Saúde

SRC – Síndrome da Rubéola Congênita

SRH – Sala de Recursos Humanos

SUS – Sistema Único de Saúde

SVES – Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Orçamentária

TB – Tuberculose

TFD – Tratamento Fora de Domicílio

U-AVC – Unidade de Atendimento ao AVC

UBSF – Unidade Básica de Saúde Fluvial

UCINCA – Unidade de Cuidados Intermediários Canguru

UCINCO – Unidade de Cuidados Intermediários Convencional

UCP – Unidade de Internação em Cuidados Prolongados

UFMA– Universidade Federal do Maranhão

UM – Unidade Mista

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura

UOM – Unidade Odontológica Móvel

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UVZ – Unidade de Vigilância em Zoonoses

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

VIGIAGUA – Vigilância da Qualidade da Agua para Consumo Humano

VIGIPEQ – Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Contaminantes Químicos

VIGISOLO – Vigilância de População Exposta a Solo Contaminado

VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Não Transmissíveis

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO iii
1. INTRODUÇÃO 11
2. MÉTODO DE ELABORAÇÃO DO PLANO 12
3. ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS 12
3.1. Aspectos históricos 12
3.2. Aspectos geográficos e demográficos 13
3.3. Morbidade e Mortalidade 18
3.3.1. Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 18
3.4. Coberturas vacinais 33
3.4.1. Multivacinação 37
4. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE 37
4.1. Cobertura da Atenção Primária em Saúde 38
4.2. Programa Previne Brasil 39
4.3. Produção das Unidades Básicas de Saúde e outras ações da APS 40
4.4. Programas da Atenção Primária à Saúde 41
4.4.1. Consultório na Rua 41
4.4.2. Programa Mais Médicos para o Brasil 42
4.4.3. Programa Saúde na Escola 43
4.4.4. Programa do Tabagismo 43
4.4.5. Ações de Equidade 44
4.5. Cuidado no pré-natal 45
4.6. Alimentação e nutrição 46
4.7. Programa Bolsa Família 47
4.8. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional 47
4.8.1. Micronutrientes 50
5. ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 53
5.1. Assistência Ambulatorial 53
5.2. Assistência Hospitalar 54
5.3. Assistência de Urgência e Emergência 55
5.4. Regulação de acesso 55
5.4.1. Regulação Ambulatorial 55
5.4.2. Regulação de Leitos 57
5.4.3. Tratamento Fora de Domicílio – TFD 58
6. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES) 59

7. AUDITORIA 59
8. REDES TEMÁTICAS 60
8.1. Materno-Infantil 60
8.2. Rede de Atenção de Urgência e Emergência 62
8.3. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência 68
8.4. Rede de Atenção Psicossocial 69
8.5. Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas 72
9. VIGILÂNCIA EM SAÚDE 76
9.1. Vigilância Epidemiológica 77
9.2. Vigilância Sanitária 78
9.3. Vigilância ambiental 80
9.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) 82
9.5. Vigilância em Zoonoses 83
10. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 87
11. LABORATÓRIO CENTRAL DO MUNICÍPIO – LACEM 88
12. ADMINISTRAÇÃO 91
13. OUVIDORIA 91
14. EDUCAÇÃO EM SAÚDE 92
14.1. Escola Técnica do SUS 93
15. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE- CMS 94
16. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 96
REFERÊNCIAS 117

1. INTRODUÇÃO

O processo de planejamento no âmbito do SUS configura-se como uma responsabilidade dos entes públicos, assegurado pelas Leis Orgânicas da Saúde nºs 8080/1990 e 8.142/1990, regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011, pela Lei Complementar nº 141/2012 e Portaria GM/MS nº 2.135/2013.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento crucial de planejamento cuja formulação e implementação possibilita a melhor gerência e gestão do SUS conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 2.135/2013. Assim, foram definidos os eixos, diretrizes e objetivos para o município de São Luís, tendo como base os dos âmbitos nacional e estadual e, após a elaboração do diagnóstico situacional, foi possível pactuar metas capazes de ampliar e melhorar o acesso da população ludovicense a serviços de saúde, atuando também nas lacunas assistenciais.

Dessa forma, o presente PMS constitui-se um instrumento central de planejamento para o período 2022-2025 que orientará a implementação de todas as iniciativas de gestão no SUS municipal, explicitando os compromissos setoriais do município de forma compatibilizada com o Plano Plurianual (PPA), para o mesmo período.

Os indicadores de saúde pactuados nacionalmente e outros, prioritários, apontados pelas áreas técnicas da SEMUS serão utilizados para avaliação da efetividade do PMS. Com esses atributos, o PMS visa à qualificação e ampliação do acesso universal a ações e serviços de saúde, em tempo oportuno.

Portanto, a elaboração deste PMS buscou entregar um documento conciso com objetivos possíveis de serem executados. Para os próximos 4(quatro) anos pretende-se alcançar as metas estabelecidas por este PMS e, assim, atender aos anseios dos cidadãos no que tange aos serviços de saúde do município de São Luís.

2. MÉTODO DE ELABORAÇÃO DO PLANO

Conforme recomendação do Ministério Público do Estado do Maranhão através da REC-19ª PJESLZ - 14202 ficou estabelecido que a audiência pública oriunda da XXIII Conferência Municipal de Saúde seria adiada em decorrência da pandemia do novo Coronavírus. Dessa forma, foram estabelecidas reuniões virtuais para debater as etapas abaixo:

- Revisão dos documentos e registros da Conferência Municipal de Saúde realizada em 2018, identificando as propostas e deliberações inseridas no PMS 2018-2021;
- Análise das avaliações e recomendações dadas pelo RAG 2020, pactuações na CIB/CIR e inserção do PPI como parte do planejamento;
- Revisão do Plano de Contingência para Enfrentamento à Covid-19;
- Avaliação das diretrizes, objetivos, metas, indicadores e ações executadas do PMS 2018-2021, além das metas do Programa Previne Brasil que foram instituídas em novembro de 2019;
- Inserção do Plano de Governo da gestão 2021-2024.

As propostas oriundas do processo descrito acima foram apresentadas e debatidas em reuniões com participação ativa do Conselho Municipal de Saúde. Após esses debates, foram realizados encontros com a Comissão Gestora Técnica instituída pela Portaria nº 021/2021 – GAB/SEMUS de 15 de abril de 2021, composta por representantes das áreas técnicas da SEMUS e representante do CMS.

Portanto, o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 busca orientar de forma clara e coesa os trabalhadores da saúde e os cidadãos quanto aos objetivos da gestão. Seu processo de trabalho foi conduzido pela Superintendência de Programação e Avaliação de Ações de Saúde (SPAAS), a qual deu suporte a todas as áreas na elaboração dos seus objetivos e metas, esclarecendo as dúvidas, revisando e consolidando os conteúdos recebidos.

3. ANÁLISE SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS

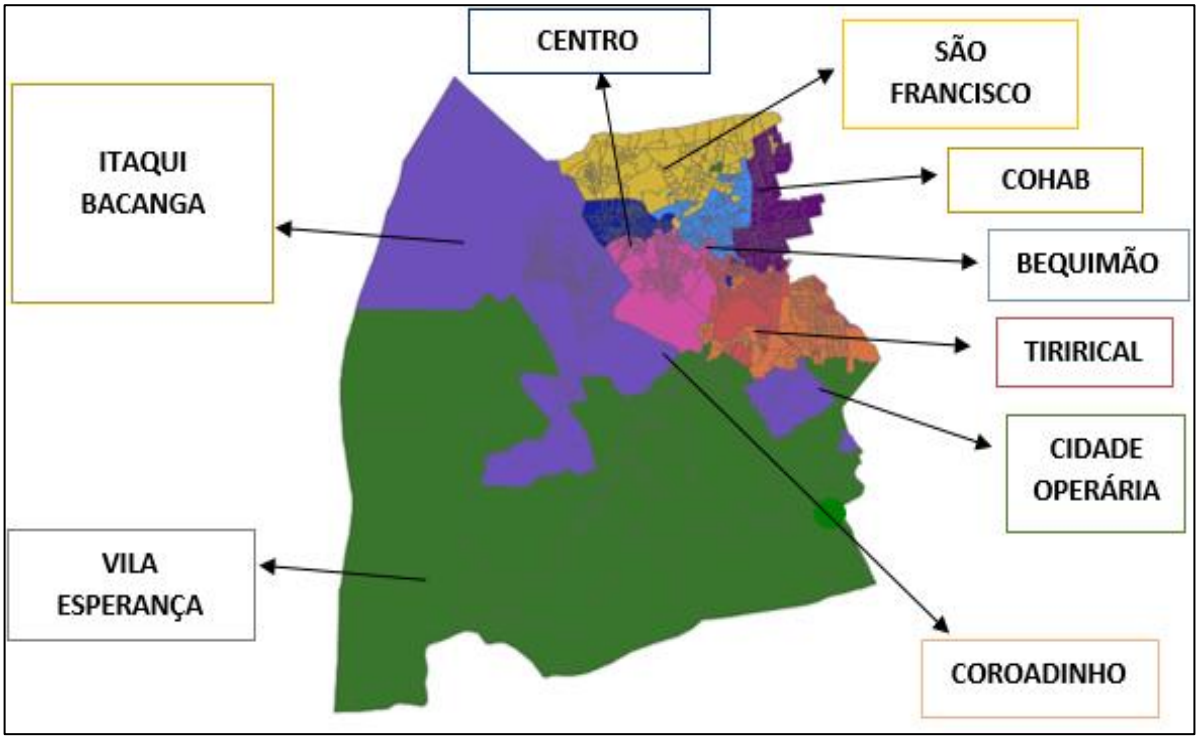
3.1. Aspectos históricos

O munícipio de São Luís do Maranhão, terra de grandes belezas, situada no litoral maranhense, traz influência dos nativos, portugueses, franceses e africanos. Com uma diversidade intrínseca de seus costumes, seja em ritmos e sabores, a cidade possui reflexos da mistura cultural dos povos formadores de sua identidade.

Fundada em 8 de setembro de 1612, pelos franceses Daniel de La Touche e François de Rasilly, foi posteriormente invadida por holandeses e, em seguida, colonizada por portugueses. Hoje, o centro da cidade é considerado Patrimônio Cultural Mundial, reconhecido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO) em 1997.

No que diz respeito à história de sua formação administrativa, São Luís passou por algumas mudanças ao longo do tempo. Considerando a Resolução n°018/2020 emitida pelo Conselho Municipal de Saúde, foi homologada a criação de mais 2 distritos: São Francisco e Cidade Operária. Com isso, atualmente, o município está dividido em 9 distritos sanitários, sendo eles: Itaqui-Bacanga, Vila Esperança, Coroadinho, Centro, Cidade Operária, Tirirical, Bequimão, Cohab, São Francisco (Figura 1).

FIGURA 1: DISTRITOS SANITÁRIOS DE SÃO LUÍS (RESOLUÇÃO CMS Nº 18/2020).



FONTE: SEMUS/ SVES. app.powerbi.com, 2021.

3.2. Aspectos geográficos e demográficos

O município de São Luís/MA está localizado na ilha de Upaon-Açu no Atlântico Sul, entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar, no Golfão Maranhense, com área territorial de 583,063 km² (IBGE, 2020). É o principal município da Região Metropolitana Grande São Luís e possui 1.108.975 habitantes (Estimativa do IBGE, 2020) com densidade

demográfica de 1.215,69 hab./km² (IBGE, 2010). Tem como municípios limítrofes Paço do Lumiar, São José de Ribamar e Raposa.

Estima-se que, em 2020, tenha havido um aumento populacional de 9,27% em relação ao ano de 2010, mantendo São Luís como o município mais populoso do Maranhão e o quarto maior contingente populacional da Região Nordeste do Brasil. Os ludovicenses representam 67,9% do total de residentes na sua Região Metropolitana (1.633.117 hab.) e 15,58% da população do Estado do Maranhão, cujo contingente populacional está estimado para 2020 em 7.144.598 habitantes.

Vale ressaltar que, em função da pandemia do novo coronavírus, o censo demográfico previsto para 2020 foi adiado para o segundo semestre de 2021. Dessa forma, grande parte dos dados demonstrados a seguir terão como base o censo de 2010.

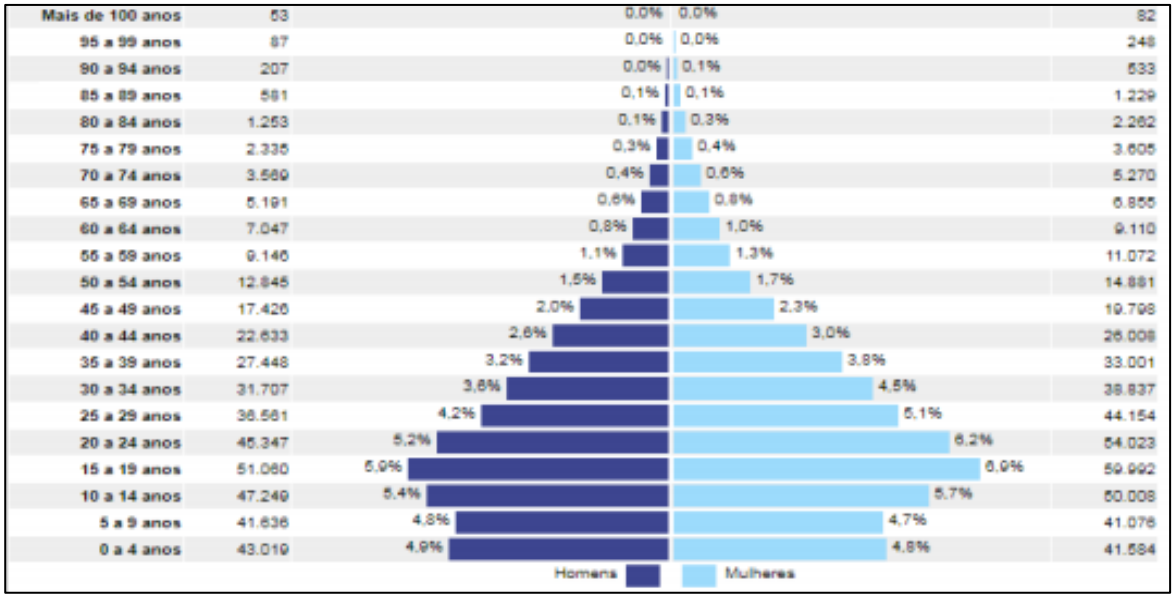
FIGURA 2: MAPA DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS/MA, 2018.

FONTE: IBGE, 2018

No que tange a grupos específicos, mulheres (53%) e negros (70%) representam a maioria da população (IBGE, 2020). Destaca-se ainda que no período de 2000 a 2010, a taxa média anual de crescimento em São Luís foi de 1,70%. E quanto ao envelhecimento populacional o município cresceu 5,19% no mesmo período, seguindo o cenário nacional, consequência do aumento da expectativa de vida associado à redução da taxa de crescimento populacional. Esse aumento da população idosa também implica na necessidade de adequação das políticas públicas de saúde, de forma a atender às demandas de saúde características desse grupo populacional.

A estrutura etária da população esteve composta predominantemente por jovens e adultos, sendo que o maior agrupamento para ambos os sexos está na faixa etária de 20 a 24 anos (5,3% masculino e 6,0% feminino) como se verifica na figura 3.

FIGURA 3: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR SEXO, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE, SÃO LUÍS/MA, 2010.



FONTE: IBGE, 2010

Outro aspecto demográfico importante foi o intenso processo de urbanização, com a expressiva redução da população rural, de 64,39% para 5,55%, e crescimento da população urbana, de 35,61% para 94,5% (dados não constam em tabelas e gráficos). Com isso, as políticas públicas de saúde no município necessitam acompanhar esse processo de mudança nas características da população, de forma a buscar atender às necessidades de saúde concentradas nos processos de saúde e doença, ligados principalmente à população urbana (IBGE, 2010).

TABELA 1: DADOS GERAIS DE HABITAÇÃO E TIPO DE MORADIA EM SÃO LUÍS, 2010.

DADOS DE HABITAÇÃO	
Domicílios particulares permanentes	276.812
Domicílios particulares permanentes – abastecimento de água - rede geral	211.360
Domicílios particulares permanentes – abastecimento de água - poço ou nascente na propriedade	18903
Domicílios particulares permanentes – destino do lixo – coletados	252337
Domicílios particulares permanentes – destino do lixo – coletados por serviço de limpeza	238745
TIPO DE DOMICÍLIO	
TOTAL	**276.812**
Casa	246.260
Apartamento	24.910
Cômodo	5.642

FONTE: IBGE, 2010.

Ainda segundo o Censo 2010, a grande São Luís possui um déficit habitacional de 59.852 domicílios (16,6% do total), configurando o segundo maior entre as capitais nordestinas. Esse déficit habitacional consiste em deficiências nas habitações que vão desde domicílios improvisados, sem paredes de alvenarias, a pagamento de aluguel que ultrapasse 30% dos rendimentos da família, entre outros critérios. Observa-se diante disto que a infraestrutura urbana de São Luís não acompanhou o crescimento populacional, ocasionando problemas de moradia, saneamento e mobilidade.

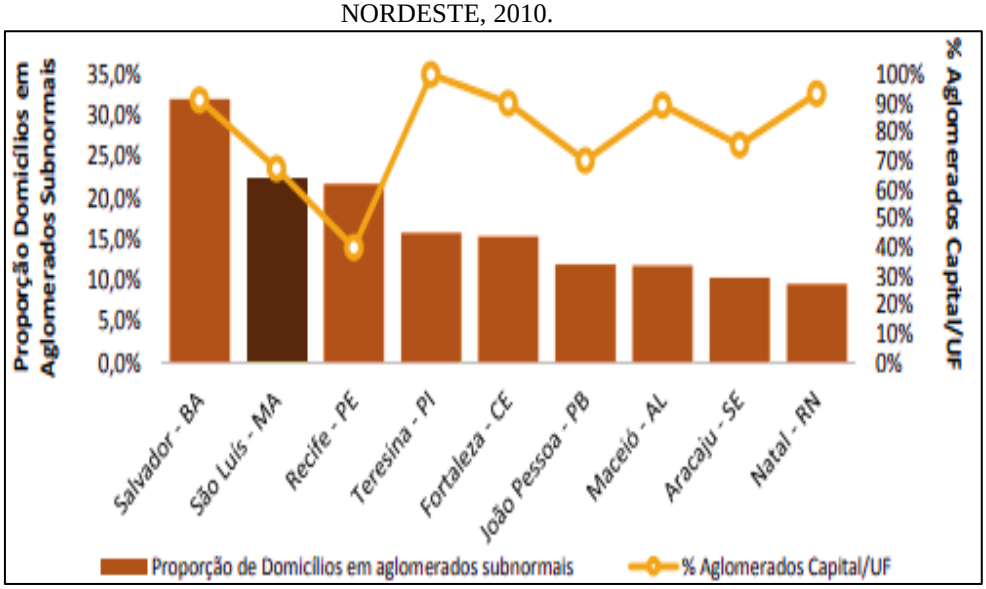
No que se refere ao saneamento, por exemplo, o Ranking Trata Brasil 2021, que analisa diferentes dimensões do setor, tais como: população atendida, fornecimento de água, coleta e tratamento de esgoto, investimentos em saneamento e perdas de água no sistema, São Luís encontra-se entre os 20 piores municípios.

Com relação ao atendimento total de água, São Luís registrou 83,25%. A média do indicador para o grupo foi de 76,89%, enquanto a média nacional foi de 83,7%. Já para o indicador de atendimento urbano de água, o percentual foi de 88,14%, sendo a média do grupo de 79,27%, e a média nacional de 92,9% para o mesmo período.

Para o indicador de atendimento total de esgoto (49,65%) e atendimento urbano de esgoto (52,57%), os valores são baixos quando comparados com os indicadores relacionados à água, embora a média dos indicadores de esgoto para o grupo seja entre 25% e 26% em 2019. Nesse contexto, São Luís coleta mais 50% do esgoto que produz. A média nacional é de 54,1% em 2019.

A proporção de domicílios em aglomerados subnormais é a segunda maior entre as capitais nordestinas (Figura 4).

FIGURA 4: COMPARAÇÃO ENTRE OS AGLOMERADOS SUBNORMAIS NAS CAPITAIS DO NORDESTE, 2010.



FONTE: IBGE, 2010

Ao se considerar que a densidade populacional é composta pela razão do número de pessoas por um espaço delimitado por km^2, há entre os distritos de São Luís, o da Cohab e o da Cidade Operária como os mais adensados e os do Centro e do Tiririical como os menos adensados. Os distritos com maior e menor adensamento populacional são demonstrados na Tabela 2.

TABELA 2: DISTRITOS COM MAIOR E MENOR ADENSAMENTO POPULACIONAL EM SÃO LUÍS, 2021.

DISTRITOS	Km^2	Nº DE LOC.	PRÉDIOS	HAB.
Distrito 01- Centro	42	21	34.269	87.321
Distrito 02- Itaqui Bacanga	146	28	50.477	128.735
Distrito 03- Coroadinho	92	46	51.697	132.287
Distrito 04- Cohab	74	37	62.868	160.193
Distrito 05- Bequimão	54	27	43.751	111.482
Distrito 06- Tiririical	62	31	39.230	99.963
Distrito 07- Vila Esperança	210	105	49.565	126.416
Distrito 08- São Francisco	74	37	49.382	125.860
Distrito 09- Cidade Operária	80	40	53.607	139.670
Total	**834**	**417**	**434.846**	**1.111.981**

FONTE: SEMUS/SVES, 2021 – Programa de endemias.

Os bairros de São Luís se constituem em áreas socioeconomicamente heterogêneas de contrastes urbanos e desigualdades socioambientais. Em pesquisa sobre informações de saúde realizada pelo IBGE para o enfrentamento à Covid-19, São Luís foi a quinta capital brasileira com o maior percentual de domicílios em aglomerados subnormais, também conhecidos como favela, invasão, baixada, comunidade, palafita, loteamento, entre outros.

Esses espaços geográficos são classificados como ocupações irregulares de terrenos públicos ou privados em áreas urbanas e, em geral, têm um padrão urbanístico irregular, além de haver carência de serviços públicos essenciais e serem localizados em áreas que apresentam restrições de ocupação (IBGE, 2020).

De acordo com o levantamento realizado pela equipe técnica de controle de endemias da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária (SVES/ SEMUS), o município de São Luís totaliza 420 bairros, dos quais 232 em zona urbana (457km^2) e 188 em zona rural (371km^2), com uma quantidade de 434.457 prédios existentes (366.316 zona urbana / 66.277 zona rural). Sendo os bairros de maior adensamento aqueles que têm maior número de imóveis (prédios), inferindo-se que há um número maior de pessoas morando no mesmo domicílio, entre eles o Centro, Anjo da Guarda, Vila Embratel, Renascença II e São Francisco.

3.3. Morbidade e Mortalidade

3.3.1. Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são caracterizadas como um conjunto de doenças que não têm envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência, apresentando multiplicidade de fatores de risco comuns, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático com períodos de remissão e exacerbação e podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades.

Em São Luís, a vigilância das DCNT está composta por três eixos principais: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Acidentes de Trânsito e Transporte, Vigilância das Violências.

Quanto aos óbitos, o Sistema de Mortalidade de São Luís registrou no período de 2017 a 2020 um número de 9.847 óbitos em residentes, dentre eles, 5.974 (60,67) do total foram óbitos por DCNT, as mais frequentes foram doenças cardiovasculares (23,92%), seguido das neoplasias (22,51%), das doenças respiratórias (7,44%) e das diabetes (6,79%). Se analisarmos separadamente, por ano, percebemos um declínio dos óbitos por neoplasia e um aumento de mortalidades por doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias.

TABELA 3: ÓBITOS POR DCNT RESIDENTES EM SÃO LUÍS, ENTRE 30 E 69 ANOS NO PERÍODO DE 2017 A 2020.

CAUSA (CAP CID10)	2017	2018	2019	2020	Total	%
Óbitos por outras causas	931	869	892	1181	3873	39,33
Neoplasias (tumores)	591	557	538	531	2217	22,51
Diabetes	138	142	174	215	669	6,79
Doenças cardiovasculares	612	578	531	634	2355	23,92
Doenças respiratórias	184	166	155	228	733	7,44
TOTAL DE ÓBITOS	2456	2312	2290	2789	9847	100,00

FONTE: SIM –Sistema de Mortalidade, 2021.

O setor vigilância de óbitos também investiga os óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) (com idade de 10 a 49 anos), residentes em São Luís, com o objetivo de incluir ou excluir como óbito materno, regido pela Portaria GM n° 1.119, de 05 de junho de 2008.

Observou-se em São Luís que de 2017 a 2019 houve um declínio do número de casos, já em 2020, no ano que iniciou a pandemia de COVID-19, houve um aumento do número de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil.

3.2.1.1. Tuberculose

A Tuberculose (TB) atinge pessoas em idade plenamente produtiva, causando absenteísmo ao trabalho e prejuízos sociais. Apesar de todos os esforços e da existência de recursos tecnológicos para as ações de diagnóstico e tratamento da doença, ainda é difícil alcançar o status de eliminação. Outros fatores contribuem para esse desafio mundial, como a associação da TB ao HIV e o surgimento de cepas resistentes aos fármacos utilizados para o tratamento.

O Brasil decretou a doença como prioridade de governo desde o ano de 2003, elencando os municípios prioritários em todos os estados. O município de São Luís, por ser capital de unidade da federação, é um dos municípios eleitos no Maranhão.

No município, no ano de 2020, foram notificados 716 novos casos. Destes, houve predominância no sexo masculino (70,1%), na faixa etária de 20 a 34 anos (39,39%) e com a forma pulmonar mais frequente (89,11%). Foram realizados testes para HIV em 92,5% dos casos novos, com 7,5% de positividade. Foram registrados 2.226 contatos de casos pulmonares positivos, sendo examinados 72,2%. Quanto ao encerramento dos casos, 51,5% foram por cura e 13,6% por abandono (Tabela 4).

TABELA 4: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS CASOS DE TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS. SÃO LUÍS – MA. 2020.

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Masculino	488	70,1
Feminino	228	29,9
Faixa etária (anos)		
< 20 anos	53	7,4
20 a 34	282	39,39
35 a 49	171	23,88
50 a 64	142	19,83
65 ou mais	68	9,5
Forma clínica		
Pulmonar	638	89,11
Extrapulmonar	72	10,06
Pulmonar + extrapulmonar	6	0,84
Teste HIV		
Testagem	662	92,5
% de positividade	66	7,5
Contatos de casos pulmonares positivos		
Identificados	2.226	100,0
Examinados	1.474	72,2
Encerramento casos confirmados laboratorialmente		
Cura	250	51,5
Abandono	62	13,6
Óbito por TB	29	2,30

FONTE: SEMUS/SVES/SINAN-NET

3.2.1.2. Hanseníase

O controle da hanseníase tem como ponto fundamental o diagnóstico precoce dos casos e a utilização da poliquimioterapia (PQT), além de outros aspectos importantes como aconselhamento do paciente e família, educação, prevenção e reabilitação de incapacidades, vigilância de contatos e encaminhamento no caso de complicações.

Em São Luís, foram notificados 171 casos novos. Dos casos novos, houve predominância no sexo masculino (54,1%). A forma clínica dimorfa foi a mais frequente (79,10%). Foram registrados 1.277 contatos de domiciliares, sendo examinados 82,0%. Quanto ao encerramento dos casos 70,9% foram por cura e 14,03% por abandono.

Um problema que ainda se dá é o diagnóstico tardio da doença, que vai de contramão ao que o MS preconiza que é o diagnóstico precoce, ou seja, casos diagnosticados na forma indeterminada ou forma inicial da doença, sendo este um importante ponto a ser trabalhado. Abaixo, seguem os casos notificados entre 2016 a 2020 da doença por distrito.

TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE POR DISTRITOS SANITÁRIOS NOTIFICADOS EM 2016 A 2020.

DISTRITO	2016	2017	2018	2019	2020
Tirirical	148	149	19	129	53
Centro	30	27	04	28	11
Coroadinho	82	67	13	55	21
Vila esperança	59	52	23	67	17
Bequimão	54	65	15	63	25
Cohab	103	81	28	71	21
Itaqui - Bacanga	102	105	18	64	23

FONTE: SEMUS/SVES/SINAN-NET

TABELA 6: UNIDADES DE SAÚDE COM MAIOR NÚMERO DE REGISTROS DE CASOS DE HANSENÍASE DIAGNOSTICADOS EM 2020 EM SÃO LUÍS, MA.

UNIDADE	QUANTIDADE
C.S. AMAR	06
C.S DE FÁTIMA	15
C.S FABIANA DE MORAES	16
C.S GENESIO REGO	66
H.A LISBOA	30
U.M COROADINHO	09

FONTE: SEMUS/SVES/SINAN-NET

Observa-se que, na tabela 6, o Centro de Saúde Genésio Rêgo, referência estadual em hanseníase, é responsável pela maioria dos diagnósticos no município. O diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes por hanseníase deve ser feito na atenção básica, ficando a referência para atender intercorrências que possam surgir durante o tratamento, funcionando como referência e contra referência. Vale ressaltar que o município tem a referência municipal, que funciona no Centro de Saúde de Fátima.

3.2.1.3. Raiva Humana

A raiva é uma zoonose de grande preocupação para a saúde pública por apresentar 100% de letalidade. É uma doença infecciosa aguda, de etiologia viral, transmitida por mamíferos. O gato e o cão são as principais fontes de infecção no ciclo urbano e o morcego hematófago é o principal responsável pela manutenção da cadeia silvestre.

No período compreendido entre 2017 a 2020, foram notificados respectivamente, 5.592, 5.579, 6.087 e 4.835 casos de atendimento antirrábico humano, sendo a maioria dos acidentes ocasionados por cão, na condição sadia, com um número ainda considerável de interrupções.

TABELA 7: ATENDIMENTOS ANTIRRÁBICOS, CASOS NOTIFICADOS, POR ANO DE OCORRÊNCIA. 2017 A 2020 SÃO LUÍS, MA.

ANO	CASOS NOTIFICADOS	RAIVA HUMANA
2017	5.592	00
2018	5579	00
2019	6087	00
2020	4.835	00

FONTE: Dados Estatísticos (Fonte SINAN / Online) / Divisão de doenças transmissíveis (2020).

TABELA 8: CONDIÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR AARH, POR ANO DE OCORRÊNCIA, 2017 A 2020, SÃO LUÍS, MA.

(AARH) CONDIÇÃO DO ANIMAL AGRESSOR					
ANO	SADIO	SUSPEITO	RAIVOSO	MORTO OU DESAPARECIDO	TOTAL
2017	3.562	1.746	52	232	5.592
2018	3.690	1.581	69	239	5.579
2019	4.661	1.112	54	260	6.087
2020	2.785	1.822	43	185	4.835

FONTE: Dados Estatísticos (Fonte SINAN / Online) / Divisão de doenças transmissíveis (2020).

TABELA 9: INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO, 2017 A 2020. SÃO LUÍS, MA.

INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO			
ANO	SIM	NÃO	TOTAL
2017	1.694	3.849	5.543
2018	1.341	4.201	5.542
2019	1.432	4.672	6.104
2020	1.161	3.674	4.835

FONTE: Dados Estatísticos (Fonte SINAN / Online) / Divisão de doenças transmissíveis (2020).

O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) não registrou óbitos por raiva humana no período de 2017 a 2020, no Município de São Luís.

3.2.1.4. Leishmaniose Visceral

O Programa Municipal de Controle das Leishmanioses de São Luís trabalha no sentido de diminuir o número de casos humanos e evitar óbitos por Leishmaniose Visceral, para isso prioriza ações sobre três pilares: diagnóstico e tratamento precoce de todos os casos humanos; monitoramento e redução da densidade populacional dos flebotomíneos através da entomologia e controle vetorial; e controle dos reservatórios domésticos, que são os cães infectados e identificados como reagentes positivos nos exames laboratoriais. Vale ressaltar que em relação à Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), o município de São Luís não tem registro de casos autóctones. Em alguns casos de pacientes residentes, evidenciou-se o local da infecção como sendo de outro município.

3.2.1.5. Doença de Chagas

Os números de exemplares de triatomíneos capturados e positivos não indicam alta infestação. Quanto aos portadores da doença de chagas, com transmissão local, não houve registro.

TABELA 10: ATIVIDADE DE CONTROLE VETORIAL NO PERÍODO DE 2013 A 2020.

ANO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CONTROLE VETORIAL								
Unid. domic. pesquisadas	6.598	8.838	1.792	4.936	5.285	5.649	5.739	1.435
Unid. domic. divulgadas (pit)	73.361	75.730	72.616	27.621	28962	65.152	55.545	5.412
TRIATOMÍNEO RUBROFASCIATA								
Capturados	120	189	114	33	36	75	18	06
Examinados	94	170	106	30	29	74	18	06
Positivos	11	10	14	02	05	13	02	-

FONTE: SVES/SEMUS

3.2.1.6. Malária

A malária não apresenta há seis anos nenhum caso autóctone registrado, todavia a situação é de alerta, haja vista que a malária está apenas controlada, exigindo da equipe a permanência em vigilância e para isso há necessidade em melhorar em quantidade de agentes de endemias, técnicos capacitados em diagnóstico, laboratórios adequados, transportes e equipamentos de efetivo uso em campo.

TABELA 11: NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES E IMPORTADOS NO PERÍODO DE 2016 A 2020

ANO	NÚMERO DE CASOS AUTÓCTONES *	IMPORTADOS*	% PLP*	F*	V*	F+V*
2016	00	05	1.6	00	04	01
2017	00	26	9,7	08	15	03
2018	00	08	2,8	01	7	00
2019	00	10	4.1	00	11	00
2020	00	4	1,0	00	4	00

FONTE: SINAN/SVES/SEMUS

3.2.1.7. Esquistossomose

Em esquistossomose a prevalência é considerada baixa pela quantidade de exames, mas em números absolutos consideramos alta, haja vista ser uma doença silenciosa causando dificuldades na investigação para determinar o local de transmissão. Em 2020, observamos a quantidade de exames terem sido baixas por consequência da pandemia.

TABELA 12: EXAMES DE ESQUISTOSSOMOSE REALIZADOS NO PERÍODO DE 2016 A 2020

ANO	EXAMES REALIZADOS	EXAMES POSITIVOS	PESSOAS TRATADAS	PREVALÊNCIA/ CASOS
2016	5.198	12	12	0,21
2017	5.074	34	34	5%
2018	4.040	58	58	3%
2019	3.978	19	19	7%
2020	522	25	25	4.7%

FONTE: SVES/SEMUS

3.2.1.8. Arboviroses

Arboviroses são doenças causadas pelos chamados arbovírus, que incluem o vírus da dengue, Zika vírus e febre chikungunya. A classificação "arbovírus" engloba todos aqueles transmitidos por artrópodes, ou seja, insetos e aracnídeos (como aranhas e carrapatos). Existem 545 espécies de arbovírus, sendo que 150 delas causam doenças em seres humanos. Apesar de a classificação arbovirose ser utilizada para classificar diversos tipos de vírus, como o Mayaro, meningite e as encefalites virais, hoje a expressão tem sido mais usada para designar as doenças transmitidas pelo Aedes aegypti, como o Zika vírus, febre Chikungunya, dengue e febre amarela.

TABELA 13: CASOS NOTIFICADOS DE ARBOVIROSES SEGUNDO ANO DE OCORRÊNCIA, SÃO LUÍS-2017 A 2020.

ANO	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
2017	1026	374	238
2018	581	140	15
2019	1059	190	176
2020	729	48	62
Total	3395	752	491

FONTE: Dengue/online/SINAN-NET

Conforme a tabela 13 acima, da série histórica das arboviroses, de 2017 a 2020 percebe-se que houve redução de casos notificados dos agravos dengue, chikungunya e zika.

TABELA 14: CASOS CONFIRMADOS DE ÓBITOS POR ARBOVIROSES NO SEGUNDO ANO DE OCORRÊNCIAS, SÃO LUÍS, 2017 A 2020.

ANO	ÓBITOS / DENGUE	ÓBITOS / CHIKUNGUNYA	ÓBITOS / ZIKA
2017	1	0	1
2018	0	0	0
2019	1	0	0
2020	1	1	0
Total	3	1	1

FONTE: Dengue/online/SINAN-Net

A tabela 14, acima, apresenta os casos de óbitos por arboviroses. Percebe-se que a dengue foi o agravo com maior ocorrência de óbito no período estudado. Em se tratando de óbitos por arbovirose nota-se que não houve aglomerado de óbitos nos três agravos.

3.2.1.9. Doenças Exantemáticas

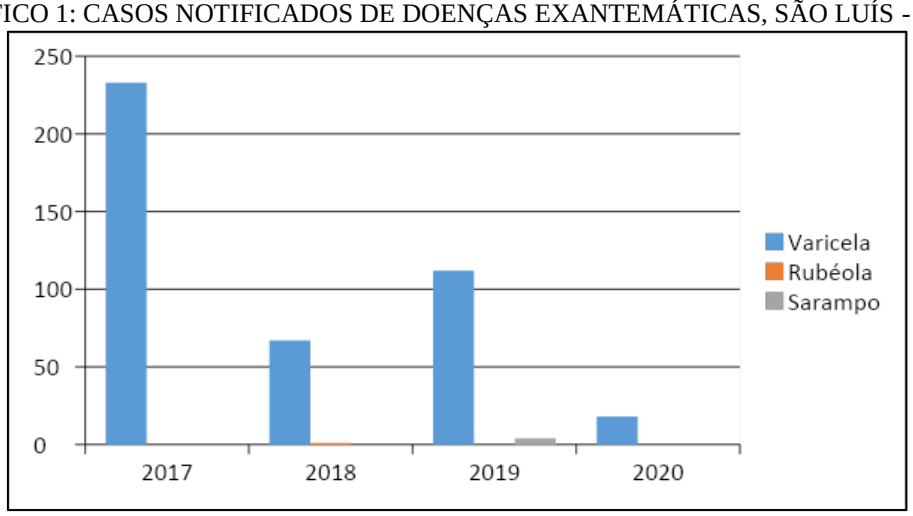
A rubéola, o sarampo e a varicela são doenças exantemáticas agudas, de etiologia viral, que apresentam alta contagiosidade, acometendo principalmente crianças.

Em 2019, vivenciamos um surto de sarampo em São Luís o que tornou imprescindível a elaboração de um plano de contingência para orientar o município no enfrentamento da ocorrência do surto da doença, identificando-se e notificando-se de forma imediata todo e qualquer caso suspeito, com o reforço no esquema vacinal da população.

Em linhas históricas, no ano de 2017, foram notificados 233 casos de varicela na ficha de investigação de surto. No mesmo ano, não foram notificados casos suspeitos de rubéola e de sarampo. Em 2018, foram 67 casos de varicela; 1 caso suspeito de rubéola e não tivemos casos suspeitos de sarampo notificados. Em 2019, foram notificados 13 casos de sarampo, sendo 4 confirmados (3 crianças e 1 adulto) por critério laboratorial e 9 descartados; 112 casos de varicela e não tivemos notificações de rubéola. Em 2020, não foram notificados casos suspeitos de sarampo e de rubéola, mas foram notificados 18 casos de varicela (Gráfico 1).

E com relação à Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) não tivemos notificações em 2020; vale ressaltar que é de extrema importância a manutenção da sensibilidade e especificidade do sistema de vigilância epidemiológica, com vistas à detecção oportuna de casos da doença e a adoção imediata de todas as medidas de controle pertinentes a cada caso.

GRÁFICO 1: CASOS NOTIFICADOS DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS, SÃO LUÍS - MA, 2017-2020.



FONTE: SVES/SEMUS, 2021

O município de São Luís apresentou bom desempenho da Vigilância Epidemiológica no que se refere a notificação e investigação de casos de Paralisias Flácidas Agudas (PFA) de outros municípios do Estado do Maranhão, totalizando 11 casos. Também atendeu a demanda do Ministério da Saúde que consistiu no monitoramento de casos suspeitos de Síndrome de Guillan-Barré (SGB), totalizando-se 4 casos (2017), 2 casos em 2019 e em 2020 não houve casos notificados.

Além disso, o município alcançou taxas de notificações satisfatórias da poliomielite, atingindo as metas mínimas esperadas, em conformidade com os indicadores, totalizando 5 casos em 2017 (descartados por critério laboratorial), 10 casos notificados em 2018 (9 descartados por exame laboratorial, 1 não realizado coleta) e 12 casos em 2019 (descartados por critério laboratorial). No ano de 2020, foram notificados 04 casos (todos descartados por critério laboratorial, sendo que 01 foi a óbito com diagnóstico de leucemia).

3.2.1.10. Sífilis

Os casos de sífilis adquirida entre os anos de 2010 a 2020 vêm aumentando progressivamente, atingindo no período 2.469 casos, com taxa de incidência de 48/100.000 mil em 2019. A taxa de incidência da doença em gestante também vem crescendo, com 19,1/mil nascidos vivos em 2019. Quanto aos casos de sífilis congênita, de 2010 a 2021, foram diagnosticados 1.309 casos. Houve uma variação nesse período, com maior número de casos no ano de 2018. Houve um aumento na taxa de incidência de 1,2 /mil nascidos vivos no ano de 2010 para 5,8/mil nascidos vivos em 2019.

Como medidas cruciais destaca-se o incentivo à testagem para sífilis para identificação dos casos precocemente. A medida de controle iniciada oportunamente, com oferta de tratamento com aplicação da penicilina na UBS, é fundamental para a redução dos casos de sífilis no município de São Luís.

TABELA 15: CASOS DE SÍFILIS EM SÃO LUÍS NOTIFICADOS NO SINAN, POR ANO DE DIAGNÓSTICO.

CASOS DE SÍFILIS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	40	96	106	231	326	594	563	709	1.159	926	924
Adquirida	3	1	9	37	46	184	225	323	530	529	*526
Em gestante	17	38	27	81	174	245	211	234	405	305	*258
Congênita	20	57	70	113	106	165	127	152	224	92	*140

FONTE: Indicadores MS (2010-2019). Fonte: SINAN/SVES
[1]Dados parciais 2020 e 2021.

A partir da série 2017-2020, os indicadores referentes à sífilis, realizar dois testes rápidos de sífilis em gestante, não foram alcançados no período. É necessária a intensificação da testagem para sífilis em gestante e para o HIV. Constata-se, ainda, que existe uma problemática quanto ao não preenchimento dos códigos dos testes rápidos nas fichas e-SUS e BPA-I pelos profissionais de saúde, assim como, a baixa cobertura de testes para gestante no pré-natal, demonstrando a fragilidade das ações de vigilância na Atenção Primária à Saúde. O número de casos em 2017 foi de 3.392, havendo uma redução nas notificações nos anos seguintes que chegou em 1.942 no ano de 2020.

3.2.1.11. Hepatites Virais

No município de São Luís, a taxa de detecção das hepatites vem apresentando redução. A taxa de incidência de Hepatite B passou de 9,1 por cem mil em 2010 para 2,1 por cem mil em 2020 e a taxa de incidência de Hepatite C passou de 8,9 por cem mil em 2010 para 1,2 por cem mil no mesmo período.

TABELA 16: TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE EM SÃO LUÍS, MA. 2010-2019.[2]

Taxa de incidência	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Hepatite A	3,3	3,8	2,3	3,0	3,4	0,9	0,9	0,3	0,7	0,5
Hepatite B	9,1	12,2	18,2	7,5	7,3	5,1	6,5	4,9	7,2	6,6
Hepatite C	8,9	15,6	17,4	9,4	6,3	4,3	6,6	4,8	6,7	5,8

FONTE: SINAN/SEMUS, 2021.

[1] Sífilis adquirida por 100.000/hab. Sífilis em gestante e Sífilis congênita: por 1000/ Nascidos vivos.

[2] Os dados da taxa de incidência do ano de 2020 ainda não foram consolidados e oficializados pelo Ministério da Saúde, por isso ainda não constam na tabela.

As taxas citadas aliadas ao contexto epidemiológico das hepatites A, B e C podem sinalizar não necessariamente a diminuição da ocorrência da doença, mas a ausência na identificação dos casos pelas unidades hospitalares, seja por dificuldades no acesso à confirmação laboratorial ou dificuldades na identificação do caso pela Vigilância Epidemiológica. Estes fatos apontam a necessidade de fortalecimento da rede de serviços de saúde e da Vigilância Epidemiológica.

TABELA 17: CASOS DE HEPATITES VIRAIS NOTIFICADOS NO SINAN, POR ANO DE DIAGNÓSTICO. 2010-2020.[3]

CASOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hepatite A	33	39	24	32	36	10	10	3	8	5	0
Hepatite B	92	125	189	79	78	55	70	53	79	72	15
Hepatite C	90	160	181	99	67	46	72	52	73	63	7
Hepatite D	1	2	4	0	0	2	0	1	0	1	0
Total	216	326	398	210	181	113	152	109	160	141	22

FONTE: Indicadores MS (2010-2019). Fonte: SINAN/SVES

Desde 2012, o município de São Luís estruturou o ambulatório de Hepatites Virais no Centro de Saúde Bairro de Fátima como uma ferramenta na otimização de tratamento dos portadores residentes na cidade. Em 2015, os testes rápidos, que são de triagem para as hepatites, foram descentralizados para atenção básica o que possibilitou a identificação oportuna de possíveis casos, ficando a confirmação na dependência de exames laboratoriais na rede de serviços de saúde municipal.

Considerada uma doença imunoprevenível, tendo aliado o preservativo como insumo de prevenção, a cobertura de vacinação para hepatite B é fundamental para diminuição do número de casos, sendo necessário o monitoramento de tal cobertura em todas as faixas. Somado a isso, tem-se a necessidade de assegurar a testagem durante pré-natal e a pronta disponibilidade de imunoglobulina para as maternidades na ocorrência de parto em mãe portadora do vírus B. Ratifica-se que a testagem rápida está disponível em toda a Unidade Básica de Saúde, com descentralização implementada em 2015, e deve ser realizada por livre demanda.

[3] Dados parciais 2020 e 2021.

3.2.1.12. HIV/AIDS

No que se refere a HIV/AIDS, observa-se que o número de notificações junto ao SINAN apresentou uma queda importante entre 2013 a 2020, em todos os grupos avaliados (homens, mulheres, crianças menores de 5 anos e de pessoas entre 15 a 24 anos).

TABELA 18: TAXA DE DETECÇÃO (POR 100.000 HAB.) DE CASOS DE AIDS, POR ANO DE DIAGNÓSTICO

TAXA DE DETECÇÃO DE AIDS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Geral	51,4	44,4	49,1	40,4	47,7	44,4	37,7
Homens	71,0	62,3	74,6	59,6	69,9	65,0	58,2
Mulheres	34,2	28,7	26,9	23,6	28,4	26,5	19,7
CRIANÇAS < 5 anos	9,9	11,6	3,0	6,1	7,7	9,3	4,7
Entre 15 a 24 anos	29,0	31,6	44,4	29,2	46,3	29,8	24,6

FONTE: Indicadores MS. Link: http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiológicos, 2021

Ainda nesta perspectiva, observa-se que a taxa de detecção de 2013 a 2019 de HIV/AIDS também vem diminuindo, passando de 51,4 em 2013 para 37,7 em 2019. Tal situação pode ser explicada pela incorporação da estratégia de testar e tratar, pois é sabido que o tratamento iniciado precocemente diminui risco de adoecimento por AIDS, melhorando a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A estratégia de testar e tratar foi implementada no ano de 2014 no município de São Luís. O tratamento instituído oportunamente evita o adoecimento por AIDS, contribuindo para a redução de óbito, melhorando a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

TABELA 19: ÓBITOS POR AIDS, POR ANO DE DIAGNÓSTICO.[4]

ÓBITO POR AIDS	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Nº óbitos	131	95	136	121	94	88	110	32
Mortalidade por AIDS	12,4	8,9	12,7	11,2	8,6	8,0	10,0	0

FONTE: Indicadores MS. Link: http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiológicos, 2021

TABELA 20: CASOS DE HIV POR SEXO E ANO DE DIAGNÓSTICO.[5]

CASOS DE HIV	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Geral	150	292	284	356	410	551	579
Homens	110	186	195	243	283	391	430
Mulheres	40	106	89	113	127	160	149

Fonte: SINAN/SVES/SEMUS SÃO LUÍS, 2021.

[4] Anos 2020- SIM/SVES/SEMUS SÃO LUÍS. Dados sujeitos à alteração (atualização 20/05/2021).

[5] Dados 2020 sujeito à alteração (atualização 20/05/2021).

Ademais, nos anos de 2014 a 2020 foram registrados 2.743 casos de HIV no município de São Luís. Observa-se um crescimento de casos, de 150 no ano de 2014 para 551 no ano de 2019, evidenciando também o aumento das notificações por conta da descentralização da testagem para UBS desde 2014. No entanto, o déficit nas ações de vigilância em saúde ainda é preocupante, com resposta comprometida por conta da baixa cobertura da ESF no município de São Luís, indicando que a grande parcela da população desta localidade apresenta déficit de assistência, com baixa capacidade de resposta no que tange às ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, as quais fazem parte das diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

Quantos aos testes de HIV foram realizados 3.410 em 2017, 14.096 em 2018, 27.095 em 2019, 17.013 em 2020. Observa-se que houve um aumento de 15% dos testes em relação ao ano anterior, que dentre essa série, apenas o ano de 2020 não foi alcançado. O não alcance do indicador deve-se ao período pandêmico Covid-19, em que houve pouca procura da comunidade pelos testes, além dos atendimentos se tornarem agendados, aumentando a barreira de acesso aos testes rápidos, por conta das medidas sanitárias.

Constata-se ainda que existe uma problemática quanto ao não preenchimento dos códigos dos testes rápidos nas fichas e-SUS e BPA-I pelos profissionais de saúde, assim como, a baixa cobertura de testes para HIV, demonstrando a fragilidade das ações de vigilância na Atenção Primária à Saúde.

O incentivo à testagem do HIV/AIDS para as populações geral e principalmente para as populações chave, as mais afetadas, é uma ação necessária para identificação dos casos precocemente. As medidas de controle iniciadas, oportunamente, através do diagnóstico, oferta de tratamento e medidas de prevenção combinada são essenciais para conter o avanço dos casos.

No que diz respeito aos serviços implantados de prevenção, diagnóstico e seguimento clínico de IST’s, tem-se a Profilaxia Pós Exposição - PEP ao HIV e Hepatite B e C que são implantados e executados em 08 unidades hospitalares de Urgência e Emergência: U.M. Bequimão, U.M. Itaqui Bacanga, U.M. São Bernardo, Socorrão I e II, Hospital da Mulher, Hospital da Criança e UPA Zona Rural. Em 03 unidades de saúde são realizados tanto a dispensação como o seguimento: CTA-ANIL, CTA – LIRA e SAE Bairro de Fátima.

Além disso, são realizados os testes rápidos (de HIV, de Sífilis e de Hepatites B e C) e ações de prevenção em 57 Unidades da Rede SUS de São Luís. Assim, faz-se a capacitação dos profissionais e o abastecimento das Unidades com os testes, para ofertar a toda população

e organizar o fluxo de encaminhamentos para referência laboratorial diagnóstica e serviços de atendimento especializados para seguimento dos casos.

O serviço de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B – Pública e Privada para o cuidado com a gestante e recém-nascido é realizado em 06 Maternidades Rede SUS e 04 Maternidades Rede Privadas que executam ações de consulta clínica especializada para gestante com HIV, profilaxia no momento do parto e ao recém-nascido. Além de contar com 01 serviço especializado de acompanhamento às crianças expostas ao vírus do HIV.

Quanto à Profilaxia Pré – exposição ao vírus do HIV – PREP, o atendimento à PREP de avaliação, dispensação e seguimento clínico e laboratorial é realizado em 01 Centro Municipal de testagem e aconselhamento – CTA-LIRA.

Os serviços especializados para tratamento do HIV possuem 02 serviços de atendimentos especializados para pessoas diagnosticadas assintomáticas pelo HIV (CTA-ANIL e LIRA), 01 serviço especializado para sintomáticos (SAE-BF) e 01 serviço especializado para adolescentes com HIV /AIDS (SAE-BF).

Os serviços especializados para tratamento das Hepatites Virais contam com 01 laboratório especializado para atendimentos às pessoas com Hepatites Virais no SAE- BF, com equipe de hepatologistas e equipe interdisciplinar capacitada para o atendimento. E o CTA na rua é composta por 02 equipes volantes, compostas por equipe multidisciplinar, visando ampliar o acesso às populações chave e prioritárias às ações e serviços do Programa de IST, AIDS e Hepatites Virais.

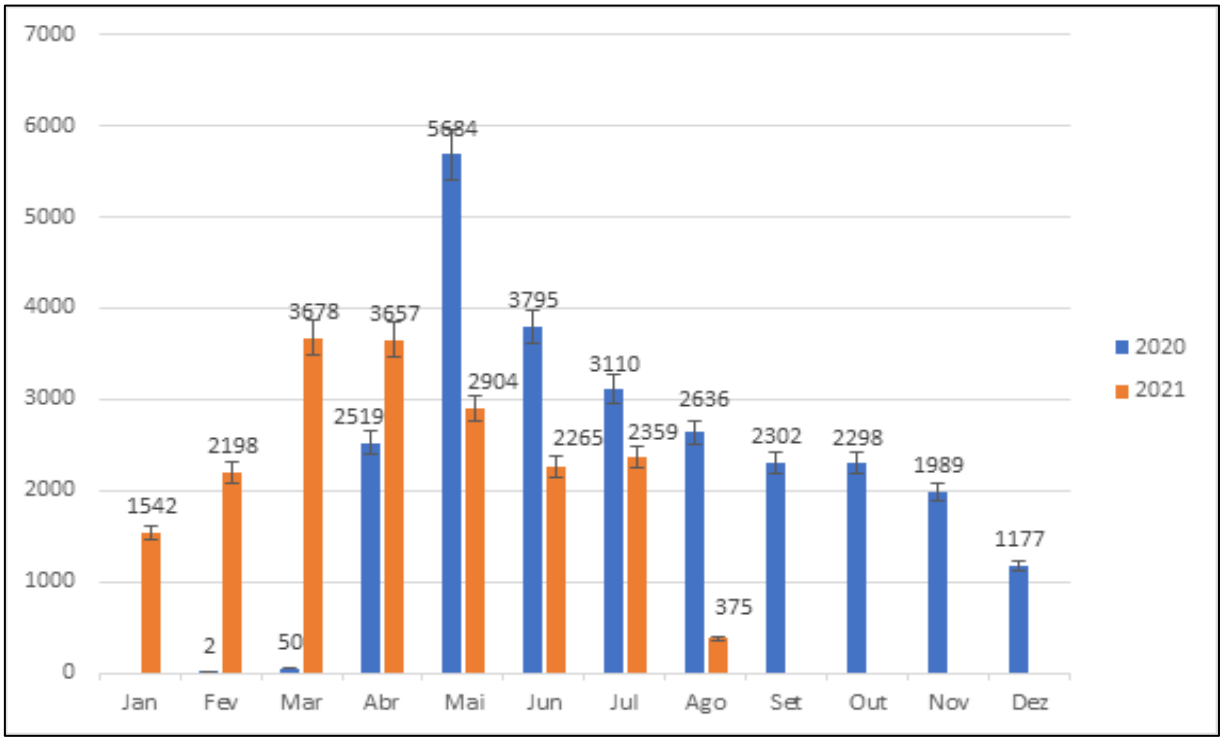
Vale ressaltar ainda que o projeto Viva Melhor Sabendo Jovem de São Luís fortaleceu e acelerou a resposta para o controle da epidemia em HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites B e C no município de São Luís, por meio da formação e mobilização de adolescentes e jovens em direitos sexuais e reprodutivos para sensibilização, prevenção e testagem rápida para o HIV e outras IST’s. O Projeto é de Iniciativa do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em estreita parceria com o DDAHV. Sendo executado em São Luís pela ONG SOLIVIDA. Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís através da Coordenação Municipal de IST, AIDS e Hepatites Virais, Secretaria Estadual de Saúde através do Departamento Estadual de IST, AIDS e Hepatites Virais, PLAN, Secretaria de Juventude do Maranhão, Fórum de Juventude de São Luís e outros.

3.2.1.13. Covid 19 (Sars-CoV-2)

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, já no dia 20/03, o Ministério da Saúde declarou por meio da Portaria n° 454, o estado de transmissão comunitária em todo o território nacional. Considerando o contexto da saúde pública em nosso país, a pandemia de Covid-19 originou novos desafios, potencializado os problemas já existentes. Reconhecendo a vulnerabilidade em que se encontra atualmente o município de São Luís, evidencia-se a importância do acompanhamento das informações relevantes deste agravo, de forma atualizada, em conformidade com a situação atual como alerta para o propósito de promover ações relacionadas à Gestão de Vigilância Epidemiológica, com o objetivo de sistematizar as ações e procedimentos no que diz respeito à resposta às condições adversas e os múltiplos fatores de risco, assim como o impacto socioeconômico que podem afetar diversas camadas sociais, fomentando instabilidade, desemprego e problemas mentais, psicológicos, separação de familiares, entre outros. A morte ou ameaça à preservação da vida, passa a ser um assunto em pauta em muitos momentos, que se associa a uma hipervigilância.

Atualmente, o município de São Luís tem se empenhado para diminuir o número de casos de Covid-19, priorizando todas as ações no combate. Até o dia 10.08.2021, o número de infectados em São Luís era de 45.338 casos, sendo que 26.562 foram em 2020 e 18.776 casos em 2021. O número de óbitos soma 2.529, com 1.285 casos em 2020 e 1.244 casos em 2021. Entre os infectados a maioria eram mulheres, representando 25.389 do total e os homens 19.949 deles. A faixa etária mais acometida compreendeu as idades de 30 a 49 anos (dados não contidos em tabelas ou gráficos). Outros dados são demonstrados através dos gráficos abaixo.

GRÁFICO 2: CASOS DE COVID-19 POR MÊS, SÃO LUÍS/MA, 2020 E 2021



FONTE: Notifica Covid-19 Maranhão – Dados coletados até 10.08.2021.

3.4. Coberturas vacinais

São Luís conta com a oferta de 16 vacinas para realização da imunização em crianças menores de 1 ano, crianças de 1 ano, adolescentes, gestantes, adultos e idosos. O quadro abaixo demonstra a série histórica da cobertura de todas as vacinas ofertadas na rede municipal.

TABELA 21: SÉRIE HISTÓRICA DA COBERTURA VACINAL DE ROTINA

IMUNOBIOLÓGICOS	2017	2018	2019	2020
BCG	141,81	119,88	50,67	25,58
DTP - 01 ano(1º REF)	61,97	48,78	32,85	33,48
DTP - 4 anos(2º REF)	60,68	45,21	30,75	30,42
FA(< 1 ano)	89,31	65,11	55,91	32,09
HPV - D1(10 anos)	20,16	12,68	11,15	5,45
HPV - D1(11 anos)	15,26	10,41	8,08	2,05
HPV - D1(12 anos)	22	7,62	4,97	1,16
HPV - D1(13 anos)	18,14	6,09	3,46	0,52
HPV - D1(9 anos)	53,67	37,57	34,97	18,24
HPV - D2(10 anos)	25,02	15,19	14,93	7,29

HPV - D2(11 anos)	16,08	10,6	9,08	3,44
HPV - D2(12 anos)	17,35	8,95	5,96	1,68
HPV - D2(13 anos)	15,34	8,07	4,56	0,92
HPV - D2(9 anos)	21,67	14,68	14,6	5,55
Hepatite A	80,55	57,42	60,49	34,41
Hepatite B(<1 ano)	75,97	61,24	50,67	35,16
Hepatite B(<30 dias)	129,97	104,23	33,87	25,71
Menigocócica Conj.C(1 ano)	70,92	49,68	54,57	38,12
Menigocócica Conj.C(9 anos)	16,31	6,3	4,68	0,14
Menigocócica Conj.C(< 1 ano)	81,43	58,39	55,53	39,49
Meningocócica Conj.C(12 anos)	19,07	25,93	11,17	2,99
Meningocócica Conj.C(13 anos)	22,77	20,86	7,82	1,84
Pentavalente (< 1 ano)	75,73	61,18	49,8	35,16
Pneumocóccica(1 ano)	69,83	55,63	56,07	39,34
Pneumocóccica(<1 ano)	83,81	69,91	63,14	42,49
Poliomielite(< 1 ano)	72,58	60	54,09	37,09
Poliomielite(VOP/VIP)(1ºREF)	66,86	51,87	57,63	32,83
Poliomielite(VOP/VIP)(2ºREF)	53,26	41,61	45,86	30,06
Rotavírus Humano	69,07	63,4	58,25	38,96
Tetra Viral	27,43	5,88	7,66	1,1
Tríplice Viral - D1	85,91	69,9	81,65	44,86
Tríplice Viral - D2	56,2	39,2	48,56	20,88
Varicela	71,91	55,46	58,39	31,13
DT (Gestante)	82,4	51,19	44,31	12,16
DTPA (Gestante)	98,52	63,59	58,8	25,42

FONTE: SIPNI (03/06/2021)

Conforme tabela acima, observa-se que desde 2017 a cobertura de todas as vacinas vem apresentando resultados cada vez mais baixos e preocupantes. A média de queda é de 50% de cobertura em todas as vacinas, comparando o ano de 2020 em relação a 2017. Em 2020 a maior cobertura foi de 44,86% referente à Tríplice Viral - D1, duas vezes menor que o preconizado (95%). As baixas coberturas comprometem também o repasse de recursos para

melhoria das atividades de vacinação, devido ao não alcance dos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), por exemplo.

Além disso, há preocupação com a vulnerabilidade das pessoas não imunizadas, visto que o cenário propicia o surgimento de novas doenças, assim como, o ressurgimento de doenças já controladas e/ou erradicadas no município. Durante o referido período (2017 a 2020) foi observada uma desaceleração na procura da vacinação de rotina por parte da população. A situação atual nos leva a refletir o quanto precisamos avançar em ações de educação em saúde, principalmente em programas como Saúde na Escola que proporciona um trabalho interdisciplinar sobre a importância da vacinação com professores, alunos e pais, assim como, uma melhor articulação com a Atenção Básica.

Desde 2018, São Luís vem mantendo, adversamente às demais imunizações, o alcance da meta de cobertura estabelecida pelo Ministério da Saúde para as campanhas de influenza. A procura pela referida vacina vem crescendo a cada ano (Tabela 20), evidenciando as ações de conscientização da população quanto à importância da vacinação para reduzir as complicações, as internações e a mortalidade decorrentes das infecções pelo vírus da influenza na população alvo para a vacinação.

A cobertura prevista em 2020 apresentou-se acima da meta, inferindo-se a possível influência indireta da pandemia da Covid-19, visto que, foi um período de muitas incertezas para a população e gerou alta demanda de pessoas de outros municípios à procura da vacina como esperança de prevenção também contra a Covid-19, fato este, causado por várias informações incorretas (*fake news*).

TABELA 22: SÉRIE HISTÓRICA DA COBERTURA VACINAL DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA.

ANO	População	Doses	Cobertura
2017	201.187	157.296	78,18
2018	209.974	189.737	90,36
2019	254.958	245.804	96,41
2020	250.684	292.221	116,57

FONTE: SI PNI, 2021.

Contudo, não se minimiza o mérito das ações realizadas pela coordenação de imunização em articulação com a Atenção Básica do município de São Luís para melhor atender a população. A cada ano a coordenação de imunização vem adotando estratégias com postos volantes, vacinação em ações sociais, vacinação em órgãos públicos e privados, dentre

outras. Em 2020, destacamos as estratégias de vacinação em domicílios, condomínios e *drive thru*, para melhorar a oferta de vacinação à população.

De 2017 a 2020 foram distribuídos mais de três milhões de materiais como diluentes, soros e vacinas para suprir as 66 unidades de saúde de São Luís. Todo o material é distribuído diariamente e controlado pela rede de frio municipal. Ressalta-se que todas as salas de vacina estão devidamente abastecidas ao longo de suas atividades.

A vacinação de rotina em crianças menores de 1 ano continua a ser o maior desafio para o município de São Luís, mesmo com a garantia do gerenciamento dos imunobiológicos e insumos, nas fases de armazenamento, acondicionamento, manuseio, transporte e distribuição, outros fatores parecem interferir na melhoria da cobertura.

A baixa cobertura de Estratégia de Saúde da Família no município pode ser um possível entrave no alcance da meta, visto que há necessidade de busca ativa de crianças faltosas para completar o esquema de vacinação, assim como se observou uma queda brusca a partir do momento da mudança do sistema APIWEB (quantitativo) para SIPNI.

Outro fator que pode ter colaborado para os resultados negativos foi o acúmulo de boletins não digitados em salas de vacina, observado pelas equipes de supervisão, após a referida mudança de sistema. Abaixo, série histórica da vacinação em menores de 1 ano.

TABELA 23: SÉRIE HISTÓRICA DA COBERTURA VACINAL DE ROTINA (MENOR DE 1 ANO).

IMUNOBIOLÓGICO	% 2017	% 2018	% 2019	% 2020
BCG	141,81	119,88	50,67	25,58
FA(< 1 ano)	89,31	65,11	55,91	32,09
Hepatite B(<1 ano)	75,97	61,24	50,67	35,16
Menigocócica Conj. C (< 1 ano)	81,43	58,39	55,53	39,49
Pentavalente (< 1 ano)	75,73	61,18	49,8	35,16
Pneumocóccica(<1 ano)	83,81	69,91	63,14	42,49
Poliomielite(< 1 ano)	72,58	60,00	54,09	30,06
Rotavírus Humano	69,07	63,40	58,25	38,96

FONTE: SI PNI, 2021.

Em 2018, a campanha contra o sarampo foi designada para crianças de 01 a 4 anos, marcada com 117.241 doses aplicadas. Já em 2019, a campanha contra o sarampo foi dividida em 2 etapas, na primeira foram vacinadas 5299 crianças até 4 anos, atingindo a meta de 91%. Na segunda etapa, a vacinação foi para população de 20 e 29 anos, com 2.186 pessoas vacinadas.

São Luís teve aumento de 31% da cobertura da Tríplice viral, saindo de 59% em 08/10/2019 para 91,3% em 06/12/2019. Em 2020, a campanha contra o sarampo foi marcada com mais de 68.066 doses aplicadas em pessoas de 20 a 49 anos.

3.4.1. Multivacinação

Em 2017, mais de 50% das crianças que compareceram à multivacinação foram vacinadas e atualizadas quanto à carteira de vacinação, bem como mais de 66% dos adolescentes.

TABELA 24: CAMPANHA NACIONAL DE MULTIVACINAÇÃO – 2017

PARTICULARIDADES	CRIANÇAS	ADOLESCENTES
Crianças que compareceram	23.368	9.132
Crianças que receberam vacina	12.962	6.037
Doses Aplicadas	21.908	8.461
(%) Proporção de Vacinados	55,47	66,11
Faixa Etária	Todos	Todos
Imunobiológicos	Todos	Todos

FONTE: SI PNI, 2021.

Em 2020, observa-se que o percentual de vacinados na atualização da carteira ainda é muito alto (77,7%), isso é indicativo que há baixa cobertura de rotina, demonstrando muitas pessoas descobertas. Por outro lado, podemos destacar a importância da campanha para atualização e finalização do esquema vacinal.

Entre os principais resultados alcançados nos últimos quatro anos, destacam-se: a implantação do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) em 52 salas de vacina; a meta atingida da campanha contra Influenza em 2019 e 2020, que não ocorria desde 2016; e o aumento de 7 para 41 salas de vacina alimentando os 12 meses as informações no SI-PNI.

Além disso, apontam-se avanços entre 2017 a 2020 que podem estar relacionados à melhoria no acondicionamento de imunobiológicos com a substituição de 10 geladeiras inadequadas (uso doméstico) por 10 câmaras frias e na informatização com aquisição de 70 computadores para todas as salas de vacina municipais e divisão de imunização.

4. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

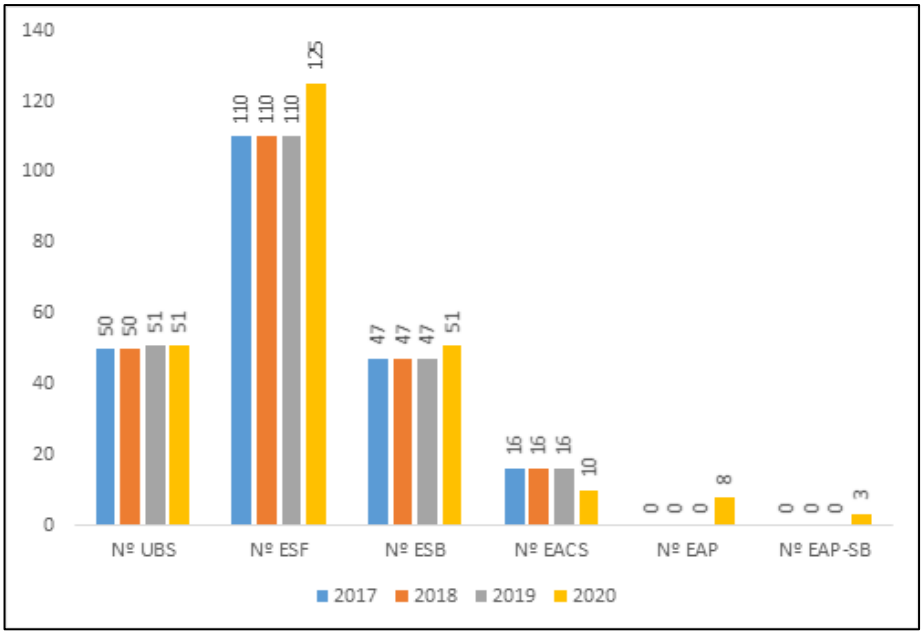
A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB define a Atenção Primária à Saúde (APS) como um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

4.1. Cobertura da Atenção Primária em Saúde

O gráfico 3 apresenta a série histórica (2017-2020) da cobertura da APS no município de São Luís, incluindo os números de ESF, Equipes de Saúde Bucal (ESB), Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS), Equipes de Atenção Primária (EAP), Equipes de Atenção Primária de Saúde Bucal (EAP-SB) e Unidade Básicas de Saúde (UBS) por distrito sanitário.

GRÁFICO 3. SÉRIE HISTÓRICA (2017-2020) DA COBERTURA DA APS POR DISTRITO SANITÁRIO



FONTE: e-SUS

Observa-se que não houve expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família entre os anos de 2017 e 2019. Porém, houve um crescimento do número de ESF e ESB no ano de 2020, e ainda a implantação de 08 EAP e 03 de EAP-SB, com a abertura de 01 UBS.

Até dezembro de 2020, o município de São Luís possuía uma população de 1.101.884 habitantes, área territorial de 834.785 km² e uma densidade populacional de 1.31 hab/km², apresentando uma cobertura de 47,33% de APS (e-GESTOR, 2021). Os serviços são

ofertados por meio de 125 ESF, 10 EACS, 51 ESB, uma equipe de Consultório na Rua (CnR), 08 EAP e 03 EAP-SB, distribuídos em 51 UBS, entre os sete distritos sanitários.

O cenário atual do município de São Luís - MA sinaliza para a necessidade de ampliação da cobertura da APS. Assim, torna-se imprescindível a ampliação da cobertura de Estratégia de Saúde da Família, sendo necessário o credenciamento de 150 Equipes de Saúde da Família e de 750 Agentes Comunitários de Saúde, para o alcance de 100% da população.

4.2. Programa Previne Brasil

A Portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil e estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária em Saúde.

O financiamento será constituído por três parâmetros: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo por ações estratégicas.

O cálculo para a definição dos incentivos financeiros da captação ponderada deverá considerar, especialmente, o cadastro da população do município; o pagamento por desempenho será calculado, considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES).

O incentivo para ações estratégicas contemplará o custeio das seguintes ações, programas e estratégias: Programa Saúde na Hora, ESB, Unidade Odontológica Móvel (UOM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD); Equipe de Consultório na Rua (ECR), Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), Microscopista, Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP), custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Academia da Saúde, programas de apoio à informatização da APS, incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Considerando esta portaria, o município de São Luís, classificado pelo IBGE como urbano, com suas 125 ESF, precisaria cadastrar 500.000 indivíduos. Até a data de 13/05/2021, foram realizados 429.745 cadastros, atingindo 85,94% da meta de cadastros.

Destaca-se que, segundo o programa Previne Brasil, os municípios devem atingir a meta de cadastramento de 70% para manutenção do repasse financeiro. Assim, a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) monitora o quantitativo de cadastros individuais

diariamente na base de dados local e acompanha o desempenho das equipes e do município com relação aos indicadores.

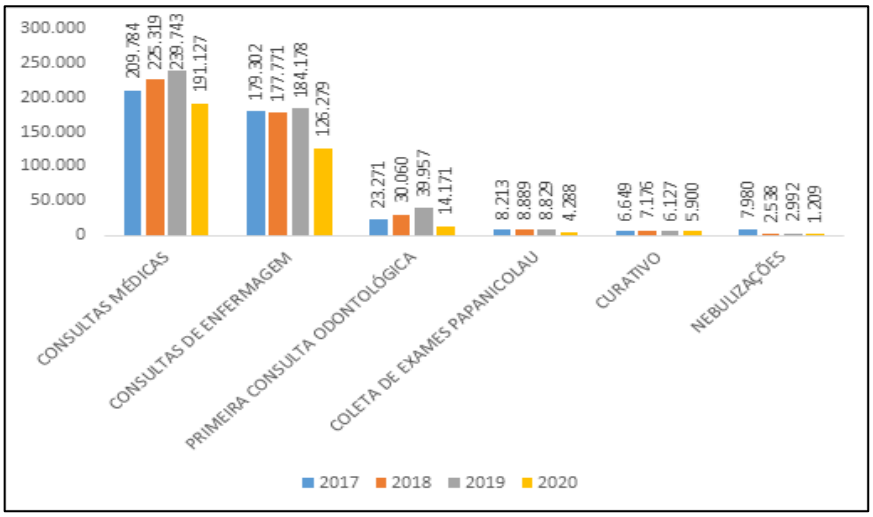
Quanto às ações estratégicas, o município fez adesão a vários programas e estratégias, como: Programa Saúde na Hora, ESB, CEO, LRPD, ECR, PSE, ACS, entre outros.

4.3. Produção das Unidades Básicas de Saúde e outras ações da APS

Os gráficos 4 e 5 apresentam a série histórica de 4 anos (2017 a 2020) das produções de consultas médicas, de enfermagem, da primeira consulta odontológica, coleta de exames papanicolau, curativo e nebulizações realizadas nas UBS.

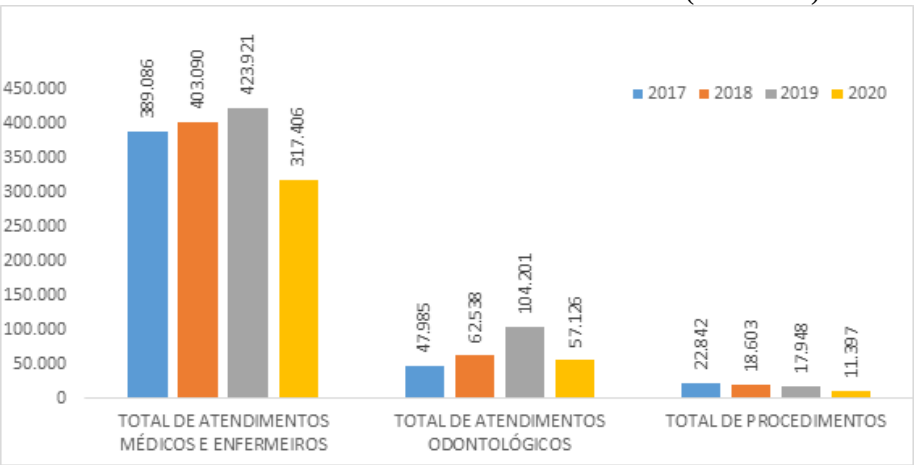
Destaca-se o aumento anual das produções nos anos de 2017, 2018 e 2019, porém, no ano de 2020, ocorreu uma redução considerável das mesmas, consequência da pandemia da COVID-19, devido a qual os atendimentos e os procedimentos eletivos foram reduzidos para evitar aglomerações, conforme Portaria nº 45/2020 GAB/SEMUS, de 18 de março de 2020, que normatiza a dinâmica de funcionamento dos serviços pertencentes à estrutura da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Luís frente à incidência de infecções respiratórias virais, principalmente a COVID-19.

GRÁFICO 4: SÉRIE HISTÓRICA DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS GERAIS NAS UBS (2017-2020)



FONTE: e-SUS, 2021

GRÁFICO 5. SÉRIE HISTÓRICA DO NÚMERO TOTAL DE ATENDIMENTOS DE MÉDICOS, ENFERMEIROS E DENTISTAS NAS UBS (2017-2020)



FONTE: e-SUS, 2021.

4.4. Programas da Atenção Primária à Saúde

A Portaria Nº 2.979/MS/GM, de 12 de novembro de 2019, que dispõe sobre o Programa Previne Brasil, estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, ela dispõe que não há mais repasse do recurso do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), passando a ser substituído pelo pagamento por desempenho das equipes: um dos três parâmetros do Programa Previne Brasil.

Importante citar, também, que as normativas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram revogadas: Seção do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e Seção II do Capítulo I do Título II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Assim, a partir de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB.

4.4.1. Consultório na Rua

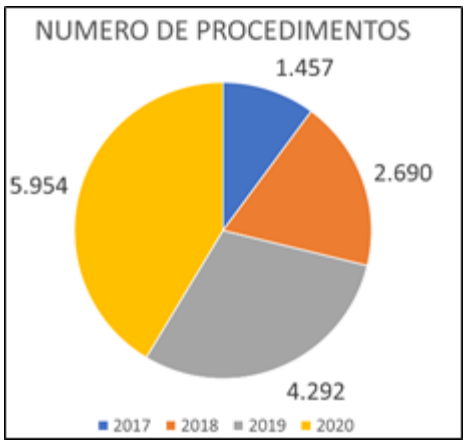
A equipe de Consultório na Rua de São Luís é do tipo modalidade III, composta pelos seguintes profissionais: agente social, assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal e terapeuta ocupacional. Iniciou suas atividades em março de 2015 e está vinculada ao Centro de Saúde Dr. José Carlos Macieira, localizada no bairro do Sacavém.

- Territórios de atuação da equipe:

- **Distrito Coroadinho:** Praça João Lisboa, Cais da Praia Grande, Reviver, João Paulo, Coroado, Coroadinho;
- **Distrito Centro:** Praça Pedro II, São Francisco, Ponte Bandeira Tribuzi, Parque Bom Menino, Mercado Central, Portinho, Igreja de Santo Antônio, Praça Maria Aragão, Praça da Misericórdia;
- **Distrito Cohab/Anil:** Avenida São Luís Rei de França - Turu, Avenida. Daniel de la Touche – Cohama;
- **Distrito Itaqui Bacanga:** Avenida dos Portugueses, Unidade Mista do Itaqui Bacanga;
- **Distrito Bequimão:** área da Rodoviária e suas adjacências.

A equipe de CnR realiza o cadastro dos usuários nas ruas, possuindo, atualmente, 1.127 prontuários abertos. A faixa etária predominante é de 20 a 60 anos, com maior concentração de pessoas do sexo masculino.

GRÁFICO 6: SÉRIE HISTÓRICA DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DA EQUIPE DE CNR (2017-2020)



FONTE: e-SUS, 2021.

No gráfico 6, apresenta-se o quantitativo de atendimentos realizados pela equipe do Consultório na Rua no período de 2017 a 2020. No gráfico 6, percebe-se que existe uma relativa superioridade no número de atendimentos às pessoas do sexo masculino em relação às do feminino. Destaca-se que o atendimento odontológico inclui ações de fornecimento de escovas, orientações em relação à higiene bucal e aplicação de flúor.

4.4.2. Programa Mais Médicos para o Brasil

O Programa Mais Médico para o Brasil (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência

desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de UBS, além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação desses profissionais.

O município de São Luís aderiu ao PMM no ano de 2013, ainda no 1º ciclo do mesmo, renovando periodicamente sua adesão, de acordo com os editais lançados pelo Ministério da Saúde (MS).

Atualmente, há no município um total de 46 profissionais integrantes no PMM, dos 6°, 14°, 15° e 19º e 23° ciclos, sendo os dois últimos ciclos com editais lançados para enfrentamento da Pandemia/COVID-19.

4.4.3. Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma estratégia de integração da saúde e da educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras, instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. A articulação entre escola e APS é a base do programa.

A pactuação do PSE é feita de forma bianual. Nos últimos quatro anos, o município fez adesão a dois ciclos do PSE, 2017-2018 e 2019-2020, com aumento do número de escolas municipais e estaduais, também aumentando o número de alunos beneficiados entre os ciclos e o acesso dos discentes da rede básica de ensino às ações do programa (Tabela 25).

TABELA 25: ADESÕES DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS AOS CICLOS DO PSE (2017-2020)

Nº	CICLO	NÚMERO ESCOLAS	NÚMEROS DE ALUNOS
01	2017-2018	90	56.843
02	2019-2020	102	57.078

FONTE: e-SUS, 2021.

4.4.4. Programa do Tabagismo

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo regulamenta e orienta todas as ações implementadas pelos estados e municípios em todo território nacional. É um importante programa, uma vez que o tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas (WHO, 2009; 2011).

A condição de fumante passivo no domicílio foi atribuída a todo indivíduo não fumante que informou que pelo menos um dos moradores do domicílio tem o hábito de fumar

dentro de casa. A condição de fumante passivo no trabalho foi atribuída a não fumantes que informaram que pelo menos uma pessoa possui o hábito de fumar no ambiente de trabalho.

Segundo a VIGITEL, 2020, quanto à frequência de fumantes, São Luís (4,8%) apresenta-se entre as capitais com menor frequência. É a quarta capital com menor frequência entre os homens (7%) e a segunda capital com menor frequência entre as mulheres (3%). O quadro 06 apresenta quantidade de atendimentos realizados no município de São Luís entre os anos de 2019 e 2021.

TABELA 26: SÉRIE HISTÓRICA DE ATENDIMENTOS À FUMANTES DE SÃO LUÍS - MA

ANO	ATENDIMENTOS NAS UBS
2019	3087
2020	907
2021	370 (até 31/04/2021)

FONTE: Esus, 2021.

4.4.5. Ações de Equidade

A equidade é um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde que assegura atenção à saúde de forma diferenciada às populações reconhecidamente desiguais por se apresentarem em iniquidades sociais. No Brasil, os estudos apontam que a população negra e a LGBTQIAP+ tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde a atenção qualificada e oportuna.

As ações de equidade realizadas no município de São Luís foram voltadas para a população LGBTQIAP+ entre os anos 2018 e 2019, por esta população apresentar-se em situação de vulnerabilidades em relação ao acesso aos serviços de APS, bem como invisibilidade no cadastro realizado pela ESF.

As ações foram realizadas nas UBS com o objetivo de desconstrução aos estigmas e preconceitos quanto à orientação sexual e identidade de gênero, através de oficinas de acolhimento, qualificação do cadastro individual e domiciliar e assistência à saúde.

No ano de 2018, foram realizadas 39 oficinas nas UBS, com a participação dos profissionais da ESF e trabalhadores da saúde, em horário previamente agendado e ambiente seguro, para que fossem esclarecidas quaisquer dúvidas; e em 2019 foi realizado um evento na Universidade Federal do Maranhão (UFMA), abordando temas da saúde para a população LGBTQIAP+.

Apesar das ações realizadas, ainda apresentam-se lacunas assistenciais e dificuldade de registro dos dados quanto à orientação sexual e identidade de gênero, sendo estas

autorreferidas, necessitando dos profissionais da ESF uma abordagem acolhedora no momento do cadastro, livre de preconceito, estigmas e juízo de valor.

Quanto à população negra, o município encontra-se em construção de ações estratégicas que atuem na priorização e inclusão dessa população e reduza as iniquidades em saúde, atendendo à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

4.5. Cuidado no pré-natal

O pré-natal de risco habitual é realizado nas Unidades Básicas de Saúde, com oferta de testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatites B e C), em livre demanda para a gestante e o parceiro. Além disso, são ofertadas vacinas, Ácido Fólico e Sulfato Ferroso em todas as UBS.

Os exames do elenco da Rede Materno Infantil para as gestantes são realizados pelos laboratórios contratados, de acordo com divisão de distrito sanitário da unidade onde a gestante realiza o pré-natal.

Os exames garantidos são: Hemograma, Glicemia em Jejum, Tipagem sanguínea e Fator Rh, Coombs Indireto, EAS (Urina tipo I), Urocultura, Sorologias para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, Toxoplasmose IgG e IgM, Eletroforese de Hemoglobina.

A Ultrassom Obstétrica para as gestantes residentes no município é realizada por uma entidade filantrópica conveniada com a SEMUS – São Luís.

Considerando a Portaria nº 930 de 15 de maio de 2019, do Ministério da Saúde, que institui o Programa Saúde na Hora, cujas disposições aplicam-se ao Distrito Federal e aos municípios que aderirem ao Programa "Saúde na Hora" para fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, permitindo a realização de ações e serviços de saúde, como imunização, pré-natal, puericultura, entre outras atividades e ações, em horário estendido nas UBS.

São Luís teve início das atividades deste programa em março de 2020, tendo como horário de funcionamento: Segunda a sexta-feira, das 7h às 18h, e aos sábados, das 7h às 12h, desta forma, oportunizando ao usuário maior acesso aos serviços de saúde e ampliando a porta de entrada do SUS.

As Unidades Básicas contempladas são:

FIGURA 5: UNIDADES BÁSICAS CONTEMPLADAS POR DISTRITO.

Nº	DISTRITO	UBS
01	BEQUIMÃO	CS AMAR
02	CENTRO	CS LIBERDADE
03	SÃO FRANCISCO	CS SÃO FRANCISCO
04	COHAB	CS TURU
05		CS COHAB ANIL
06		CS GENÉSIO RAMOS FILHO
07	COROADINHO	CS Dr. JOSÉ CARLOS MACIEIRA
08	ITAQUI BACANGA	CS VILA BACANGA/EMBRIÃO
09		CS CLODOMIR PINHEIRO COSTA
10		CS SÃO RAIMUNDO
11		CS VILA NOVA
12	TIRIRICAL	CS SÃO CRISTÓVÃO
13		CS FABICIANA MORAES
14	CIDADE OPERÁRIA	CS SANTA BÁRBARA
15		CS ANTÔNIO CARLOS REIS (OLÍMPICA I)
16	VILA ESPERANÇA	CS LAURA VASCONCELOS

FONTE: SEMUS/São Luís, 2021.

4.6. Alimentação e nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Para tanto, está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS, com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a APS como ordenadora das ações.

Dessa forma, com base na PNAN, atualizada pela Portaria Nº 2.715, de 17 de novembro de 2013, são desenvolvidas na APS ações conjuntas de alimentação e de promoção e prevenção à saúde; os programas geridos são:

- Programa Bolsa Família;
- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Micronutrientes (NutriSUS, Vitamina A, Ferro);
- Crescer Saudável;
- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil – EAAB;
- Educação Alimentar e Nutricional

4.7. Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, que associa a transferência do benefício financeiro ao acesso a direitos sociais básicos, como saúde, alimentação, educação e assistência social.

Periodicamente, o Ministério da Cidadania gera uma base de dados com o público para acompanhamento das condicionalidades, ou seja, uma tabela com informações das crianças e dos adolescentes de 6 a 17 anos que deverão ter a frequência escolar verificada, informações das crianças de 0 a 6 anos que deverão ter o calendário vacinal, o peso e a altura acompanhados, além de dados das mulheres em idade fértil para identificação das gestantes e acompanhamento do pré-natal (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2015).

Os percentuais de cobertura referentes ao BFA aplicam-se a duas vigências anuais. Uma no primeiro e outra no segundo semestre de cada ano. Dessa forma, o percentual de beneficiários alcançados, até o momento, da 1ª vigência de 2021 foi 12,72%, correspondendo a 15.707 acompanhamentos na condicionalidade saúde, não estando disponíveis pelo Ministério da Saúde relatórios individualizados para possíveis recortes dos distritos sanitários. Ressalta-se que estamos aguardando a consolidação dos dados para obtenção do resultado final da 1ª vigência de 2021.

Ainda sobre o primeiro semestre de 2021, o Ministério da Saúde, por meio do Ofício N°6/2021/DEPROS/SAPS/MS, que trata do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família na 1ª vigência de 2021 e a pandemia do novo Coronavírus (Covid-19), orientou estados e municípios que, durante o período de pandemia, não haveria suspensão na concessão do benefício já recebido, estando no perfil da não obrigatoriedade do registro das condicionalidades de saúde para o referido ano.

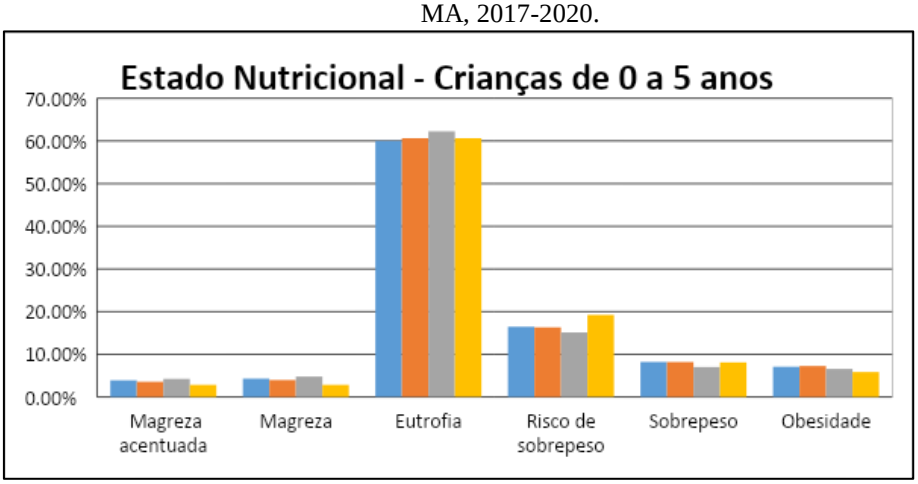
4.8. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um sistema informatizado que realiza a avaliação do estado nutricional da população atendida na atenção primária e orienta as ações da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos serviços de saúde da APS. O SISVAN tem por objetivo consolidar os dados referentes às ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar, até a geração de relatórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A VAN nos serviços de saúde inclui a avaliação antropométrica (medição de peso e estatura) e do consumo alimentar, cujos dados são consolidados no SISVAN, apoiando gestores e profissionais de saúde no processo de organização e avaliação da atenção nutricional, permitindo que sejam observadas prioridades, a partir do levantamento de indicadores de alimentação e nutrição da população assistida. Destaca-se ainda que o SISVAN permite o registro dos dados da população atendida na atenção primária, principalmente os beneficiários do Programa Bolsa Família.

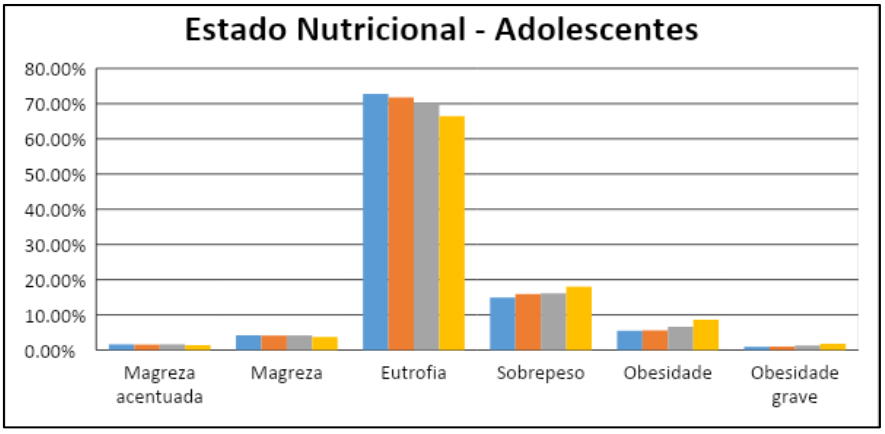
Os gráficos a seguir mostram as condições nutricionais da população do município de São Luís informada no SISVAN, de acordo com os ciclos de vida:

GRÁFICO 7: ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA, 2017-2020.



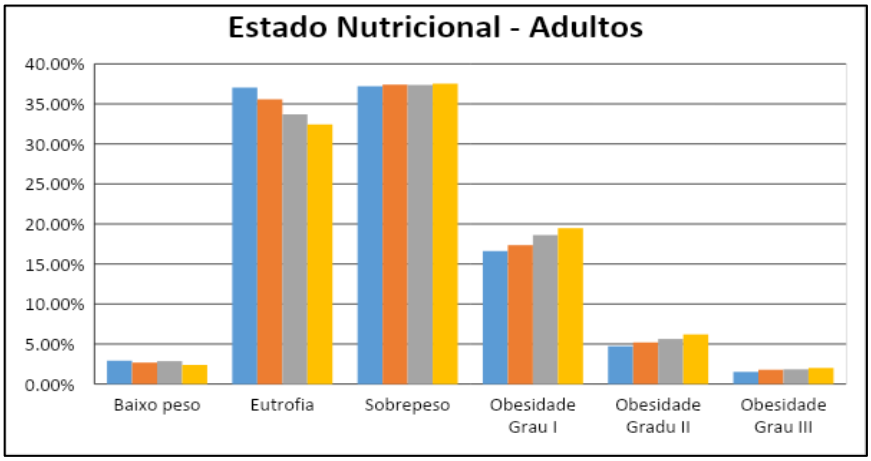
FONTE: SISVAN (2017-2020)

GRÁFICO 8: ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA, 2017-2020



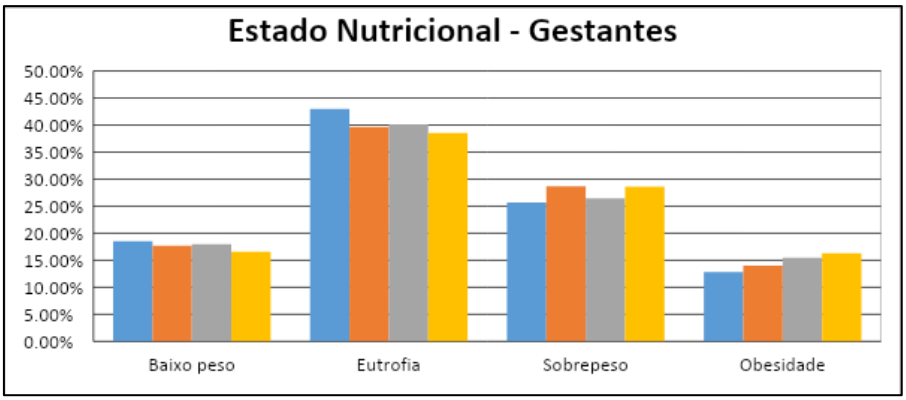
Fonte: SISVAN (2017-2020)

GRÁFICO 9: ESTADO NUTRICIONAL DE ADULTOS NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA, 2017-2020.



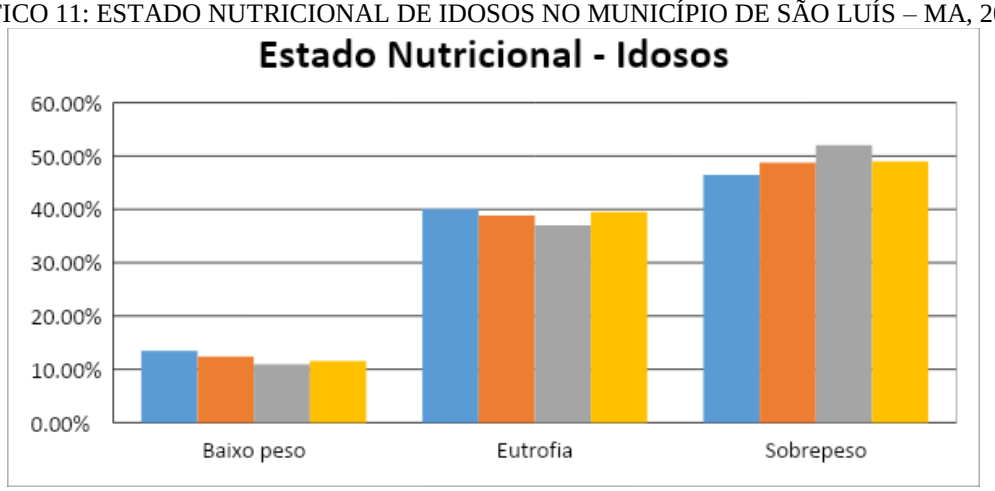
FONTE: SISVAN (2017-2020)

GRÁFICO 10: ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA, 2017-2020.



FONTE: SISVAN (2017-2020)

GRÁFICO 11: ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA, 2017-2020.



FONTE: SISVAN (2017-2020)

De acordo com os dados obtidos através dos relatórios consolidados de Estado Nutricional do SISVAN, dos anos de 2017 a 2020, observou-se que a maioria, mais de 60%, das crianças menores de 5 anos apresentam estado nutricional eutrófico (adequado). Notou-se

queda no percentual de baixo peso, de 8,22% em 2017 para 5,7% em 2020 e aumento do risco de sobrepeso, de 16,47% em 2017 para 19,25% em 2020.

Tratando-se dos adolescentes, o percentual de eutrofia aparece em queda discreta de 72,81% em 2017 para 66,48% em 2020 e aumento do excesso de peso (sobrepeso + obesidade + obesidade grave), destacando-se aqui o sobrepeso de 14,93% em 2017 para 18,01% em 2020.

Nos adultos, o percentual de sobrepeso foi superior ao de eutrofia em 2020, com 32,43% apresentando estado nutricional adequado e 37,52%, sobrepeso. Em se tratando do baixo peso, manteve-se constante, não ultrapassando 3% nos últimos quatro anos.

Ao se observar as gestantes, houve uma crescente nas taxas de sobrepeso e obesidade, chegando em 2020 a 28,60% e 16,28%, respectivamente. Em concomitância, a diminuição da eutrofia, saindo de 43,01% em 2017 para 38,52% em 2020.

A população idosa manteve-se com valores similares de eutrofia, 40,04% em 2017 e 39,49% em 2020, porém destaca-se que os percentuais de sobrepeso foram superiores, chegando a 48,96% em 2020.

No que se refere aos distúrbios nutricionais, carências ou de excesso (desnutrição e excesso de peso ou obesidade) a coordenação de alimentação e nutrição desenvolve ações para enfrentamento da desnutrição e do sobrepeso no município.

Atualmente, observa-se baixo registro ou qualidade dos dados nos sistemas de gestão da atenção primária, especificamente as informações em Vigilância Alimentar e Nutricional, como os dados antropométricos (peso e altura) e de consumo alimentar (marcadores de consumo alimentar), utilizados na rotina dos serviços de saúde da APS.

4.8.1. Micronutrientes

4.8.1.1. Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó - NutriSUS

A fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó – NutriSUS foi apresentada em março de 2015 e consiste na adição de uma mistura de vitaminas e minerais em pó em uma das refeições diárias oferecidas às crianças de 06 a 48 meses de idade, sendo administrada nas creches ou escolas.

Implantada inicialmente nas creches participantes do PSE, a iniciativa tem o objetivo de potencializar o pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle da anemia e outras carências nutricionais específicas na infância.

TABELA 27: SÉRIE HISTÓRICA DE SUPLEMENTAÇÃO COM NUTRISUS

ANO	CICLO	CRECHES PACTUADAS	CRECHES ADICIONADAS	CRIANÇAS A SEREM SUPLEMENTADAS	CRIANÇAS SUPLEMENTADAS
2017	1º	9	0	439	356
	2º	9	0	439	310
2018	1º	9	0	439	245
	2º	9	0	439	439
2019	1º	9	2	488	490
	2º	9	2	551	212

FONTE: e-Gestor, 2021

Em 2020, em decorrência da pandemia pelo novo coronavírus, e por ter sua dinâmica associada ao funcionamento das creches, houve a suspensão da suplementação, o qual aguardamos novo posicionamento por parte do MS.

4.8.1.2. Programa de Suplementação de Vitamina A

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) foi instituído oficialmente por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a hipovitaminose A e a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade.

As medidas de prevenção da deficiência de vitamina A realizadas pelo programa são: promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementar até 2 anos de idade, pelo menos; suplementação a partir do 6º até o 59º mês de idade de todas as crianças que residam em municípios contemplados pelo programa. Para crianças de 6 a 11 meses deve ser administrada uma dose de 100.000 UI (Unidades Internacionais) e para crianças de 12 a 59 meses deve ser administrada uma dose de 200.000 UI, uma vez a cada 6 meses. Os suplementos de vitamina A administrados devem ser registrados na caderneta da criança, da mesma forma que se registram as vacinas aplicadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

TABELA 28: SÉRIE HISTÓRICA DE SUPLEMENTAÇÃO COM VITAMINA A

Ano	Crianças de 6 a 11 meses		Crianças de 12 a 59 meses			
			1ª dose		2ª dose	
	Meta	Total	Meta	Total	Meta	Total
2017	16450	9189	42618	31916	24353	9876
2018	16450	9564	42618	22662	24353	14277
2019	16450	12260	42618	31240	24353	8724
2020	16450	11074	42619	19387	24354	10029

FONTE: e-Gestor

Assim como outros serviços de saúde, a suplementação profilática da Vitamina A teve em 2020 uma baixa procura em decorrência da pandemia pelo novo coronavírus. Fazendo-se necessário a busca constante por estratégias que minimizem os impactos gerados diretamente ao público alvo, de 6 a 59 meses de idade.

4.8.1.3. Programa Nacional de Suplementação do Ferro

No Brasil, a anemia por deficiência de ferro é um problema nutricional de grande magnitude e acomete principalmente as crianças, as mulheres em idade fértil e as gestantes. O Programa Nacional de Suplementação do Ferro (PNSF) faz parte das estratégias de prevenção da anemia e consiste na suplementação profilática de ferro para todas as crianças de seis a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto e na suplementação de gestantes com ácido fólico e sulfato ferroso.

Desde então, ocorreram variações na compra e dispensação dos suplementos por parte da Assistência Farmacêutica, e apenas a partir dos anos de 2019 a 2020, conseguiu-se retornar o abastecimento de maneira muito discreta, apenas para gestantes suplementadas com sulfato ferroso e ácido fólico, o que justifica em anos anteriores a não suplementação (Tabela 29).

TABELA 29: SÉRIE HISTÓRICA DE SUPLEMENTAÇÃO COM FERRO.

ANO	CRIANÇAS SUPLEMENTADAS	GESTANTES SUPLEMENTADAS	
	SULFATO FERROSO	SULFATO FERROSO	ÁCIDO FÓLICO
2017	0	0	0
2018	0	0	0
2019	0	6555	11264
2020	0	1047	14980

FONTE: e-Gestor, 2021.

Atualmente, estabelecemos um novo diálogo com a área técnica responsável pela aquisição, para retomada e adequações de forma integral do PNSF para cobrir as crianças, gestantes e puérperas, com a suplementação exigida.

4.8.1.4. Crescer Saudável

O Programa Crescer Saudável tem o objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no país por meio de ações a serem realizadas no âmbito PSE, para as crianças matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e ensino fundamental I. As

atividades que compõem o programa abrangem a vigilância nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, o incentivo às práticas corporais e de atividade física e ações voltadas para oferta de cuidados para as crianças que apresentam obesidade.

4.8.1.5. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

A Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção primária, com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos. A base legal adotada para a formulação da estratégia é constituída de políticas e programas já existentes, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) e a Rede Cegonha.

Recentemente, a Portaria GM/MS nº 3.297, de 7 de dezembro de 2020, estabelece incentivo financeiro de custeio para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável para crianças menores de dois anos de idade no âmbito da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

5. ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

São Luís é o local que detém o maior número de serviços de média e alta complexidade do Maranhão e por ser capital ela tem que atender a integralidade da assistência da população própria e da população referenciada.

A rede própria assistencial do município não possui todos os serviços necessários para suprir a demanda do SUS, tendo que complementar com a rede filantrópica e/ou privada, garantindo o acesso universal, igualitário e integral a sua população e a referenciada, de acordo com a sua Programação Pactuada e Integrada (PPI).

5.1. Assistência Ambulatorial

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da

assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

É definido como de alta complexidade o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Desta forma, o município através da sua rede própria e complementar oferta à população de São Luís e à referenciada os seguintes serviços de saúde ambulatorial:

1. Consultas Especializadas;
2. Exames diagnósticos laboratoriais;
3. Exames diagnósticos de imagem;
4. Tratamento em reabilitação física, auditiva e cognitiva;
5. Serviço de Triagem Neonatal;
6. Tratamento fisioterápico;
7. Serviços Especializados em Diagnóstico por Densitometria Óssea;
8. Serviços Especializados em Nefrologia;
9. Serviços Especializados em Medicina Nuclear (Iodoterapia);
10. Serviços Especializados Ambulatoriais em Oftalmologia (consultas, exames e procedimentos cirúrgicos);
11. Serviços Especializados em Diagnóstico por Tomografia Computadorizada;
12. Serviços especializados de Atendimento Ambulatorial e de Pronto Atendimento Oncológico;

5.2. Assistência Hospitalar

A Assistência Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada a partir das necessidades populacionais, considerando seus aspectos quantitativos e qualitativos a fim de garantir o atendimento aos usuários, com apoio de uma equipe multiprofissional, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente de forma integrada aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída na Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, resultou da necessidade de reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do SUS. A mesma instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de

saúde do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar.

Conforme preconizado na normativa vigente, o município oferece os seguintes serviços:

1. Serviços especializados hospitalares em oftalmologia, oncologia, neurocirurgia, obstetrícia, cirurgia geral, vascular, cardiovascular e outros;
2. Serviço especializado na área de saúde mental (Internação integral e Hospital Dia);
3. Serviço de urgência e emergência.

5.3. Assistência de Urgência e Emergência

A assistência de Urgência e Emergência deve ser integral e interdisciplinar quando necessária, acolhendo o paciente e sua família durante a chegada ao setor emergencial, realizando os procedimentos necessários de acordo com o nível de risco em que o paciente se encontra.

De acordo com a Portaria nº 354, de 10 de março de 2014, os Serviços de Urgência e Emergência devem estar organizados e estruturados, considerando as necessidades da rede de atenção a saúde existente.

Deste modo, e considerando os serviços existentes no município de São Luís, este tema será melhor abordado no capítulo Rede de Atenção de Urgência e Emergência.

5.4. Regulação de acesso

Trata-se de um sistema que monitora a disponibilidade de vagas em atendimento especializado e de leitos, tornando mais ágil a marcação de consultas e exames e, ainda, a transferência de pacientes em estado grave de saúde e que precisam de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou de procedimentos complexos, como cirurgias cardíacas e neurológicas.

5.4.1. Regulação Ambulatorial

No Município de São Luís a regulação ambulatorial é feita através da Central de Marcação de Consultas – CEMARC, responsável pelo agendamento das demandas por especialidades. As solicitações podem ser realizadas pela atenção básica e por outras portas de entrada do SUS para consultas, exames e procedimentos da média e alta complexidade,

objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimização da utilização dos recursos assistenciais, visando à humanização no atendimento. A regulação ambulatorial é realizada por meio do módulo ambulatorial do Sistema Nacional de Regulação-SISREG e conta com 21 unidades de saúde autorizadoras (Quadro 1).

QUADRO 1: UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇOS DE AUTORIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES, SÃO LUÍS/MA

UNIDADE DE SAÚDE	ENDEREÇO
1 - CEMARC - Central de Marcação de Consultas e Exames	Avenida dos Franceses, S/N, Alemanha
2 – Unidade Mista do Bequimão	Avenida do Contorno, S/N, Bequimão
3 - Unidade Mista do Coroadinho	Rua da Vitória, S/N, Coroadinho
4 - Unidade Mista São Bernardo	Av. Tiradentes, S/N, São Bernardo
5 - Unidade Mista do Itaqui-Bacanga	Avenida dos Portugueses, S/N, Vila Izabel
6– Centro de Saúde Itapera	Rua principal, 21 - Itapera
7 – Centro de Saúde Fabriciana de Moraes	Rua 05, Qd 7, Conjunto Habitacional Nice Lobão - Cidade Operária
8 - Centro de Saúde Salomão Fiquene	Avenida Leste Oeste, S/N, Cohatrac
9 - Centro de Saúde Estiva Yves Parga	BR 135, S/N, Estiva
10 - Centro de Saúde Quebra Pote	Praça do Cemitério, S/N, Quebra Pote
11 - Centro de Saúde Santa Bárbara	Rua Principal, nº 180, Santa Bárbara
12 – Centro de Especialidade Médica da Vila Esperança	Praça N. S. da Conceição, S/N – Vila Esperança
13- Centro de Saúde Tibiri	Rua Santo Antônio, S/N, Tibiri
14 - Centro de Saúde Vila Itamar	Rua do Fio, S/N, Vila Itamar
15 - Centro de Saúde Vila Maranhão Laura Vasconcelos	BR 135, S/N, Vila Maranhão
16-Centro de Saúde de Fátima	Rua Ademar de Barros, S/N - Bairro de Fátima
17 - Hospital da Mulher	Avenida dos Portugueses, S/N, Anjo da Guarda
18 - Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo - IMOAB	Rua Seroa da Mota, 23, Apeadouro
19 – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Luis/MA – APAE	Granja Barreto, 01, Outeiro da Cruz
20 – Santa Casa de Misericórdia do Maranhão	Rua do Norte, 233, Centro
21 - Centro de Especialidade Médico do Filipinho	Rua Vespasiano QD 13, nº 16, Filipinho

FONTE: SCRAA/SCNES, 2021.

A implantação do SISREG no município de São Luís se efetivou no ano de 2018. No ano de 2020, por ocasião da Covid-19, ocorreu uma redução em torno de 33% no número de usuários atendidos pelo SISREG em relação aos anos anteriores (Quadro 2).

QUADRO 2: NÚMERO DE USUÁRIOS ATENDIDOS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS, POR MEIO DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL, NA GESTÃO MUNICIPAL, SÃO LUÍS/MA, 2018 A 2020.

ANO	NÚMERO DE USUÁRIOS	PROCEDIMENTOS
2018	1.143.653	2.287.306
2019	1.167.636	2.335.272
2020	779.017	1.558.034
TOTAL	3.090.306	6.180.612

FONTE: SISREG, 2021

5.4.2. Regulação de Leitos

O processo de Regulação do Acesso à Assistência, por meio da Central de Regulação de leitos do município de São Luís, funciona considerando as seguintes normas regulamentadoras: Portaria Ministerial nº 1559, de 1º de agosto de 2008; Manual de implantação e implementação do Núcleo Interno de Regulação - NIR – MS 2017; e conforme o Acordo de Cooperação Técnica nº 001/2017, funciona do seguinte modo:

- A Unidade Solicitante, sob a responsabilidade do Núcleo Interno de Regulação - NIR, realiza o cadastro do paciente diretamente no Sistema da Central Integrada de Leitos. Nos casos de problemas técnicos, o cadastro poderá ser realizado pela equipe de plantão na Central de Leitos do Município, conforme dados encaminhados por e-mail pela unidade;
- A Central de Leitos do Município realiza a revisão da ficha de cadastro, para avaliação e aprovação do médico regulador;
- O médico regulador revisa a solicitação para aprovação de cadastro e compartilhamento para as unidades compatíveis com o caso especifico (Redes Municipal e Estadual);
- As unidades receptoras recebem no sistema da CIL todos os pacientes que estão compartilhados com sua unidade, devendo o seu Núcleo Interno de Regulação e corpo clínico avaliarem as fichas de cadastros e emitirem nota de liberação de

leito ou falta de leito no momento ou, ainda solicitação de informações complementares ou se o caso não é compatível com a Unidade.

- Quando as unidades receptoras emitem nota de liberação de leito, automaticamente a Central de Regulação Municipal é notificada no próprio sistema CIL sendo repassado com brevidade, tal liberação para a unidade solicitante e registrado em nota no sistema pela equipe plantonista.
- A unidade solicitante, após liberação de leito, providencia transporte do paciente para unidade receptora.

A regulação de leitos de pacientes referenciados pela Rede Básica e Ambulatorial do Município de São Luís não passa pela Central de Regulação de Leitos do município, tendo seu acesso direto via CEMARC ou Ambulatorial no HUUFMA e outros hospitais de cirurgias eletivas.

5.4.3. Tratamento Fora de Domicílio – TFD

A regulação de leitos de pacientes referenciados pela Rede Básica e Ambulatorial do Município de São Luís não passa pela Central de Regulação de Leitos do município, tendo seu acesso direto via CEMARC ou Ambulatorial no HUUFMA e outros hospitais de cirurgias eletivas.

Cada município possui representantes oficializados (prepostos) junto ao TFD/CEMARC, os quais são responsáveis legais, designados por suas respectivas secretarias de saúde e são responsáveis pela condução das solicitações e articulação política entre os municípios.

No ano de 2019, o Sistema de Informação do Tratamento Fora Domicílio (SISTFD) foi implantado no município de São Luís, o qual permite avaliação de toda a movimentação de atendimento do TFD, possibilitando ao gestor reorganização do serviço.

TABELA 30. ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO TFD, SÃO LUÍS/MA

ANO	ATENDIMENTOS
2019	14.011
2020	18.417
TOTAL	32.428

FONTE: SISTFD, 2021.

6. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o sistema oficial do Ministério da Saúde de cadastramento de informações dos estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS). Muitos sistemas de saúde, tais como: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e- SUS Atenção Primária (e-SUS APS), entre outros, utilizam a base de cadastro do CNES para sua operacionalização. O CNES proporciona informações da rede assistencial existente e suas potencialidades, de modo que auxilia no planejamento em saúde. Dentre as finalidades do CNES, destacam-se:

- Cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços;
- Disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação;
- Ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento;
- Fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.

O fluxo para o cadastro do estabelecimento de saúde dá-se da seguinte forma:

O estabelecimento de saúde encaminha as fichas de cadastro de estabelecimento (FCES) ao gestor de saúde, que após auditoria in loco para averiguação da veracidade das informações encaminhadas, os dados são encaminhados para o Banco de Dados do CNES.

7. AUDITORIA

A SEMUS desenvolve atividades de auditoria nas unidades conveniadas e contratadas de prestação de serviços de saúde e nas unidades da rede municipal de saúde. As principais atividades desenvolvidas, são:

- Auditar a produção hospitalar e ambulatorial;
- Gerenciar o Sistema de Produtividade dos Auditores;
- Gerenciar homônimos;

- Gerenciamento dos contratos (validade do convênio/contrato, análise de metas, verificar alcance de metas, visitas in loco e notificações sobre inconformidades);
- Auditar o processo de pagamento e realizar o atesto de notas fiscais.

As atividades de auditoria estão sendo aperfeiçoadas mediante reestruturação e capacitação da equipe de auditores em parceria com as orientações da equipe do jurídico, com o intuito de atender de forma plena os requisitos legais e institucionais, além de proporcionar transparência e credibilidade para a sociedade frente a prestação dos serviços da rede própria e conveniada/contratada.

8. REDES TEMÁTICAS

O Ministério da Saúde define Redes de Atenção à Saúde como formas de organização de ações e serviços de saúde, de diferentes complexidades e tecnológicas que, integradas por meio de sistema de apoio técnico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

A partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde:

1. Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI)
2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)
3. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)
5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC)

O município de São Luís no âmbito da Comissão Intergestora Regional (CIR) encontra-se em fase de atualização das pactuações do Planos de Ação Regional (PAR).

8.1. Materno-Infantil

A Rede Cegonha foi instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 como uma rede de cuidados materno e infantil com objetivo de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses. Além disso, objetiva organizar a Rede de Atenção à

Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, assim como reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha organiza-se em quatro componentes:

- Pré-Natal;
- Parto e Nascimento;
- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;
- Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

O município de São Luís é referência para atenção à saúde da mulher e da criança para outros municípios da sua região. Possui a maior capacidade instalada nos vários níveis de complexidade com duas maternidades cadastradas para atendimento de pré-natal e parto de alta complexidade.

As ações do serviço de planejamento reprodutivo são realizadas por meio de atividades educativas e oferta dos métodos contraceptivos. Essas ações se dão nas unidades básicas de saúde por profissionais das equipes de saúde da atenção primária; a inserção do dispositivo intrauterino- DIU é realizado nas unidades de referência, bem como as laqueaduras e vasectomias.

Quanto ao cenário das principais causas de mortalidade na população feminina brasileira têm-se às neoplasias, as causas externas de morbidade e mortalidade, as doenças do aparelho circulatório, algumas doenças infecciosas e parasitárias. Além dos óbitos decorrentes de complicações na gravidez, parto e puerpério.

O coeficiente de mortalidade materna merece destaque especial por refletir diretamente a qualidade de saúde da população.

TABELA 31: NÚMERO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL-MIF DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE DE SÃO LUÍS, 2016 A 2020.

MUNICÍPIO	2016	2017	2018	2019	2020
São Luís	361	168	372	343	431

FONTE: Painel de Monitoramento SVS / Ministério da Saúde.
Dados analisados dia 07 de maio de 2021. Ano de 2020 ainda não concluído

As gestantes necessitam de acompanhamento qualificado desde o início da gestação, a fim de que sejam prevenidas as complicações da gestação e realizado o tratamento adequado de doenças maternas preexistentes.

A mortalidade materna e a infantil refletem grandes desigualdades nas condições políticas, econômicas e sociais sendo, portanto, um dos indicadores fundamentais na

avaliação dos riscos à saúde das mulheres. Por isso, é importante que seja realizada a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil utilizado para mensurar a mortalidade materna. Na região de São Luís, a maioria dos municípios apresenta bons percentuais de investigação de óbitos maternos.

No período de 2016 a 2020, em São Luís, ocorreram 46 óbitos maternos e 1.178 óbitos infantis (Painel de monitoramento SVS/MS, 2021). As principais causas da mortalidade infantil foram: a falta de assistência, baixa instrução das gestantes, deficiência na assistência hospitalar, entre outros.

A partir da base de dados do SINASC, é possível conhecer o perfil de nascidos vivos, identificando o peso ao nascerem, as condições de vitalidade, idade da mãe, prematuridade, distribuição espacial e temporal, entre outros. Oferece, ainda, subsídios para calcular alguns indicadores como: percentual de partos cesarianos, nascidos vivos com baixo peso e por faixa etária da mãe. Em São Luís, nos últimos 5 anos, o número de nascidos vivos foi de 63.419 (Tabela 32).

TABELA 32: NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS, POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, NA REGIÃO DE SAÚDE DE SÃO LUÍS, 2016 A 2020.

MUNICIPIOS	2016	2017	2018	2019	2020*	Total
São Luís	15.929	15.553	15.959	15.685	14.284	63.419

FONTE: Painel de Monitoramento SVS / Ministério da Saúde, 2021.

Dados analisados dia 07 de maio de 2021. Ano de 2020 ainda não concluído*

8.2. Rede de Atenção de Urgência e Emergência

A Portaria Ministerial nº 1600, de 07 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência.

Ademais, busca ainda melhorar a articulação e a comunicação entre as centrais de regulação do SAMU 192, as Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA´s 24h), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades Hospitalares, tornando o atendimento ainda mais rápido e eficaz, reduzindo mortes ou agudização dos agravos aos pacientes. Nesta perspectiva, a CIR de São Luís está reestruturando o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências.

No que se refere às portas de entrada para a Urgência na região de São Luís estas são: Hospital Dr. Odorico Amaral de Matos, Hospital Municipal Dr. Clementino Moura (SOCORRÃO II) e Hospital Municipal Djalma Marques (SOCORRÃO I).

Os Hospitais Gerais de Referência atendem urgência e emergência em tempo integral a toda a população nas áreas de clínica médica, clínica pediátrica, clínica cirúrgica, traumaortopedia, neurologia, neurocirurgia, cardiologia, nefrologia, oftalmologia, otorrino, UTI adulto e pediátrica e desenvolve assistência aos pacientes e realiza cirurgias eletivas.

Além da população própria e referenciada, também são atendidos pacientes de outros municípios não referenciados do Maranhão que buscam atendimento em São Luís pela resolutividade e facilidade de acesso ao sistema.

- SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) – 192

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), componente fundamental da Política Nacional de Atenção às Urgências, tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência, de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte.

É um serviço pré-hospitalar gratuito, que funciona 24h, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo tridígito "192" é acionado por uma Central de Regulação das Urgências, que visa conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam com a maior brevidade possível.

O SAMU 192 realiza os atendimentos em qualquer lugar: residências, locais de trabalho, vias públicas, entre outros, e conta com equipes que reúnem médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas. Atualmente, a frota de veículos é composta de 10 (dez) ambulâncias de Suporte Básico de Vida-USB, 03 (três) Unidades de Suporte Avançado – USA, 02 (duas) motolâncias, 03 (três) reservas técnicas de ambulâncias. Ressaltamos que a frota de ambulâncias é 100% própria, com veículos doados pelo Ministério da Saúde.

A quantidade de veículos que o SAMU pode dispor está diretamente relacionada ao quantitativo da população residente na região, de acordo com a Portaria nº 1.010 de 21 de maio de 2012. Diante disso, tendo em vista o aumento da população de São Luís de acordo com levantamento do IBGE 2020, está sendo proposto aumento da frota de veículos, o que vai aumentar a capacidade de atendimento.

No ano de 2020, a Central do SAMU 192 – CNES 2456842 - de São Luís recebeu 254.292 chamadas, e destas 38.577 foram atendidas (envio de veículo). A taxa de conversão de chamadas em atendimentos gira em torno de 12 a 15%. As demais chamadas, onde não foi necessário o envio do veículo, corresponderam a trotes, ligações erradas, informações e atendimento médico por telefone. Além da Central, o SAMU192 possui bases descentralizadas distribuídas em distritos sanitários de São Luís, o que constitui estratégia de gerenciamento de fluxo do atendimento, preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em 2019 o SAMU192 de São Luís foi Qualificado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.512, de 17 de dezembro de 2019, que estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do município.

Quanto às dificuldades constatadas no serviço, temos a informar: problemas na infraestrutura física da Sede e das Bases Descentralizadas e equipamentos médicos hospitalares depreciados pelo tempo de uso e pela grande demanda de atendimentos.

- Leitos de Retaguarda

O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva conforme Portaria nº 2.809 de 7 de dezembro de 2012.

Dessa forma, os leitos para retaguarda às urgências e emergências poderão ser criados ou qualificados em hospitais acima de 50 leitos, localizados na região de saúde, podendo ser implantados nos hospitais estratégicos ou em hospitais de menos adensamento tecnológico que deem suporte aos prontos-socorros e às unidades de pronto atendimento, devendo, como pressuposto, ser exclusivos para a retaguarda às urgências e estar disponíveis nas centrais de regulação.

O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e terapia intensiva (UTI) serão calculados de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na Portaria nº 1.101/GM/MS de 12 de junho de 2002.

Os leitos de retaguarda podem ser clínicos, leitos de terapia intensiva - UTI e leitos de cuidados prolongados:

- Leitos de Unidade de Terapia Intensiva- UTI

A melhoria na atenção ao paciente crítico está diretamente relacionada com a forma de organização do processo de trabalho da equipe, na humanização do cuidado, na qualificação, na gestão hospitalar, na ampliação do acesso e na garantia de infraestrutura adequada. No município há necessidade de mais leitos de UTI, pela estimativa populacional, entretanto a oferta é insuficiente para atender a demanda. Por essa razão, justifica-se a necessidade de habilitação de leitos de UTI na rede hospitalar.

Em relação ao paciente crítico que precisa de Cuidados de Terapia Intensiva, temos as seguintes propostas:

- ✓ Habilitação de 8 leitos de UTI no Municipal de Urgência e Emergência Dr Clementino Moura SOCORRÃO - II;
- ✓ Habilitação de 6 leitos de UTI no Hospital Municipal Djalma Marques - SOCORRÃO I;
- ✓ Implantação de 10 leitos de UTI no Hospital da Criança Dr Odorico Amaral de Matos, após conclusão de reforma.

- Leitos de Cuidados Prolongados

Diante da necessidade de atender ao paciente com necessidade de cuidados hospitalares prolongados, o MS criou, por meio da Portaria MS/GM n° 2.809, de 7 de dezembro de 2012, as unidades de cuidados prolongados e os hospitais especializados em cuidados prolongados:

1. Unidades de internação em cuidados prolongados (UCP): serviço vinculado a hospital geral ou especializado maior do que um de 50 leitos, constituído em módulos de 15 a 25 leitos;
2. Hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP): vinculado a hospital geral ou especializado maior do que um de 40 leitos. Sua capacidade total deverá estar destinada para esta finalidade;
3. Hospital especializado em cuidados prolongados (HCP): hospital com, no mínimo, 40 leitos (quarenta leitos), cuja capacidade total instalada é destinada aos cuidados prolongados

Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico com o objetivo geral de atuar na recuperação clínica e funcional, avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

São Luís, atualmente, dispõe de 28 leitos de retaguarda clínica habilitados na Unidade Mista do Coroadinho, recebendo recursos financeiros. Com relação aos Leitos de Cuidados Prolongados, o município ainda não dispõe.

Dessa forma, a proposta para esse tipo de atenção é a implantação de quatro hospitais de cuidados prolongados nas Unidades Mistas, conforme tabela abaixo:

TABELA 33. PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE LEITOS DE CUIDADOS PROLONGADOS, SÃO LUÍS, MA.

MUNICÍPIO	UNIDADE	LEITOS CUIDADOS PROLONGADOS
SÃO LUÍS	Unidade Mista Itaqui Bacanga	40 LEITOS
SÃO LUÍS	Unidade Mista Bequimão	40 LEITOS
SÃO LUÍS	Unidade Mista Coroadinho	40 LEITOS
SÃO LUÍS	Unidade Mista São Bernardo	40 LEITOS

FONTE: Autoria Própria, 2021.

- Linhas de Cuidados Prioritárias na RAU

A Rede de Urgência e Emergência tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias, no âmbito:

- ✓ Linha de Cuidado Cardiovascular: Foco na Atenção ao Infarto Agudo de Miocárdio
- ✓ Linha de Cuidado Cerebrovascular: Foco na Atenção ao Acidente Vascular Cerebral
- ✓ Linha de Cuidado do Trauma: Foco na Atenção ao Politrauma

O município está em fase de organização dessas linhas, com programação para implantação de serviços e efetivação das ações.

- Atenção Domiciliar

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

redes de atenção à saúde. Na Portaria de consolidação nº 5, a Atenção Domiciliar é organizada em três modalidades:

- ✓ Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1);
- ✓ Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2);
- ✓ Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

As modalidades do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), descritas acima, são divididas entre as equipes de atenção primária e do Programa Melhor em Casa.

A atenção primária é responsável pelos pacientes que possuam problemas de saúde controlados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade básica de saúde, sendo classificados como AD1.

O SAD, do Programa Melhor em Casa, é composto por diversos profissionais da saúde, que realizam atendimento no domicílio das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mais intensivos, classificados como AD2 e AD3. O acesso ao SAD é geralmente feito no hospital em que o usuário estiver internado ou ainda por solicitação da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica ou da Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Atualmente, São Luís possui, implantadas e em funcionamento, 4 equipes EMAD1 e 1 equipe EMAP, conforme tabela abaixo:

TABELA 34: EQUIPES EMAD1 E EMAD2 IMPLANTADAS E EM FUNCIONAMENTO NA REGIÃO DE SÃO LUÍS, MA.

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	CNES	EMAD	EMAP
São Luís	Socorrão 1	2308762	01	00
São Luís	Socorrão 2	2308800	02	01
São Luís	Hospital da Criança	2458799	01	00

FONTE: Autoria Própria, 2021.

Observa-se que a quantidade de equipes do Programa Melhor em Casa, conforme a população atual do município de São Luís – MA é insuficiente para o atendimento da população pelo programa.

O município possui capacidade para 11 (onze) EMAD’s e 04 (quatro) EMAP’s, como possui números inferiores a estes (Tabela 34) deixa uma demanda ociosa da população frente a carência de equipes que poderiam atuar de forma mais efetiva e ampla. Diante do exposto, foi proposta a ampliação dessas equipes do programa de acordo com a capacidade do municipal.

Para São Luís, o componente de Atenção Domiciliar programado e liberado pelo Ministério da Saúde segue descrito de acordo com as informações abaixo:

TABELA 35. DISTRIBUIÇÃO DO COMPONENTE DE ATENÇÃO DOMICILIAR PROGRAMADO. SÃO LUÍS, MA.

MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTOS	CNES	EMAD	EMAP
São Luís	Hospital da Mulher	5446546	01	0
São Luís	Hospital Presidente Dutra – HUUFMA	2726653	01	01
São Luís	Hospital de Referência Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira	2464594	01	00
São Luís	Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo	2697696	01	0
São Luís	Hospital de Traumatologia e Ortopedia	5149851	01	01
São Luís	Unidade Mista do São Bernardo	2456907	01	00
São Luís	Hospital de Referência Estadual de Alta Complexidade Dr. Tarquínio Lopes Filho	2646536	01	01

FONTE: Autoria Própria, 2021.

O projeto da EMAD 5 para o Hospital da Mulher está aprovado, aguardando a portaria de funcionamento pelo Ministério da Saúde. Já o projeto da EMAD 6 para o Hospital DUTRA, está em fase de elaboração para ser enviado para o Ministério da Saúde até 2022.

8.3. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída pela Portaria n° 793/2012, tendo como principais objetivos: a ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou estável, intermitente ou contínua no SUS; a promoção da vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e a garantia da articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

Em 2007, foi habilitada a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) para reabilitação auditiva, com o compromisso de atender e protetizar 100/pacientes/mês para o Estado, por meio da Resolução nº 274/2008 aprovou a Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência Física. Foi pactuado que o atendimento em Reabilitação Física seria

de responsabilidade da gestão estadual e o fornecimento de dispositivos seria da gestão municipal, totalizando 174 municípios atendidos.

A Atenção Primária é a ordenadora do cuidado e, como tal, desempenha importante papel como porta de entrada principal do Sistema Único de Saúde - SUS; com uma formatação adequada para influir nos indicadores, com possibilidades de atingir resultados positivos no sistema de saúde quando bem organizada.

- Atenção Especializada em Reabilitação

Os tipos de atendimentos realizados na atenção especializada em reabilitação compreendem consultas ambulatoriais de especialidades médicas e odontológicas, atendimentos de urgência e emergência, atendimentos em saúde mental, certos tipos de exames laboratoriais e de imagem e cirurgias. A atenção secundária desempenha papel imprescindível na resolubilidade e integralidade do cuidado, com ampliação do acesso a consultas e procedimentos especializados, articulando os pontos da Rede de Atenção à Saúde - RAS que tradicionalmente encontram-se distantes.

Os Centros Especializados em Odontologia ofertam atendimento às pessoas com deficiência e o seu encaminhamento deve ser realizado pelo Programa de Saúde Bucal da Atenção Primária.

O município de São Luís possui 4 Centros Especializados em Reabilitação, destes, 2 estão habilitados – 1 municipal e 1 estadual. O usuário possui como alternativa a utilização de transporte adaptado do próprio CER, ou também pode acessar o Programa do Estado – Serviço Travessia para chegar no ponto de atenção.

Por sua característica macro, São Luís concentra o atendimento em reabilitação para grande parte do Estado, principalmente nos CER estaduais.

De acordo com a pactuação firmada no PPI 2004, a gestão municipal de São Luís dispensa órteses, próteses e material auxiliar de locomoção para 168 municípios do Estado do Maranhão.

8.4. Rede de Atenção Psicossocial

A Assistência em Saúde Mental, no âmbito do SUS, é estabelecida pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e tem por finalidade criar, ampliar e

articular pontos de atenção à saúde para todos aqueles que necessitam de atendimento especializado (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária, de acordo com a Portaria MS/GM 3088/2011, constitui um dos pontos de atenção na rede psicossocial e tem importante papel na assistência a certas demandas em Saúde Mental.

Os componentes da RAPS são: Atenção Primária em Saúde; equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de institucionalização e reabilitação psicossocial.

O município de São Luís possui 09 (nove) dispositivos em sua RAPS, sendo eles:

- 2 Ambulatórios: 1 ambulatório do centro de assistência D. João Antônio Farina habilitado – Filipinho - (CAPS I nº CNES 2310066) e 1 ambulatório, no Centro de Saúde Clodomir Pinheiro Costa, habilitado (nº CNES 2464624);
- 3 Centros de Atenção Psicossocial: 1 CAPS II (CNES nº 3219712 - habilitado – Olho d'Agua); 1 CAPS AD (CNES nº 6050247) habilitado – Monte Castelo; 1 CAPS I não habilitado – Turu – 2012 - (CNES nº 7082924);
- Residência Terapêutica 1 – Filipinho - Tipo I - habilitada e prédio próprio; vinculada ao CAPS II do Olho d'Agua - habilitada (nº CNES 3219712)
- Residência Terapêutica 2 – São Cristóvão – Tipo II - prédio locado; vinculada ao CAPS II do Olho d'Agua - habilitada (nº CNES 3219712)
- Residência Terapêutica 3 – localizada anteriormente no Ipase e atualmente mudou para o bairro do São Bernardo – prédio locado; vinculada ao CAPS II do Olho d'Agua - habilitada (nº CNES 3219712)
- Residência Terapêutica 4 - Tipo II – Olho d'Agua (locada) não habilitada, sem vinculação no CNES;
- Unidades a serem implantadas: 8 leitos de saúde mental adulto em hospital geral – hospital da mulher e 8 leitos de saúde mental infanto-juvenil em hospital geral – hospital da criança;
- Unidades a serem implantadas: 3 serviço de Residência Terapêutica - SRT tipo II, sendo 1 por ano, em 2021, 2022 e 2023.

Os moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos são oriundos de hospitais psiquiátricos de longa permanência, sem vínculos familiares e também comportam pacientes com transtornos mentais, em conflito com a lei.

No âmbito do município de São Luís, identifica-se também uma fragilidade na assistência das demandas em Saúde Mental na Atenção Básica. Os usuários que necessitam de cuidados nessa área, em sua maioria, já se direcionam para outros níveis de atenção, seja ambulatorial ou nos CAPS, o que contribui para uma superlotação nos serviços especializados e demora nas altas visto que ainda há insegurança, por parte do usuário, da continuidade da linha de cuidado nos seus territórios de origem. Nesse sentido, uma melhoria a ser implementada é a efetivação da linha de cuidado em Saúde Mental.

A avaliação e o monitoramento das ações desenvolvidas são realizados por meio de visitas *in loco*, relatórios de atendimentos e reuniões com a equipe. O objetivo é apoiar técnica e administrativamente os dispositivos, com a utilização de documentos norteadores e uso de tecnologias digitais para melhorar o atendimento em São Luís.

- Reabilitação Psicossocial

As iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais são projetos de reabilitação psicossocial. Os critérios adotados são: estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde e ter estabelecido parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos.

Internamente, identifica-se algumas fragilidades na articulação. Em relação às equipes das Unidades Básicas de Saúde, parece haver um desconforto e/ou insegurança em atender esses casos. Como exemplo, cita-se a proposta de Matriciamento de Saúde Mental na Atenção Básica, iniciada em meados de 2014 na SEMUS, que visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde quanto a encaminhamentos, referências e contra referências, protocolos e centros de regulação. Apesar de inúmeras reuniões, discussões sobre fluxos de referência e contra referência, processo de capacitação, formulação de instrumentais de acompanhamentos, não houve um avanço nesse processo.

Outro aspecto relevante é a falta, ainda, de alguns dispositivos importantes na composição e consolidação da RAPS no município, tais como as Unidades de Acolhimento, tanto para adultos quanto para crianças e adolescentes e os leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Quanto a esse ponto, ressalta-se que é significativo o número de indicação de internação compulsória, em especial, para adolescentes usuários de álcool e outras drogas e a

ausência de tais pontos de atenção na RAPS, o que evidencia um vazio assistencial importante.

De forma intersetorial, a RAPS possui articulação direta com o judiciário, visto ser significativo o número de demandas judicializadas.

Quanto à relação com outras secretarias municipais, como a Secretaria Municipal da Criança e Assistência Social/SEMCAS, ela não acontece de forma sistemática, embora sejam frequentes as demandas que envolvem ambas as secretarias.

Em função do fluxo de pacientes em crise, a Coordenação de Saúde Mental tem estabelecido contatos regulares com a Secretaria de Estado da Saúde, principalmente com a Rede de Serviços, e, quando em demandas técnicas, com o Departamento de Atenção à Saúde Mental.

8.5. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas de São Luís foi definida pela Portaria GM/MS nº 483, de 1 de abril de 2014 e fundamentada em demais arcabouços normativos do SUS, com destaque para o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.

As pessoas com DCNT’s estão em maior risco por conta da pandemia da Covid-19, tanto pela possibilidade biológica de infecção quanto pela possibilidade de desenvolver complicações características das DCNT e formas graves da doença. As doenças inseridas neste grupo de DCNT’s são a renocardiovascular, que engloba Doença Renal, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica; Obesidade; Câncer; e Doenças Respiratórias. Por isso, a retomada do acompanhamento dessa população com regularidade adequada objetiva sua estabilidade clínica, para reduzir as chances de desfechos desfavoráveis durante o período.

Quando se fala em DCNT, os resultados das intervenções em saúde só podem ser observados em longo prazo. São ações sobre seus fatores de risco em comum, geralmente modificáveis, como tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade, que envolvem modificações de estilo de vida com impacto cultural e socioeconômico, portanto são difíceis de realizar e demandam medidas contínuas para o estabelecimento de práticas saudáveis com resultado não imediato.

O município de São Luís busca implantar estratégias que permeiam os seguintes objetivos: garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas na região; enfrentar a pandemia da Covid-19 através do modelo de atenção à saúde, que fortalece o cuidado às pessoas com doenças crônicas; contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o

desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações; e impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas no município.

Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem caráter estratégico, pela possibilidade de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede.

Ao passo que Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e atenção hospitalar às pessoas com doenças crônicas devem ser integradas à APS; a oferta de serviços por esses pontos de atenção deve ser planejada a partir do ordenamento da RAS pela APS.

Portanto, o cuidado de usuários com doenças crônicas deve ocorrer de forma integral, o que só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito, que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

- **Eixo Renocardiovascular**

Todas as pessoas acompanhadas e cadastradas nas equipes de Estratégia de Saúde da Família/ Atenção Primária com hipertensão arterial/ Diabetes Mellitus/ Doença Renal Crônica devem ser avaliadas para estratificação de risco seguindo programação, atendendo maior periodicidade e menor intervalo proporcional a maior risco cardiovascular.

Os ambulatórios especializados na média complexidade são as Unidades Especializadas em DRC, responsáveis por realizar o acompanhamento multiprofissional desses indivíduos nos estágios clínicos 4 e 5 (pré-diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no SUS (exceto TRS - diálise) e que matricia as equipes de APS, nos temas relacionados a doenças renais.

Os ambulatórios especializados em São Luís são o Centro de Especialidades Médicas do Filipinho, Centro de Especialidades Médicas Vila Esperança, Hospital Universitário Presidente Dutra-HUUFMA e Unidade Matricial Hipertensão Arterial/Diabetes Mellitus. Ressalta-se que no município são ofertados 03 AAE e 07 TRS.

No que refere a Atenção Hospitalar, que presta cuidado integral às internações eletivas ou de urgência, de acordo com as diretrizes clínicas locais com orientação da contrareferência para Atenção Primária de Saúde e/ou Atenção Ambulatorial, temos os seguintes locais estratégicos de internação na capital: Hospital de Referência Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira, Hospital Municipal de Urgência e Emergência Clementino Moura

Socorrão II, Hospital Municipal Djalma Marques Socorrão I e Santa Casa de Misericórdia. Outros serviços especializados no eixo renocardiovascular são demonstrados no quadro abaixo:

QUADRO 3: SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO EIXO RENOCARDIOVASCULAR. SÃO LUÍS, MA.

SERVIÇOS	**ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**	**MUNICIPIO**
Assistência Cardiovascular	***HUUFMA (Centro de Referência)**	São Luís
	- Cirurgia Cardiovascular	
	- Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	
	-Cirurgia Vascular	
	- Procedimentos de Cardiologia Intervencionista	
	-Procedimento Endovascular Extracardiaca	
	- Laboratório Eletrofisiologia	
	* **Santa Casa de Misericórdia**	
	- Cirurgia Cardiovascular	
	- Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	
	-Cirurgia Vascular	
	- Procedimentos de Cardiologia Intervencionista	
Nefrologia	HUUFMA	São Luís
	CENEFRON	
	Clínica do Rim e Hipertensão Arterial	
	Instituto Maranhense do Rim	
	Hospital Estadual de A.C. Dr. Carlos Macieira	
Emergências Dialíticas	Hospital Municipal Djalma Marques –Socorrão I Hospital Municipal Drº Clementino Moura –Socorrão II	
Transplante de Rim	HUUFMA	São Luís

FONTE: AUTORIA PRÓPRIA, 2021.

- **Eixo Endócrino - Diabetes Mellitus/Obesidade**

Todas as pessoas acompanhadas e cadastradas nas equipes de Estratégia de Saúde da Família/ Atenção Primária com Diabetes Mellitus e/ou Obesidade devem ser avaliadas para estratificação de risco, seguindo programação, atendendo maior periodicidade e menor intervalo proporcional a maior risco cardiovascular.

Os ambulatórios especializados na média complexidade são os Centros de Especialidades Médicas, eles são responsáveis pela Atenção de Média Complexidade, que realiza o acompanhamento multiprofissional das pessoas com Diabetes Mellitus Tipo I e II e/ou Obesidade referenciadas pela APS com marcadores de descompensação ou descontrole

nas demais situações previstas no documento das diretrizes clínicas para o cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus e/ou obesidade no SUS e que matricia as equipes na APS.

Os ambulatórios especializados em São Luís são os mesmos citados no Eixo Renocardiovascular bem como as unidades de atenção hospitalar. Outros serviços especializados no Eixo Endócrino - Diabetes Mellitus/Obesidade são demonstrados no quadro a seguir:

QUADRO 4: SERVIÇOS ESPECIALIZADOS NO EIXO ENDÓCRINO- DIABETES MELLITUS/OBESIDADE. SÃO LUÍS, MA.

SERVIÇOS	**ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**	**MUNICIPIO**
Assistência Endócrina	***HUUFMA (Centro de Referência)**	São Luís
	- Hospital Djalma Marques – Socorrão I	
	- Hospital Clemetino Moura – Socorrão II	
	-Cirurgia Vascular	
	* **Santa Casa de Misericórdia**	
	- Cirurgia vascular	
	- Internação Clínica	

FONTE: AUTORIA PRÓPRIA, 2021.

- **Eixo Câncer**

No Eixo Câncer, os ambulatórios especializados na média complexidade são os Centros Especialidades Médicas e hospitais de referência - estadual. As unidades especializadas em Câncer são responsáveis pela Atenção de Média Complexidade, que realiza o acompanhamento multiprofissional das pessoas referenciadas pela APS com marcadores e nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com Câncer e que matricia as equipes na APS.

As unidades de saúde que apresentam os ambulatórios especializados no Eixo Câncer são: Centro de Especialidades Médicas (CEMESP), Hospital de Referência Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira, Hospital de Câncer Dr. Tarquínio Lopes Filho e Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo-IMOAB.

A organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, neste eixo, tem como premissas buscar melhores resultados para os indicadores de saúde, contribuir para a promoção da saúde da população, prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações e garantir o cuidado integral às pessoas deste eixo temático.

9. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Portaria nº 1.378/2013 define Vigilância em Saúde como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Art.2º). A mesma portaria, no seu art. 4º, trata da abrangência das ações, práticas e processos de trabalho.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 588/2018 instituí a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), como função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios. A PNVS tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da vigilância em saúde.

Ressalta-se, ainda, a participação nas pactuações regional e estadual das ações e dos indicadores de vigilância em saúde, o desenvolvimento de estratégias, visando ao fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo a criação, o apoio e o fortalecimento de comissões de vigilância em saúde nos Conselhos Municipais de Saúde, a elaboração de normas pertinentes à vigilância em saúde complementares às disciplinas estadual e nacional, o monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território, a implementação da gestão e a alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância, dentre outros.

Os profissionais de saúde atuantes no serviço de vigilância têm perfil multidisciplinar e necessitam de capacitação continuada. O último concurso público realizado para essa área técnica foi em 2008. Existe um déficit de profissionais para execução das ações, especialmente na área de Vigilância em Saúde Ambiental e escassez de profissionais da saúde quando são requeridos serviços de maior complexidade em determinadas áreas de atuação.

Os profissionais da área de Vigilância Sanitária, também, não representam o quantitativo de fiscais suficientes para a fiscalização de estabelecimentos de interesse à saúde em São Luís. Os serviços de apoio à gestão, por outro lado, correspondem a 1,6%, do número de profissionais de saúde, evidenciando uma fragilidade no trabalho administrativo na condução do serviço.

9.1. Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida.

Subsidiariamente, a Vigilância Epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas e sua operacionalização compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

A Vigilância Epidemiológica possui uma coordenação que se encontra estruturada em programas estratégicos de controle, considerando os diferentes agravos e doenças, tais como: Dengue, Tuberculose, Hanseníase, Leishmanioses, Esquistossomose, Leptospirose, Malária, Meningites, Doenças Exantemáticas, Paralisia Flácida Aguda, Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, Vigilância dos óbitos infantis e de mulheres em idade fértil, Monitoramento das doenças diarreicas, Vigilância antirrábica humana, Vigilância de doenças imunopreviníveis e Vigilância de doenças ocupacionais.

Destacam-se, ainda, os Sistemas de Informação: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) e o Centro de Informações de Vigilância em Saúde (CIEVS). Relacionado à Divisão de Imunização destaca-se o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) é uma rede de alerta e respostas às emergências em saúde pública e compõe uma estratégia mundial de alerta e resposta, atendendo a demanda do Regulamento Sanitário Internacional - RSI 2005. Visa captação de notificações, verificação, manejo e análise de dados relevantes à prática da vigilância em saúde. Logo o CIEVS municipal é efetivo para alerta e respostas às emergências a saúde pública, para a ocorrência de epidemias e pandemias por doenças emergentes ou reemergentes e a priori ao enfrentamento à pandemia do COVID-19, através da investigação dos casos, monitoramento e ações de estratégias para interromper a cadeia de transmissão.

A vigilância, prevenção e controle das IST, HIV/Aids e hepatites virais gerencia quatro sistemas, o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), e o Sistema de Monitoramento de Insumos de Prevenção (PREVINI).

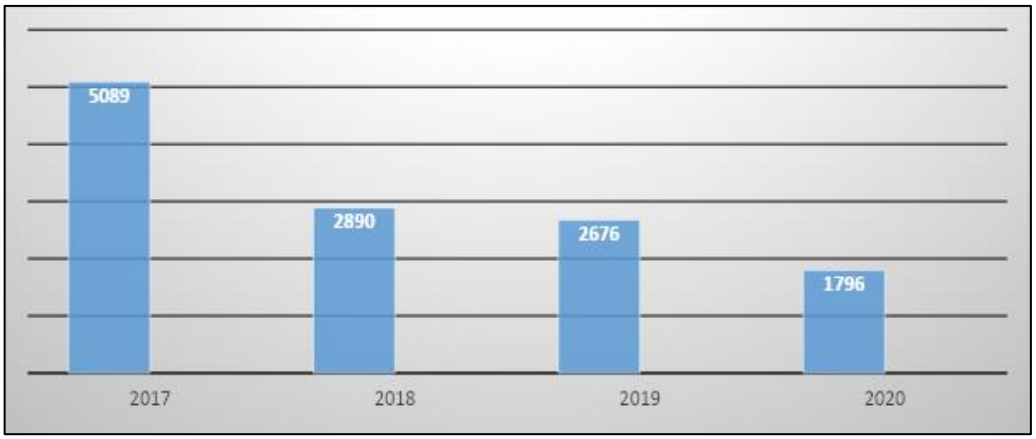
9.2. Vigilância Sanitária

De acordo com a Lei 8.080, de 19 de julho de 1990, a Vigilância Sanitária faz parte do campo de atuação do SUS, visando à prática da defesa da saúde coletiva, garantindo à população o consumo de produtos e serviços de qualidade. Nesse contexto, a Vigilância Sanitária Municipal encontra-se organizada em 04 (quatro) principais áreas de acordo com o tipo de estabelecimento fiscalizado, são elas:

- **Alimentos**, que inclui: restaurantes, supermercados, padarias, veículos que transportam alimentos, etc.
- **Engenharia**, que inclui: hotéis, lavanderias, estabelecimentos de ensino, etc.
- **Produtos**, que inclui: óticas, cosméticos, drogarias, produtos para saúde, dedetizadoras, etc.
- **Serviço de saúde**, que inclui: consultórios, clínicas, laboratórios, salões de beleza, funerárias, etc.

As equipes de fiscalização, dentro das especificidades, atuam em campo, orientando de acordo com as legislações pertinentes, para prevenir e/ou eliminar os riscos. Quando necessário, foram aplicadas as penalidades cabíveis, que vão desde a intimação para cumprimento em determinado prazo, advertência, apreensão, interdição e/ou multa.

GRÁFICO 12: ESTABELECIMENTOS FISCALIZADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DURANTE OS ANOS DE 2017 A 2020

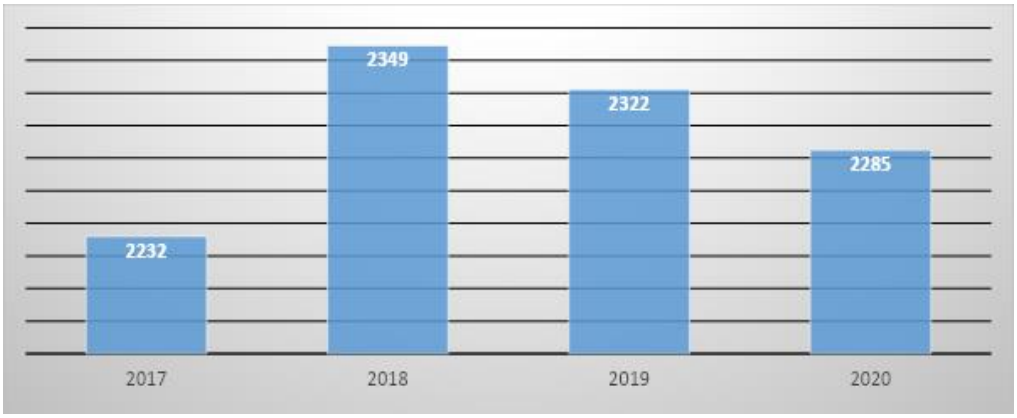


FONTE: SVES/SEMUS (2021).

Considerando-se o total de estabelecimentos considerados aptos a receber o Atestado Sanitário, podemos destacar, que no ano de 2020, a quantidade de licenciamentos diminuiu consideravelmente. Isso ocorreu devido à Lei 13.874, de 20 de setembro de 2019 e com Resolução CGSIM nº51, de 11 de junho de 2019, que considera as atividades classificadas como “Baixo Risco A”, dispensadas de Licenciamento Sanitário. No final de 2020, a Anvisa publicou a Instrução Normativa de nº 66, de 1º de setembro de 2020. Segundo esta Instrução, as atividades que haviam sido dispensadas de Atestado Sanitário foram novamente incluídas na lista de atividades que necessitam do atestado.

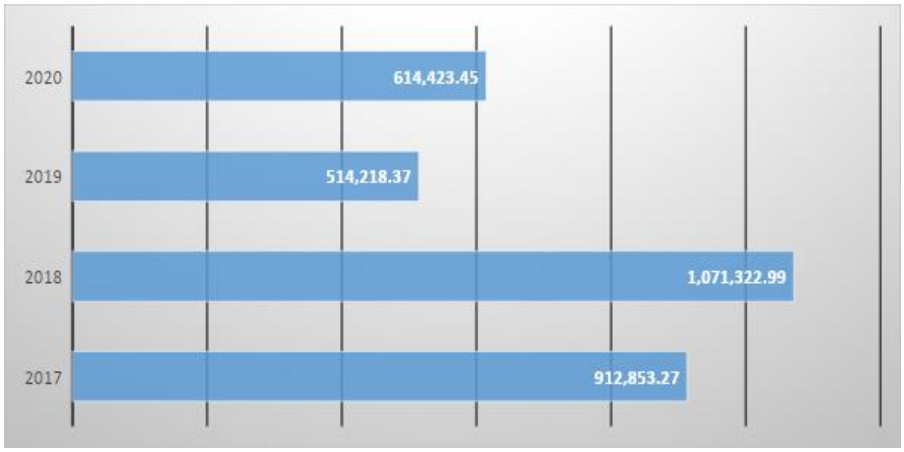
Desta forma, espera-se que ao final deste ano tenhamos um número maior de estabelecimentos, buscando dar entrada ao processo de licenciamento sanitário, e um consequente aumento da arrecadação anual.

GRÁFICO 13: ESTABELECIMENTOS LICENCIADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DURANTE OS ANOS DE 2017 A 2020.



Fonte: SVES/SEMUS (2021).

GRÁFICO 14. ARRECADAÇÃO ANUAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DURANTE OS ANOS DE 2017 A 2020



FONTE: SVES/SEMUS (2021)

Decorrida a fiscalização dos estabelecimentos, aqueles que encontram-se em condições físicas e higiênico-sanitárias, de acordo com a legislação vigente, recebem o Atestado Sanitário com validade de um ano, contados a partir da data de emissão. Quando são encontradas irregularidades, o estabelecimento pode receber desde um Termo de Intimação com a descrição dos itens a serem adequados e prazo para o seu cumprimento, como um Auto de Infração que leva a um processo administrativo, podendo resultar em diversas penalidades, desde uma advertência até uma multa. O fiscal, no ato da fiscalização, dependendo da situação encontrada, ainda pode aplicar as penas de interdição do estabelecimento e/ou apreensão de produtos em situação irregular, de acordo com a Lei Federal Nº 6437/77.

9.3. Vigilância ambiental

Refere-se ao conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. São objetos de ação da Vigilância Ambiental, quando houver população exposta: água para consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais e substâncias químicas, desastres naturais, acidentes com produtos perigosos, fatores de riscos, ambiente de trabalho. As ações são agrupadas e desenvolvidas por meio de 05 programas:

- **VIGIAGUA:** Vigilância da qualidade da água de consumo humano;
- **VIGIAR:** Vigilância de populações expostas a poluição atmosférica;
- **VIGIDESASTRES:** Vigilância de populações expostas a desastres;
- **VIGIFIS:** Vigilância de populações expostas a fatores físicos (radiações eletromagnéticas);

- **VIGIPEQ:** Este programa se subdivide em vigilância de populações expostas a solos contaminados (VIGISOLO) e vigilância de populações expostas a contaminantes químicos.

Atualmente, a Vigilância em Saúde Ambiental desenvolve ações dos programas VIGIAGUA, VIGIPEQ e VIGIDESASTRES.

- **Programa VIGIAGUA**

Em 2018, após analisadas 247 amostras, o município de São Luís alcançou apenas o percentual de 36,11% em relação à análise da água de consumo humano, quanto aos parâmetros de coliformes fecais e turbidez (Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano/SISAGUA,2018).

A Vigilância em Saúde Ambiental buscou executar monitoramento dos pontos pactuados que não são clorados, atendimento a solicitações e reclamações de fontes não cloradas, atendimento de demanda de promotorias, e as demandas de licenciamento sanitário das empresas que comercializam água para consumo humano, bem como de veículos transportadores de água.

No ano de 2019, a meta pactuada foi superada (735 coletas - 107,46%) devido à alta demanda de solicitações e reclamações e às ações realizadas nos shopping centers.

No ano de 2020, o município realizou um total de 549 coletas, correspondendo a 80,26% da meta pactuada de análises da água para consumo humano, quanto aos parâmetros de coliformes totais e turbidez (Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano/SISAGUA).

No ano de 2021 até o mês de abril, tem-se apenas 24,12% (55 amostras) da meta pactuada para o ano.

- **Programa VIGIPEQ**

Como componente da Vigilância em Saúde Ambiental, a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (**VIGIPEQ**) trabalha com os contaminantes químicos que interferem na saúde humana e nas interrelações entre o homem e o ambiente, buscando articular ações de saúde integradas – prevenção, promoção, vigilância e assistência à saúde de populações expostas a contaminantes químicos. Nessa mesma linha, atua também um dos componentes do Vigipeq, que é a Vigilância em Saúde de Populações Expostas ou sob Risco de Exposição a Áreas Contaminadas (**VIGISOLO**).

- **Programa Vigidesastres**

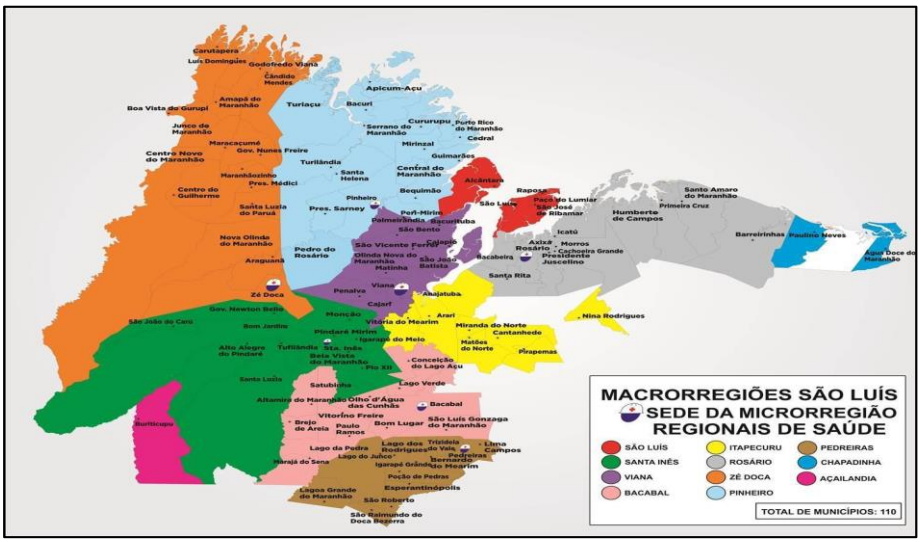
Nos últimos quatro anos (2017 a 2020), o Comitê Estadual de Saúde em Desastres realizou diversos seminários a fim de planejar, orientar, coordenar e monitorar a atuação do setor saúde na execução de ações de prevenção, preparação e resposta aos desastres de origem natural ou de origem antropogênica.

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada aos desastres naturais tem como objetivo para os próximos quatro anos desenvolver um conjunto de ações a serem adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para reduzir a exposição da população e do pessoal de saúde aos riscos de desastres e a redução das doenças e agravos decorrentes dos mesmos.

9.4. Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)

No município de São Luís, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é operacionalizada pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, e possui uma abrangência de ação em 110 municípios no Estado do Maranhão (Figura 6).

FIGURA 6. MAPA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CEREST REGIONAL SÃO LUÍS



FONTE: CEREST (2021).

Tem como público alvo todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado, com problemas de saúde causados ou relacionados ao trabalho.

As notificações dos agravos em Saúde do Trabalhador no município de São Luís são realizadas pela Rede Sentinela de Urgência e Emergência (11 unidades públicas) e Hospitais Privados (05 unidades privadas).

QUADRO 5: AGRAVOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR, NOTIFICADOS PELA REDE SENTINELA PÚBLICA E PRIVADA. SÃO LUÍS-MA, 2017 A 2020.

AGRAVOS NOTIFICADOS	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Acidente de Trabalho com exposição a material biológico	302	290	342	248	1182
Acidente de trabalho	800	1040	1680	1209	4729
Ler Dort	02	07	00	04	13
Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho	00	00	00	01	01
Intoxicação exógena	05	06	14	03	28
Dermatose Ocupacional	01	00	00	00	01
Perda Auditiva induzida por ruído – PAIR	00	00	00	00	00
Câncer relacionado ao trabalho	00	00	00	00	00

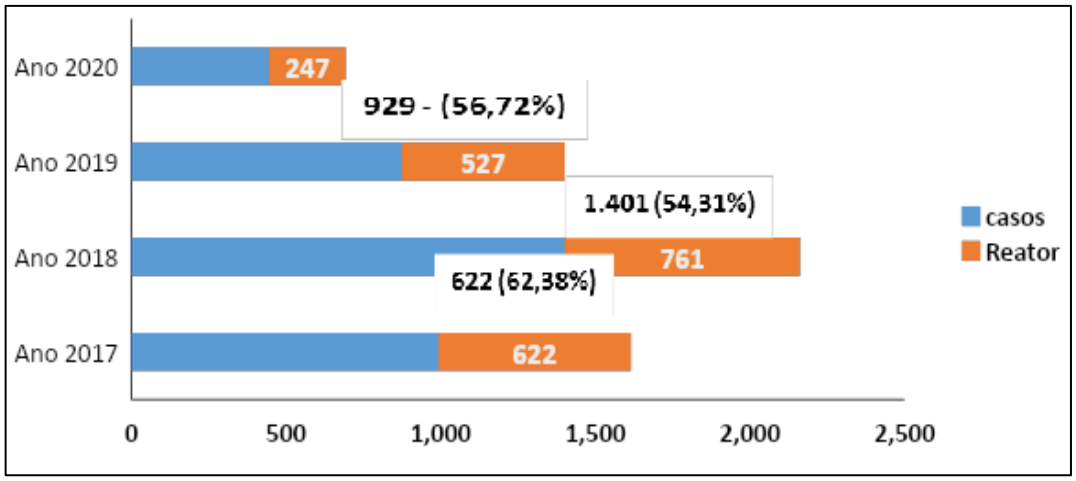
FONTE: CEREST (2021).

9.5. Vigilância em Zoonoses

Uma das frentes de trabalho da Vigilância em Zoonoses para Leishmaniose Visceral, no que se refere a vigilância e controle do reservatório canino, ocorre através do inquérito epidemiológico para detecção da incidência e prevalência da infecção canina por *L. infantum* dos cães domiciliados das áreas calazarígenas de São Luís por meio de busca ativa e passiva.

A busca ativa no controle de reservatórios no município de São Luís é feita por meio de inquéritos sorológicos com a coleta de material biológico e realização de Teste Rápido (RT) DPP para triagem da Leishmaniose Visceral na Unidade de Vigilância em Zoonoses (UVZ) e o teste ELISA para o diagnóstico confirmatório da doença.

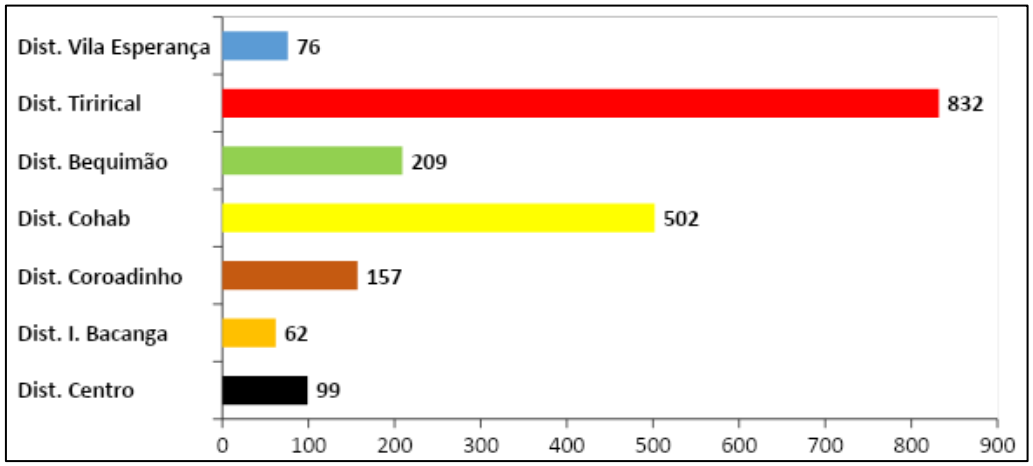
GRÁFICO 15: NÚMERO DE CÃES EXAMINADOS E REATORES SUBMETIDOS AO TESTE RÁPIDO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA – ANO 2017 – 2020 – SÃO LUÍS – MA



FONTE: UVZ – SVES (2021)

Após a avaliação dos dados epidemiológicos dos reservatórios caninos, verifica-se a elevada incidência de cães reatores nos serviços de diagnóstico clínico e laboratorial na UVZ, os resultados registraram uma incidência de 62,38% no ano de 2017.

GRÁFICO 16: DISTRIBUIÇÃO DE CÃES REATORES SUBMETIDOS AO TESTE RÁPIDO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA POR DISTRITO – ANO 2017 – 2020 – SÃO LUÍS – MA.



FONTE: UVZ – SEMUS (2021)

No que se refere à leishmaniose visceral canina, nota-se que o Distrito do Tirirical apresenta o maior número de casos registrados, seguido do Distrito da Cohab e do Coroadinho. Quando comparamos os dados relativos a leishmaniose visceral canina e humana constata-se que, para ambos, o Distrito Sanitário do Tirirical é aquele que mais se destaca, portanto, merecendo maior atenção quanto as ações de vigilância e controle do Calazar.

A UVZ, em parceria com setor de controle de endemias, monitora a densidade vetorial e a fauna do mosquito vetor, através das capturas do cão transmissor. A delimitação da área

selecionada para o controle químico segue a orientação e critérios do Ministério da Saúde quando houver necessidade.

TABELA 36: NÚMERO DE LOCALIDADES E IMÓVEIS PESQUISADOS E POSITIVIDADE PARA O *LUTZOMYIA LONGIPALPIS*, PERÍODO DE 2016 A 2020, SÃO LUÍS-MA.

ANO	LOCALIDADE PESQUISADA	POSITIVAS	IMÓVEIS PESQUISADOS	POSITIVOS	L. long. CAPTURADOS
2016	58	37	290	38	413
2017	16	15	62	38	2.343
2018	21	21	63	48	763
2019	31	28	55	33	1977
2020	06	05	22	10	119
TOTAL	132	106	492	167	5.615

FONTE: SVES- SEMUS (2021).

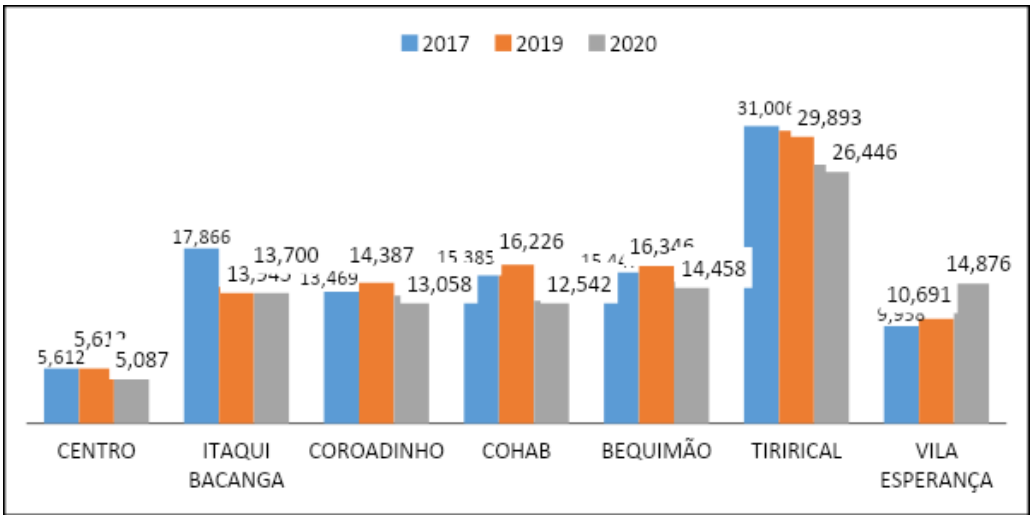
De acordo com os dados do SINAN, São Luís registrou 90 casos em 2016 decrescendo gradativamente, chegando a 33 casos em 2020. Isso representou uma diminuição de 63,34% de casos do ano de 2016 para 2020.

No que se refere às notificações de atendimento antirrábico humano ocasionadas por agressões de pessoas por animais suspeitos de raiva, constata-se, em média, 4.471 agressões por ano, impactando o sistema de saúde e elevando o grau de risco de transmissão da raiva humana.

Em 2020, foram realizadas capacitações aos profissionais nas unidades de saúde, visitas técnicas às unidades e hospitais que fazem atendimento dos agravos e análise das fichas de investigação dos referidos agravos; encaminhado consolidado mensal do AARH e planilha semanal de tétano acidental e neonatal à Vigilância do Estado, realizando acompanhamento e monitoramento dos casos de acidente graves com animais de alto risco para a transmissão de raiva, bem como monitoramento dos demais agravos, tanto por meio presencial quanto via telefone com a utilização de *whatsapp*.

Dentre as espécies agressoras o cão predomina sobre as demais, contudo, chamam a atenção as notificações de agressões por primatas e morcegos, pois invariavelmente demandam o tratamento por vacinas e soro antirrábico em todas as pessoas agredidas.

GRÁFICO 17: DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CÃES VACINADOS EM SÃO LUÍS POR DISTRITO SANITÁRIO– 2017 A 2020

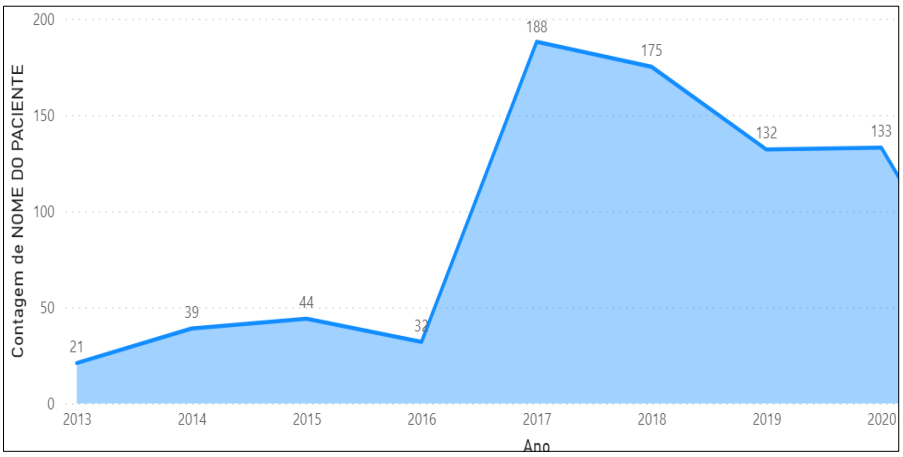


Fonte: UVZ – SEMUS (2021)

A vacinação de cães e gatos, nos últimos anos, em São Luís, atingiu níveis de excelência em se tratando de cobertura vacinal, motivados pelos casos de raiva canina registrados em número de sessenta casos entre 2011 a 2013 e quatro casos de raiva humana ocorridos em São Luís no mesmo período.

Relacionado aos casos de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos no âmbito da nossa cidade, há o desenvolvimento e execução de ações, atividades e estratégias pela UVZ.

GRÁFICO 18: SÉRIE HISTÓRICA DE NOTIFICAÇÕES DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS DE 2013 - 2021 – SÃO LUÍS, MA.



FONTE: SINAN – MS (2021).

A partir de 2017, cresce o número de notificações de acidentes por animais peçonhentos, 188 casos, sendo os aracnídeos com o maior número de casos, seguidos das

serpentes e, em franco crescimento, os acidentes envolvendo os escorpiões. Em 2020, esse número apresentou uma discreta redução, 133 casos.

No município de São Luís, as ações de controle de roedores devem obedecer ao critério epidemiológico através da adoção de medidas de proteção como a antirratização e controle químico por meio da desratização das áreas consideradas de maior risco, além das unidades de saúde, feiras e mercados públicos, incluindo nestas últimas as desinsetizações, seguindo todas as orientações técnicas.

Após avaliação, ficou constatado que o Distrito do Coroadinho foi o que apresentou o maior número de casos absolutos da doença, importando em maior atenção da UVZ.

10. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Na rede municipal de saúde, a Assistência Farmacêutica (AF) é responsável pela cadeia logística e clínica da utilização dos medicamentos da atenção básica, dos serviços hospitalares e dos medicamentos estratégicos. Assim, a AF é composta por um ciclo: seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos.

Atualmente, existe padronização dos medicamentos a serem disponibilizados apenas pelas farmácias das Unidades Básicas de Saúde do município de São Luís, tendo como base a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais).

Os processos de aquisição de medicamentos são iniciados pela AF, a partir da seleção e programação de medicamentos. A aquisição é essencial para que as próximas etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica ocorram de forma eficiente. Diversas dificuldades são encontradas para que a aquisição ocorra de forma eficaz, como por exemplo, demora na tramitação dos processos, desistência de fornecimento de medicamento por parte das empresas, aumento do valor da matéria prima, fazendo com que o valor do medicamento cotado fique inferior ao preço atualmente praticado no mercado, dentre outros.

A distribuição dos medicamentos ocorre de acordo com as necessidades das unidades de saúde; e a depender da quantidade em estoque, há a distribuição.

Para realização do controle da quantidade solicitada e a necessidade das unidades, se faz necessário a análise dos pedidos realizados. Além disso, deve ser garantida a rapidez na entrega, segurança e eficiência no sistema de informações e controle. É necessária a formalização de um cronograma de distribuição, estabelecendo os fluxos, os prazos para a execução e a periodicidade das entregas de medicamentos.

As atividades de armazenamento e distribuição de medicamentos são gerenciadas por empresa contratada.

A dispensação de medicamentos é um ato exclusivo do profissional farmacêutico de entrega do medicamento e repasse de orientações ao paciente. Farmácia de Medicamentos Estratégicos (FME).

A Farmácia de Medicamentos Estratégicos disponibiliza medicamentos para os Programas Estratégicos de Saúde, como Tuberculose, Hanseníase, Influenza e Toxoplasmose.

A aquisição e o financiamento são feitos pelo Ministério da Saúde e repassados ao Estado. O atendimento dos pacientes se dá através de planilhas padronizadas, mensal e emergencial, preenchidas pelas unidades de saúde municipais com fluxos estabelecidos, encaminhada a FME, que analisa e solicita ao Estado, para posterior distribuição às unidades de saúde.

Atualmente, a Farmácia de Medicamentos Estratégicos não possui sede própria e estrutura para armazenamento de medicamentos.

11. LABORATÓRIO CENTRAL DO MUNICÍPIO – LACEM

O Laboratório Central do Município tem por responsabilidade a coordenação e gerenciamento da execução dos serviços de análises clínicas e de saúde pública dentro dos diversos níveis de complexidade, prestados pelas unidades laboratoriais da rede municipal de saúde, conforme o seguinte quadro:

QUADRO 6: REDES DE LABORATÓRIO, SÃO LUÍS,MA.

Rede de laboratórios	
Lacem	Hospital Socorrinho/SF
Unidade Mista Coroadinho	Centro de Saude B. Fatima
Unidade Mista Bequimão	Centro de Saude Yves Parga
Unidade Mista Itaqui-Bacanga	BR -UPA
Unidade Mista São Bernardo	Hospital Socorrão II
Hospital da Mulher	Hospital da Criança

FONTE: LACEM, 2021.

Ao longo dos últimos 8 (oito) anos, a estrutura laboratorial que pertence à rede e é coordenada pelo LACEM teve sua capacidade de atendimento potencialmente reduzida, chegando a situações como perda de espaço físico, até a parada total de um laboratório ou a sua desativação; além da falta de materiais e insumos até a falta de manutenção em seu pátio tecnológico formado por seus equipamentos para a realização de exames, ora por falta de contratos vigentes de manutenção, ora por interrupção de contrato por inexistência de

orçamento. No que diz respeito a produtividade do LACEM, em 2020, chegou ao total de apenas 71.049 exames realizados. Essa redução está relacionada à falência da estrutura da rede de laboratórios e a diminuição dos exames no LACEM foram enfatizadas pelo surgimento da Pandemia COVID-19. Nesse período, foi determinada a concentração dos esforços das análises de exames sorológicos (testes rápidos) para pesquisa de anticorpos totais para COVID-19. Contudo, a rede de laboratórios atendeu diferentes tipos de exames, nas áreas de Bioquímica, Hematologia, Imunologia, Citologia, Endemias, Hormônios e outros, além do que preconiza a Portaria de Consolidação nº 4.

Em específico, fundamenta a parceria firmada com o Laboratório Central de Saúde Pública do Maranhão – LACEN para a realização de alguns exames de média e alta complexidade. Destaca-se, também, que não foi possível produzir exames citopatológicos programados ao longo dos anos 2017-2020, tanto pela falta de insumos quanto pela falta de equipamentos. Quanto às unidades laboratoriais da UM Bequimão, UM São Bernardo e UM Itaqui-Bacanga, todas reduziram consideravelmente seu nível de atendimento, sendo que a Unidade Mista do São Bernardo foi desativada como laboratório para abrigar um Centro de Saúde, seguindo como um posto de coleta da Unidade Mista. E pararam de funcionar os laboratórios: CS Tibiri, Socorrinho São Francisco, Socorrinho Cohatrac e CS Vila Esperança.

Em geral, os exames mais realizados pelas unidades de laboratório dentro do período 2017-2020 foram: dosagem de glicose, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicerideos, hemograma completo, dosagem de creatinina, dosagem de ureia, dosagem de transaminase glutamico-oxalacetica (tgo), e, dosagem de transaminase glutamico-piruvica (TGP).

TABELA 37: PRODUTIVIDADE OFICIAL, APRESENTADA NO BPA, DE EXAMES DURANTE OS ANOS DE 2017 A 2020 NAS UNIDADES DE LABORATÓRIO EM SÃO LUÍS, MA.

UNIDADES	2017	2018	2019	2020
LACEM	250859	256801	300337	71049
Socorrão II	276827	321486	303942	254638
Itaqui-Bacanga	70745	75149	82693	49382
H. da criança	120127	110767	101210	78153
H. da mulher	86966	85368	71649	33603
Socorrinho II	9000	1905	4728	318
U.M. Bequimão	68352	64242	54527	35253
U.M. Coroadinho	47759	43865	53381	38266
U.M. São Bernardo	43754	21138	28757	4477
CS Fatima	276827	321486	303942	254638

CS Yves Parga	21743	30935	22318	10342
TOTAL DE EXAMES REALIZADOS	**1.272.959**	**1.333.142**	**1.327.484**	**830.119**

FONTE: LACEM, 2021.

Diante dos resultados apresentados, é possível observar que as metas estabelecidas e pactuadas não foram alcançadas. A projeção para 2021 é similar ao ocorrido em 2020, tendo em vista a incipiência orçamentária.

TABELA 38: SÉRIE HISTÓRICA DOS EXAMES REALIZADOS E METAS ALCANÇADAS, SÃO LUÍS, MA.

	2017	**2018**	**2019**	**2020**
Exames realizados (total)	1.272.959	1.333.142	1.327.484	830.119
Meta	1.416.886	1.416.886	1.416.886	1.416.886
Alcance da meta	90%	94%	94%	59%

FONTE: LACEM, 2021.

Adiciona-se, ainda, a desmobilização do sistema de informação laboratorial, que era usado para a Gestão Laboratorial, com a entrega dos resultados para a população (atualmente não temos nenhum sistema interligado para registro, controle e monitoramento), assim como, a desestruturação dos vários postos de coleta da rede de laboratórios. Pois, além de ter a rede sucateada, temos em 2021, apenas 9 (nove) unidades, funcionando precariamente, a saber: LACEM, UM BEQUIMÃO, UM COROADINHO, UM ITAQUI, H DA MULHER, H DA CRIANÇA, H SOCORRÃO II, CS DE FATIMA E CS YVES PARGA, com 2 (dois) postos de coletas: UPA BR e UM São Bernardo. Um novo sistema já foi solicitado para a SEMIT, com o intuito de disponibilizar o acesso direto aos laudos pelos usuários e permitir a Gestão Laboratorial.

Contudo, diante da demanda reprimida existente no município, entende-se que ainda é necessário expandir a disponibilidade de serviços das unidades de saúde do município, ao longo dos próximos anos (2022-2025). Por essa razão, o LACEM pretende restabelecer seu nível de atendimento através da elaboração de um projeto de reestruturação do próprio LACEM e da rede de laboratórios para que, ao longo dos próximos anos (2022-2025), seja possível o alcance das metas estabelecidas. O projeto de estruturação do LACEM apresenta a implantação e implementação do LABORATORIO de BIOMOL e de MICROBIOLOGIA.

Ressalta-se que a nova visão do LACEM-SL é adotar a **Saúde Única** em suas entregas, onde as áreas HUMANA, ANIMAL e MEIO AMBIENTE são integradas, além de

manter o foco nos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS). O LACEM definiu a seguinte estrutura de exames para os anos de 2022 a 2025:

TABELA: 39 CATEGORIAS DE EXAMES DO LACEM, SÃO LUÍS,MA.

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
TIPO 1	Imunologia/Hormônio, Microbiologia, Biologia Molecular, Citologia, Endemias, Histopatologia, Análise de produtos/ambiental
TIPO 2	Hematologia, Bioquímica, Fezes, Urina, Coagulação, Gasometria
TIPO 3	Hematologia, Bioquímica, Fezes, Urina, Testes Rápido/Triagem

FONTE: LACEM-SL, 2021

O projeto de reestruturação visa dar condições de atendimento para 14 unidades, divididas em 7 distritos (dos 9 vigentes), além da própria unidade central. As unidades de laboratório foram divididas em categorias da seguinte forma: **categoria 1** - Laboratório central; **categoria 2** - Unidades mistas e hospitais de urgência e emergência; e **categoria 3** - Centros de saúde e Clínicas da Família.

12. ADMINISTRAÇÃO

O gerenciamento dos Recursos Humanos está distribuído internamente em três divisões, Folha de Pagamento, Direitos e Deveres e Processos. Nesses planos, são realizados cumprimentos de ações voltadas aos servidores comissionados, serviços prestados e efetivos sistema ergon gerenciado pela SEMAD, servidores CT's e gratificações SUS.

Atualmente, não dispõe de qualquer tipo de sistema que permita uma melhor visualização da quantidade de servidores em regime de Contrato Temporário, carga horária, lotação, remuneração ou gratificação SUS; o sistema utilizado é uma ferramenta que não nos permite a crítica necessária, a não ser que seja de forma manual, folha por folha.

O quantitativo de pessoal que compõe o corpo de trabalho da SEMUS é de aproximadamente 13.000 servidores, que estão distribuídos em vínculos comissionados, efetivos, serviços prestados e contratos temporários.

13. OUVIDORIA

O serviço de ouvidoria do município atualmente registra demandas através de seis portas de entrada, são estas: Sistema OUVIDOR-SUS; Sistema de Informação ao Cidadão (E-SIC); Sistema de Ouvidorias do Poder Executivo Municipal de São Luís (E-OUV), registros realizados pelo Disque-Denúncia (Secretaria de Segurança Pública do Estado do Maranhão –

32235800), e-mail da Ouvidoria e também pelo número de *WhatsApp* (98 9 9103-9040), sendo esta última opção de registro, a mais demandada, representando 100% dos atendimentos via telefone. Além dos canais de entrada citados acima, também são realizados registros pelo Departamento de Ouvidora-geral do SUS – DOGES (136) e da Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (160). O usuário é identificado através de sua classificação: anônimo, servidor ou cidadão, após essa classificação é definida a demanda quanto sua área de assunto, natureza e prioridade. Localizamos as demandas tais como: nome do usuário/interessado, data/período da demanda, número de protocolo e palavra-chave, permitindo o cruzamento entre eles. Assim, possibilitamos que o usuário seja assistido de forma eficiente.

O tempo médio para resposta das demandas é de entre 3 e 5 dias. Durante esse período, efetua-se a tramitação da manifestação: cadastro / análise e triagem pela Ouvidoria / envio à área técnica ou se será respondida pela ouvidoria / análise e produção de resposta / retorno à Ouvidoria / análise da resposta dada pela área técnica / formalização da resposta ao demandante.

De acordo com série histórica do fluxo de entrada de demandas pertinentes, nota-se que há uma tendência de aumento no quantitativo de demandas de 2019 a 2020, impactando o 1ª Quadrimestre de 2021 com 911 demandas registradas.

14. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As capacitações da saúde do município acontecem mediante articulação realizada com a Escola de Governo e Gestão Municipal – EGGEM e também com apoio dos Núcleos de Educação Permanente (NEP). Os cursos são ofertados pela EGGEM mediante sinalização da SEMUS ou demandas ofertadas pelo catálogo EGGEM. Para os próximos anos, propomos a construção de um Programa de Qualificação dos Servidores que contemple as necessidades específicas de desenvolvimento de competências para o trabalho dos profissionais da rede municipal de saúde.

O NEP tem como objetivos básicos: contribuir para a melhoria da assistência e dos processos de trabalho, por meio de etapas que possam problematizar a realidade, transformar as práticas profissionais, melhorar permanentemente a qualidade da assistência/cuidado à saúde, melhorar o desempenho dos recursos humanos na saúde, nos níveis superior e médio, melhorar as relações nas e entre equipes e contribuir no planejamento de ações de educação permanente, elaboração de diagnósticos de necessidades de qualificação de gestores, servidores, além de elaboração e formatação de ações de formação e atualização profissional.

Funcionam nas dependências das unidades onde foram criados /implantados, durante o expediente administrativo, cujos servidores cumprem 24 horas semanais. Hoje, contamos com 14 NEPs, sendo eles:

1. NEP Hospital da Criança
2. NEP Hospital da Mulher
3. NEP PS Anil
4. NEP U.M Bequimão
5. NEP U.M. Coroadinho
6. NEP U.M Itaqui-Bacanga
7. NEP U.M São Bernardo
8. NEP Soc. I
9. NEP Soc. II
10. NEP Socorrinho I – Cohatrac
11. NEP Socorrinho II – São Francisco
12. NEP SAMU
13. NEP CAISI
14. NEP C.S Fátima

14.1. Escola Técnica do SUS

A Escola Técnica do SUS de São Luís (ETSUS/SLZ) é fruto de um processo evolutivo da Secretaria de Saúde do Município de São Luís em oportunizar formação e qualificação profissional aos trabalhadores do setor Saúde. Tem como finalidade desenvolver pessoas mediante ações educativas e formar profissionais éticos, participativos, solidários, com competências e habilidades voltadas para a humanização, a melhoria da qualidade do atendimento, da prestação de serviços e do cuidado aos cidadãos, suas famílias e comunidades no que se refere a sua saúde, bem-estar físico, social e mental no âmbito do SUS.

A ausência de uma estrutura física com endereço próprio dificulta o funcionamento pleno da Escola, impedindo-a, inclusive, de integrar a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS). Como consequência, também, há limitação em seu protagonismo, necessitando do estabelecimento de parcerias, pois seu acesso a projetos é oriundo de concorrência em editais públicos. Alternativas essas, que poderiam ser utilizadas para captar recursos financeiros e viabilizar o funcionamento efetivo da Escola.

Embora havendo grandes limitações orçamentárias e financeiras, acreditamos que a escola tem capacidade de contribuir para a qualificação dos profissionais que atuam na rede SUS não somente do município, mas também da Regional de Saúde de São Luís.

Ações desenvolvidas em parceria com a EGGEM no período de 2018-2020:

- Curso de aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EDPOPSUS), realizado em convênio com Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)/SES (1ª etapa) – 525 participantes
- EDPOPSUS (2ª etapa) 70 participantes
- Curso Introdutório para ACE's- 200 participantes
- Atualização da Língua Portuguesa para trabalhadores do SUS – 60 participantes
- Atualização em Arboviroses – 360 participantes
- Aplicação da Ferramenta de combate aos criadouros- Arte 3Rs- 400 participantes
- Elaboração e compartilhamento de mídias educativas (ETSUS VIRTUAL)

15. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE- CMS

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é órgão colegiado, deliberativo, autônomo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), presente em cada município da Federação como determina a Lei n° 8.142/1990. No município de São Luís – MA, o CMS foi criado pela Lei Municipal 6.020, de 23 de dezembro de 2015, e é composto por 44 (quarenta e quatro) Conselheiros Titulares e igual número de Conselheiros Suplentes, obedecendo a paridade legal de 50% (cinquenta por cento) de Usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de Trabalhadores e 25% (vinte e cinco por cento) de gestores e prestadores de serviço de saúde. O conselho é responsável pela deliberação da Política Pública de Saúde em âmbito municipal, pela análise e apreciação dos Instrumentos de Gestão (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Gestão e Relatório de Gestão) e pelo acompanhamento do funcionamento do SUS e seus serviços sob gestão municipal.

O conselho realiza suas reuniões ordinárias mensalmente e, de forma extraordinária, sempre que existirem assuntos de caráter emergencial para serem discutidos. O CMS contribui para a Gestão no âmbito dos princípios do SUS, especialmente nos aspectos:

- ✓ Situação de saúde da população sob o ângulo dos riscos sociais e epidemiológicos, dos direitos de cidadania dos grupos populacionais e de cada indivíduo.

- ✓ Prioridades das intervenções (ofertas de serviços) de promoção, proteção e recuperação da saúde da coletividade e de grupos de riscos.
- ✓ Formulação de diretrizes e estratégias das intervenções do SUS (oferta de serviços), levando em conta a relação custo-benefício.
- ✓ Formulação de diretrizes e estratégias para o processo de planejamento, compromissos de metas, orçamentação e execução orçamentária.
- ✓ Acompanhamento e avaliação do processo de execução dos planos, do orçamento e do cumprimento de metas, em função dos resultados de impacto na saúde da população geral e dos grupos de riscos, no âmbito das responsabilidades e atribuições legais do Gestor.
- ✓ Receber dos demais órgãos da Gestão, todas as informações necessárias ao cumprimento das atribuições legais do Conselho Municipal de Saúde, em relações de harmonia e sinergismo.

Atualmente, um dos maiores desafios do Controle Social é proporcionar condições objetivas para a participação dos conselheiros da sociedade civil e mobilizar os representantes dos trabalhadores da saúde para as atividades do CMS e assim garantir o quórum regimental de 50% mais 1 de seus membros nas reuniões plenárias.

Dessa forma, algumas ações poderão ser desenvolvidas para ampliar a participação popular, a exemplo da: criação de redes sociais (*instagram*, *facebook* e *twitter*), publicação das atas em jornais de grande circulação etc.

A metodologia utilizada para a consecução das atribuições regimentais do conselho consiste na realização de Reuniões Ordinárias e Extraordinárias para a avaliação e deliberação das ações e serviços de saúde no município de São Luís - MA. Além destas, internamente existem comissões designadas para analisarem temáticas específicas, a exemplo da Comissão de Rede, Fundo, Vigilância.

Em decorrência da pandemia originada pela Covid-19, foram/estão sendo promovidas ações para a realização de atividades virtuais, através de plataformas que possibilitem chamadas de vídeo simultâneas, com um número de pessoas em proporção significativa, servindo como plataforma de discussões e deliberações.

Outrossim, entende-se que tão logo a pandemia tenha seus efeitos reduzidos, os trabalhos presenciais possam se efetivar com mais frequência, a exemplo de visitas técnicas *in loco* nos estabelecimentos de saúde assistenciais.

Projeta-se, para os próximos 4 (quatro) anos de gestão, a realização de Conferências Municipais de Saúde, inclusive algumas temáticas, onde a política pública de saúde é avaliada pela população da cidade e são formuladas diretrizes e propostas para os próximos anos; a ampliação dos trabalhos realizados pelo Conselho Municipal de Saúde, no que tange à participação popular, através de ferramentas tecnológicas disponíveis, condições materiais, financeiras e de recursos humanos.

Isto resultará na qualificação das atividades realizadas pelo Controle Social, proporcionando a análise dos instrumentos de gestão e tomadas de decisões de forma mais efetiva.

16. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Como modelo de desenvolvimento estratégico, neste capitulo apresentamos as metas para os próximos quatro anos (2022-2025). Destacamos que, em decorrência da situação atual pandêmica da *COVID-19*, não foi possível acompanhar os anseios da população com a XXIII Conferência Municipal de Saúde. Dessa forma, a construção das metas foi feita por meio do diagnóstico situacional, com uma análise minuciosa da necessidade atual da população ludovicense.

As metas estão estruturadas em 3 eixos temáticos, 4 diretrizes e 12 objetivos estratégicos. Para cada objetivo, são apresentadas metas quadrienais, as quais estão em conformidade com o PPA e serão anualizadas nas Programações Anuais de Saúde. Em alguns deles, são apresentados, também, projetos prioritários, cujas etapas serão avaliadas anualmente nos relatórios de gestão. Assim, as metas foram divididas da seguinte forma:

EIXO	DIRETRIZES
EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO	Diretriz 1 - Garantir o acesso da população às ações, serviços de saúde, a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, vigilância em saúde e atenção especializada.
EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCIPIOS DO SUS	Diretriz 2 - Fortalecimento da Assistência em saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação e garantindo a oferta de serviços de saúde.
	Diretriz 3 – Fortalecer a Gestão Pública com aprimoramento do planejamento, gestão de pessoas, educação em saúde e fortalecendo as instâncias de controle social.
EIXO III – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE DO SUS	Diretriz 4 – Garantir o financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde, melhorando o padrão de gastos e qualificando o financiamento tripartite em saúde.

DIRETRIZ	OBJETIVOS
DIRETRIZ 1	Objetivo 1: Ampliar e qualificar o acesso da população às ações de Atenção Primária.
	Objetivo 2: Implementar e fortalecer as ações de Vigilância em Saúde para Promoção, Prevenção, Controle de Doenças e Agravos.
	Objetivo 3: Ampliar e qualificar o acesso da população às ações de Atenção Especializada.
	Objetivo 4: Garantir aos usuários do SUS, acesso aos medicamentos contemplados nos Componentes Básico e Estratégico.
DIRETRIZ 2	Objetivo 1: Fortalecer a Assistência em Saúde na Atenção Primária, favorecendo a promoção, a proteção, o diagnóstico e o tratamento.
	Objetivo 2: Garantir a integralidade da assistência dos serviços de média e alta complexidade aos usuários do SUS.
	Objetivo 3: Garantir a oferta de serviços por meio do fortalecimento do Sistema de Regulação.
	Objetivo 4: Desenvolver as ações de enfrentamento ao Coronavírus, para redução de incidência no município.
DIRETRIZ 3	Objetivo 1: Promover a qualificação profissional dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde para aprimoramento das práticas.
	Objetivo 2: Estruturar e modernizar a gestão de pessoas e a gestão da informação.
	Objetivo 3: Fortalecer os espaços de gestão compartilhada e descentralizada para o desenvolvimento das ações de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, apoiando a transparência e o controle social.
DIRETRIZ 4	Objetivo 1: Garantir os investimentos em ações e serviços de saúde, ampliando o cofinanciamento, a captação de recursos e aumentando a eficiência dos gastos da saúde.

	DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES										
EIXO I - SAÚDE COMO DIREITO	**Diretriz 1 -** Garantir o acesso da população às ações, serviços de saúde, a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, vigilância em saúde e atenção especializada.										
		META	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**INDICADOR**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**FONTE**	**ENVOLVIDOS**
Objetivo 1: Ampliar e qualificar o acesso da população às ações de Atenção Primária à Saúde	1.	Ampliar de 38,2% para 90% a cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde pela Equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF)	60%	70%	80%	90%	Cobertura populacional estimada pela ESF SISPACTO	Numerador: (Nº de ESF +N° de ESF equivalente) x 3.000. Denominador: População estimada local. Fator de multiplicação: 100	SCNES/e-Gestor	SAS
	2.	Implantar 05 Clínicas da Família	0	2	2	1	Número de Clínicas da Família implantadas	Somatório do número de Clínicas da Família implantadas	SCNES	SAS
	3.	Ampliar de 51 para 73 Unidades Básicas de Saúde	51	60	65	73	Número de Unidades Básicas de Saúde	Somatório do número de Unidades Básicas de Saúde	SCNES	SAS
	4.	Implantar 01 Unidade Móvel de Atenção Primária (Ônibus da Saúde)	1	0	0	0	Número de Unidade Móvel implantada	Somatório do número de Unidade Móvel implantada	SCNES	SAS
	5.	Ampliar de 54,9% para 100% o número de Unidades Básicas de Saúde com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)	77%	100%	100%	100%	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com PEC implantado	Numerador: Nº de UBS com PEC. Denominador: Nº de UBS. Fator de multiplicação: 100	e-SUS	SAS
Objetivo 1: Ampliar e qualificar o acesso da população às ações de Atenção Primária à Saúde	6.	Ampliar de 460.000 para 1.262.700 atendimentos individuais e coletivos na APS	690.000	828.000	1.010.160	1.262.700	Número de atendimentos individuais e coletivos	Somatório do número de atendimentos individuais e coletivos	e-SUS	SAS
	7.	Ampliar de 1.000.000 para 2.745.000 o número de procedimentos na APS	1.500.000	1.800.000	2.196.000	2.745.000	Número de procedimentos na APS	Somatório do número de procedimentos na APS	e-SUS	SAS
	8.	Ampliar de 21,46% para 36% a cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde pela Equipe de Saúde Bucal (ESB)	30%	32%	34%	36%	Cobertura populacional estimada pela ESB SISPACTO	Numerador: (Número de ESB x 3450) + (Número de ESB param. + Número de ESB equivalente) x	e-Gestor	SAS

								3000. Denominador: População no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100		
	9.	Ampliar de 03 para 05 o número de Centros de Especialidades Odontológicas	0	0	1	1	Número de CEO's implantados	Somatório do número de CEO's implantados	SCNES	SAS
	10.	Ampliar de 66.000 para 110.718 atendimentos individuais e coletivos em saúde bucal na APS	92.265	98.416	104.567	110.718	Número de atendimentos individuais e coletivos em saúde bucal na APS	Somatório do número de atendimentos individuais e coletivos em saúde bucal na APS	e-SUS	SAS
	11.	Ampliar de 298.000 para 500.000 o número de procedimentos em saúde bucal na APS	416.590	444.363	472.136	500.000	Número de procedimentos em saúde bucal	Somatório do número de procedimentos em saúde bucal	e-SUS	SAS
	12.	Ampliar de 24.600 para 54.000 os procedimentos especializados em saúde bucal	30.000	36.000	43.200	54.000	Número de procedimentos especializados em saúde bucal	Somatório do número de procedimentos especializados em saúde bucal	DATASUS	SAS
	13.	Aumentar de 45,14% para 90% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Auxilio Brasil	60%	70%	80%	90%	Percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Auxilio Brasil	Numerador: Nº total de beneficiários do Programa Auxilio Brasil a serem acompanhados. Denominador: Nº total de beneficiários do Programa Auxilio Brasil acompanhados. Fator de multiplicação: 100	e-Gestor – Bolsa Família	SAS
	14.	Aumentar de 57.078 para 66.141 o número de alunos beneficiados com o Programa Saúde na Escola (PSE)	59.933	62.992	62.992	66.141	Número de alunos beneficiados com o PSE	Somatório do número de alunos beneficiados com o PSE	e-SUS	SAS

	DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES									
EIXO I - SAÚDE COMO DIREITO	**Diretriz 1 -** Garantir o acesso da população às ações, serviços de saúde, a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, vigilância em saúde e atenção especializada.									
		META	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**INDICADOR**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**FONTE**	**ENVOLVIDOS**
Objetivo 2: Implementar e fortalecer as ações de Vigilância em Saúde para Promoção, Prevenção, Controle de Doenças e Agravos.	15.	Alcançar 100% dos registros de óbitos alimentados no SIM até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	100%	100%	100%	100%	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. (PQAVS/ PPA)	Numerador: Total de óbitos notificados até 60 dias após o final do mês de ocorrência, por local de residência. Denominador: Total de óbitos esperados (estimados). Fator de multiplicação: 100.	SIM	SVES
	16.	Alcançar 90% de alimentação dos registros de nascidos vivos no SINASC até 60 dias após o final do mês de ocorrência.	90%	90%	90%	90%	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência. (PQAVS)	Numerador: Total de nascidos vivos notificados no SINASC até 60 dias após o final do mês de ocorrência por local de residência. Denominador: Total de nascidos vivos esperados (estimados). Fator de multiplicação: 100.	SINASC	SVES
	17.	Atingir 95% de proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	95%	95%	95%	95%	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida (SISPACTO)	Numerador: Total de óbitos não fetais com causa básica definida* Denominador: Total de óbitos não fetais. Fator de multiplicação: 100	SIM	SVES
	18.	Aumentar o cumprimento de zero para 16 metas das vacinas do calendário nacional de vacinação preconizadas pelo MS.	4	8	12	16	Cobertura vacinal do calendário nacional com meta preconizada alcançada. (PLANO DE GOVERNO)	Numerador: Total das Vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada pelo Ministério Da saúde .Denominador: Nº de vacinas selecionadas Fator de multiplicação: 100	SIPNI	SVES
	19.	Assegurar 80% de salas de vacina com alimentação mensal das doses aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos no SI-PNI, com dados individualizados por residência.	80%	80%	80%	80%	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 NacioFnal de Imunizações com	Numerador: Número de salas de vacina do município com alimentação mensal, no sistema de informação de dados individualizados por residência, das doses de vacinas aplicadas e da movimentação dos	SIPNI	SVES

							dados individualizados, por residência. (PQAVS)	imunobiológicos (Registro do Vacinado / Movimentação de Imunobiológico). Denominador: Número de salas de vacina ativas no município, constantes do cadastro do sistema de informação do PNI, no período avaliado. Fator de multiplicação: 100.		
	20.	Alcançar o percentual de 80% de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	80%	80%	80%	80%	Percentual de casos de doenças de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação (PPA)	Numerador: Total de registros de DNC, por unidade de residência, encerrados dentro de 60 dias a partir da data de notificação. Denominador: Total de registros de DNC, por unidade de residência, notificados no período da avaliação. Fator de multiplicação: 100.	SEMUS	SVES
	21.	Atingir 70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno.	70%	70%	70%	70%	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno. (PQAVS)	Numerador: Número total de casos autóctones de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 48 horas, após o início dos primeiros sintomas, somado ao número total de casos importados de malária, notificados em determinado município, sob tratamento em até 96 horas, após o início dos primeiros sintomas, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado. Denominador: Número total de casos de malária sintomáticos por local de notificação, excluídas as Lâminas de Verificação de Cura (LVC), na data de referência do ano considerado. Fator de multiplicação: 100.	SEMUS	SVES
	22.	Manter a ausência de casos autóctones de malária.	0	0	0	0	Número de casos autóctones de malária (SISPACTO)	Somatório do número de exames positivos de malária (códigos B50 a B54 da CID – 10) por local provável de infecção, excluídas	SEMUS	SVES

								LVC.		
	23.	Realizar 04 ciclos de visita domiciliar, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	4	4	4	4	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. (PQAVS/SISPACTO)	1º passo – Cobertura por ciclo Numerador: nº de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle das Arboviroses Denominador: Nº de imóveis existentes da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100. 2º passo – Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados.	SEMUS	SVES
	24.	Realizar 04 de ciclos de LIRA (levantamento de índice rápido de Aedes aegypti) por o ano.	04	04	04	04	Número de ciclos de Lira (levantamento de índice rápido de Aedes aegypti) realizados por ano.	Somatório do número de ciclos de Lira realizados por ano para o controle das Arboviroses.	SISPNCD	SVES
	25.	Examinar 82% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes.	82%	82%	82%	82%	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. (PQAVS)	Numerador: Número de contatos dos casos novos de hanseníase examinados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes – Paucibacilar e Multibacilar. Denominador: Total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados, por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes – Paucibacilar e Multibacilar. Fator de multiplicação: 100.	SINANNET	SVES
	26.	Atingir 88% de proporção de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes.	88%	88%	88%	88%	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (SISPACTO)	Numerador: Número de casos novos de hanseníase residentes e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano de avaliação e MB diagnosticados dois anos antes ao ano de avaliação) e curados até 31/12 do ano de avaliação. Denominador: Número total de casos novos residentes em	SINANNET	SVES

								determinado local e diagnosticados nos anos das coortes. Fator de multiplicação: 100.		
	27.	Examinar 70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	70%	70%	70%	70%	Proporção de contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial. (PQAVS)	Numerador: Número de contatos examinados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliados. Denominador: Número de contatos registrados dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, no período e local de residência avaliados. Fator de multiplicação: 100.	SINANNET	SVES
	28.	Atingir 95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.	95%	95%	95%	95%	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida. (PQAVS)	Numerador: Total de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida, por município de notificação. Denominador: Total de casos notificados por município de notificação. Fator de multiplicação: 100.	SINANNET	SVES
	29.	Ampliar para 65 o número de unidades de saúde notificadoras de violência interpessoal e autoprovocada.	40	50	60	65	Nº de unidades de saúde notificadoras de violência interpessoal e autoprovocada (PPA)	Somatório do número de unidades de saúde notificadoras de violência interpessoal e autoprovocada	SINANNET	SVES
	30.	Investigar 90% dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF).	90%	90%	90%	90%	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados (SISPACTO)	Numerador: Total de óbitos de MIF investigados, no módulo de investigação do SIM. Denominador: Total de óbitos de MIF no módulo de investigação do SIM. Fator de multiplicação: 100.	SIM	SVES
	31.	Manter ações de Vigilância em Saúde	12	12	12	12	Ações de Vigilância em Saúde	Somatório do número de ações de vigilância em saúde realizadas	SVES	SVES/SEMUS
	32.	Ampliar em 15% o número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.	19.570	22.506	25.882	29.764	Número de testes de HIV realizado. (PQAVS)	Somatório do número de testes realizados para o diagnóstico de HIV, por ano e município de residência.	SIA/SUS	SVES SAS SARS

	33.	Alcançar o número de 48.523 testes rápidos realizados para detecção de sífilis e HIV.	36.456	40.102	44.112	48.523	Nº de testes rápidos realizados para detecção de sífilis e HIV (PPA/ PREVINE)	Somatório do número de testes rápidos realizados para detecção de sífilis e HIV, por ano e município de residência.	SIA/SUS e-SUS	SVES SAS
	34.	Reduzir de 148 para 60 o número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade. (Ano Base 2019 com Percentual de redução de 20% ao ano)	118	94	75	60	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade (SISPACTO)	Somatório do número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade.	SINAN	SVES SAS
	35.	Reduzir de 03 para zero o número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. (Ano Base 2019)	2	1	1	0	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos (SISPACTO)	Somatório do número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.	SINAN SICLOM SIM IBGE	SVES SAS
	36.	Reduzir em 5% o número de óbitos por causa básica AIDS *Ano base (2019): 109 óbitos Fonte: SIM/SVES	104	99	94	89	Número de óbitos por causa básica AIDS	Somatório do número de óbitos por causa básica AIDS	SIM	SVES
	37.	Aumentar para 5.889 o número de fiscalizações sanitárias realizadas.	5.439	5.589	5.739	5.889	N° de fiscalizações sanitárias realizadas (PPA)	Somatório do número de fiscalizações sanitárias realizadas	SIVIS	SVES
	38.	Realizar 684 coletas de amostras de água para consumo humano por ano.	684	684	684	684	N° de coletas de amostras de água para consumo humano (PPA).	Somatório do número de coletas de amostras de água para consumo humano	SISAGUA	SVES
	39.	Manter 100% de identificação, cadastramento e lançamento de áreas de risco no sistema de informação, conforme classificação de áreas do SISSOLO.	100%	100%	100%	100%	Percentual de identificação de áreas de risco e cadastros inseridos no SISSOLO.	Número de áreas identificadas /Número de cadastros realizados X 100	SISSOLO	SVES
	40.	Preencher o campo “Ocupação” em 95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).	95%	95%	95%	95%	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. (PQAVS/SISPACTO/PPA)	Numerador: Número de notificações de agravos com o campo “Ocupação” preenchido de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) correspondente,	SINANNET	SVES

								na versão disponibilizada pelo SINAN, excluindo-se campo preenchido como ignorado, em determinado ano e local de notificação do caso. Denominador: Número total de casos de agravos relacionados ao trabalho notificados, em determinado ano e local de notificação. Fator de multiplicação: 100.		
	41.	Implementar ações da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em São Luís e municípios da área de abrangência do CEREST Regional	90%	90%	100%	100%	Percentual de alcance da pontuação mínima do Instrumento Federal de Avaliação da Qualidade de Atuação dos CEREST's (Qualifica CEREST)	Numerador: Pontuação alcançada a cada avaliação quadrimestral. Denominador: Pontuação mínima estabelecida em Instrumento Federal (100 pontos). Fator de multiplicação: 100.	CGSAT/MS	SVES SES CEREST
	42.	Realizar a imunização de cães e gatos contra raiva.	80%	85%	90%	95%	Percentual de cães e gatos imunizados contra raiva anualmente	Numerador: número de cães e gatos imunizados contra raiva. Denominador: número de cães e gatos expostos a raiva. Fator de multiplicação: 100.	SEMUS	SVES UVZ SES
	43.	Reduzir em 30% a incidência do calazar canino	30%	25%	15%	5%	Percentual de casos novos de calazar canino	Numerador: número de casos novos de cães com calazar Denominador: população de cães Fator de multiplicação: 100.	UVZ/SEMUS	SVES UVZ SES

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES										
EIXO I - SAÚDE COMO DIREITO	**Diretriz 1 -** Garantir o acesso da população às ações, serviços de saúde, a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, vigilância em saúde e atenção especializada.									
		META	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**INDICADOR**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**FONTE**	**ENVOLVIDOS**
Objetivo 3: Ampliar e qualificar o acesso da população às ações de Atenção Especializada.	44.	Implantar 04 Centros de Referências especializados em consultas e exames (CRECE).	1	1	1	1	Número de CRECE implantado	Somatório do número de CRECE implantado	SEMUS	SARS
	45.	Realizar 3.233.860 exames laboratoriais na gestão municipal	2.227.177	2.672.612	2.939.873	3.233.860	Número de exames laboratoriais realizados na gestão municipal	Somatório do número de exames laboratoriais realizados na gestão municipal	SEMUS	SARS/LACEM
	46.	Implantar 1 núcleo de gestão da qualidade e biossegurança.	1	0	0	0	Número de Núcleos Implantados	Somatório do número núcleos implantados	SEMUS	SARS/LACEM
	47.	Implantar 01 Laboratório de Microbiologia no LACEM	1	0	0	0	Número de Laboratórios de Microbiologia implantados	Somatório do número de Laboratórios de Microbiologia implantados	SEMUS	SARS/LACEM
	48.	Implantar 01 Laboratório de Biologia Molecular no LACEM	1	0	0	0	Número de Laboratórios de Biologia Molecular implantados	Somatório do número de Laboratórios de Biologia Molecular implantados	SEMUS	SARS/LACEM
	49.	Ampliar a capacidade instalada em APH Atendimento Pré-Hospitalar móvel, em atenção às normativas ministeriais, considerando o aumento da população.	46.494	47.494	48.494	49.494	Número de atendimentos realizados pela equipe do SAMU	Somatório do número de atendimentos realizados pela equipe do SAMU	SEMUS	SARS/SAMU
	50.	Implantar 16 leitos psiquiátricos (8 adultos e 8 infantis) em hospital geral	16	0	0	0	Número de leitos psiquiátricos adultos e infantis implantados.	Somatório do número de leitos psiquiátricos, adultos e infantis implantados	SEMUS	SARS
	51.	Implantar 100% de matriciamento em Saúde Mental nas unidades básicas municipais	25%	50%	75%	100%	Percentual de matriciamento em Saúde Mental implantado SISPACTO	Numerador: Número de UBS com matriciamento em Saúde Mental. Denominador: Número total de UBS do município. Fator de multiplicação: 100	SEMUS	SARS

	52.	Implantar 04 Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental	2	2	0	0	Número de equipes de Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental implantadas.	Somatório do número de equipes de Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental implantadas	SEMUS	SARS
	53.	Manutenção dos Serviços de atendimento aos usuários da Rede de Atenção Psicossocial	51.600	54.180	56.889	59.734	Número de atendimentos ambulatoriais especializados na Rede de Atenção Psicossocial	Somatório do número de atendimentos ambulatoriais especializados na Rede de Atenção Psicossocial	SEMUS	SARS
	54.	Ampliar para 50.300 o número de atendimentos a pessoas com deficiências temporárias e permanentes	47.900	48.500	49.000	50.300	Número de atendimentos a pessoas com deficiências temporárias e permanentes	Somatório do número de atendimentos a portadores de deficiências temporárias e permanentes	SEMUS	SARS
	55.	Aumentar de 10% para 100% a aquisição dos medicamentos e materiais médicos hospitalares padronizados	80%	100%	100%	100%	Percentual de aquisição de medicamentos e materiais médicos hospitalares padronizados	Numerador: número de medicamentos e materiais médicos hospitalares padronizados adquiridos. Denominador: número total de medicamentos e materiais médicos hospitalares padronizados. Fator de multiplicação: 100	SEMUS	SARS/AF SUMAPA

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES										
EIXO I - SAÚDE COMO DIREITO	**Diretriz 1 -** Garantir o acesso da população às ações, serviços de saúde, a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, vigilância em saúde e atenção especializada.									
OBJETIVOS	**META**		**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**INDICADOR**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**FONTE**	**ENVOLVIDOS**
	56.	Garantir a dispensação de 100% dos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	90%	100%	100%	100%	Percentual de dispensação dos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	Numerador: número de medicamentos dispensados do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica Denominador: Número total de medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Fator de multiplicação: 100	SEMUS	SARS/AF
	57.	Aumentar de 10% para 100% o fornecimento de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica padronizados na REMUME, de acordo com o perfil da unidade.	50%	60%	80%	100%	Percentual de fornecimento de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica padronizados na REMUME	Numerador: número de medicamentos fornecidos da lista REMUME. Denominador: número de medicamentos total da lista REMUME. Fator de multiplicação: 100	SEMUS	SARS/AF SUMAPA
	58.	Estruturar 50 farmácias das Unidades Básicas de Saúde	5	10	15	20	Número de farmácias básicas estruturadas	Somatório do número de Farmácias básicas estruturadas	SEMUS	SARS/AF SAS
	59.	Aumentar de 10% para 100% o percentual de unidades de saúde municipais com farmacêuticos durante todo o horário de funcionamento.	40%	60%	80%	100%	Percentual de unidades com farmacêuticos durante todo horário de funcionamento	Numerador: número de unidades com farmacêutico durante todo horário de funcionamento. Denominador: número total de unidades de saúde. Fator de multiplicação: 100.	SEMUS	SARS/AF SAS

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES										
EIXO II - CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCIPIOS DO SUS	**Diretriz 2 -** Fortalecimento da Assistência em saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação e garantido a oferta de serviços de saúde.									
		META	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**INDICADOR**	**MÉTODO DE CALCULO**	**FONTE**	**ENVOLVIDOS**
Objetivo 1: Fortalecer a Assistência em Saúde na Atenção Primária, favorecendo a promoção, a proteção, o diagnóstico e o tratamento.	60.	Aumentar de 19% para 80% a proporção de gestantes com pelo menos 06 consultas de pré-natal realizadas, sendo da 1ª até a 12ª semana de gestação.	50%	65%	70%	80%	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1ª consulta até a 12ª semana de gestação. PREVINE	Numerador: número de gestantes com 6 consultas pré-natal, com a 1ª até 12ª semana de gestação. Denominador: (parâmetro de cadastro/ população IBGE x SINASC) **ou** número de gestantes identificadas. Fator de multiplicação: 100	e-SUS	SAS SVES
	61.	Aumentar de 55,2% para 60% o percentual de nascidos vivos por parto normal.	56%	58%	59%	60%	Proporção de parto normal no SUS e Saúde Suplementar	Numerador: número de nascidos vivos de mães que tiveram parto normal. Denominador: Total de nascidos vivos de mães de residentes. Fator de multiplicação: 100	SIM SINASC Painel de Monitoramento SVS	SAS SVES

	62.	Reduzir em 3% ao ano a Razão de Mortalidade Materna-RMM	43,28	41,98	40,72	39,49	Razão de mortalidade materna	Numerador: Nº de óbitos maternos declarados residentes. Denominador: nº de nascidos vivos de mães residentes. Fator de multiplicação: 100.000	SIM/SINASC / Painel de Monitoramento SVS	SAS SVES
	63.	Reduzir em 3% ao ano a Taxa de Mortalidade Infantil-TMI	9,76	9,46	9,17	8,89	Taxa de mortalidade infantil	Numerador: Nº de óbitos de residentes <1 ano. Denominador: nº de nascidos vivos de mães residentes. Fator de multiplicação: 1.000	SIM/SINASC / Painel de Monitoramento SVS	SAS SVES
	64.	Ampliar de 0,23 para 0.35 a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	0.24	0.25	0.30	0.35	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	Numerador: Nº de exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres de 25 a 64 anos na população residente. Denominador: população feminina da mesma faixa etária	DATASUS/ SISCAN	SAS
	65.	Ampliar de 0.21 para 0.40 a razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos.	0.25	0.30	0.35	0.40	Razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos.	Numerador: Nº de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente. Denominador: população feminina da mesma faixa etária	DATASUS/ SISCAN	SAS

	66.	Implantar plano operativo da saúde integral da população LGBTQIAP+	1	0	0	0	Numero de plano operativo da saúde integral da população LGBTQIAP+implantado	Somatório do número de plano operativo implantado	SEMUS	SAS SEDS
	67.	Implantar plano operativo da saúde integral da população negra	1	0	0	0	Numero de plano operativo da saúde integral da população negra implantado	Somatório do número de plano operativo implantado	SEMUS	-
	68.	Ampliar de 18% para 90% o percentual de gestante com pré-natal na APS com atendimento odontológico realizado	60%	70%	80%	90%	Proporção de gestante com pré-natal na APS com atendimento odontológico realizado PREVINE	Nº de gestantes com pré-natal na APS e atendimento odontológico / Parâmetro de cadastro/População IBGE x SINASC ou Nº gestantes identificadas	e-SUS / e-Gestor	SAS
	69.	Ampliar de 7.150 para 10.645 o número de atendimentos em saúde às populações em risco de vulnerabilidade social	7.300	8.050	9.257	10.645	Número de atendimentos realizados pela Equipe de Consultório na Rua	Somatório do número de atendimentos realizados pela Equipe de Consultório na Rua	e-SUS	SAS SARS
	70.	Ampliar de 3% para 90% o percentual de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica com pressão arterial aferida	50%	60%	70%	90%	Proporção de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial com pressão arterial aferida PREVINE	Numerador: número de hipertensos com PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses. Denominador: Parâmetro de Cadastro x% hipertensos PNS ou Nº hipertensos identificados. Fator de multiplicação: 100.	e-SUS / e-Gestor	SAS/ Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
	71.	Ampliar de 5% para 90% o percentual de pessoas com diagnóstico de diabetes com solicitação de hemoglobina glicada	50%	60%	70%	90%	Proporção de pessoas com diagnóstico de diabetes com solicitação de hemoglobina glicada	Numerador: nº diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses. Denominador:	e-SUS / e-Gestor	SAS/ Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

							PREVINE	Parâmetro de Cadastro x% diabéticos PNS ou Nº diabéticos identificados. Fator de multiplicação: 100.		

DIRETRIZES, OBJETIVO S, METAS E INDICADORES										
EIXO II - CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCIPIOS DO SUS		**Diretriz 2 -** Fortalecimento da Assistência em saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação e garantido a oferta de serviços de saúde.								
Objetivo 2: Garantir a integralidade da assistência dos serviços de média e alta complexidade aos usuários do SUS.		**META**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**INDICADOR**	**MÉTODO DE CALCULO**	**FONTE**	**ENVOLVIDOS**
	72.	Aumentar o número total de procedimentos ambulatoriais realizados de média e alta complexidade na gestão municipal	7.582.169	7.682.169	7.782.169	7.803.009	Procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade realizados na gestão municipal	Somatório do número de procedimentos de média e alta complexidade realizados na gestão municipal	SEMUS	SARS
	73.	Aumentar para 29.282 o número de atendimentos das equipes do Programa Melhor em Casa	22.000	24.200	26.620	29.282	Número de atendimentos das equipes do Programa Melhor em Casa	Somatório anual do número de atendimentos das equipes do Programa Melhor em Casa	SEMUS	SARS

		DIRETRIZES, OBJETIVO S, METAS E INDICADORES								
EIXO II - CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCIPIOS DO SUS		**Diretriz 2 -** Fortalecimento da Assistência em saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação e garantido a oferta de serviços de saúde.								
		META	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**INDICADOR**	**MÉTODO DE CALCULO**	**FONTE**	**ENVOLVIDOS**
OBJETIVO 3: Garantir a oferta de serviços por meio do fortalecimento do Sistema de Regulação.	74.	Melhorar o alcance para 95% as metas contratualizadas pelos prestadores do SUS da rede conveniada e contratada.	80%	85%	90%	95%	Percentual de alcance das metas contratualizadas pelos prestadores SUS no período	Numerador: Valor financeiro produzido no período. Denominador: Valor financeiro contratualizado no período. Fator de multiplicação: 100	SIA/SIH	SCRAA
	75.	Realizar auditorias quadrimestrais em 100% dos Prestadores de Serviços do SUS conveniados e contratados	100%	100%	100%	100%	Percentual de prestadores de Serviços SUS conveniados e contratados auditados no período	Numerador: Número de prestadores de Serviços SUS conveniados e contratados auditados no período. Denominador: Número total de prestadores de Serviços SUS conveniados e contratados no período. Fator de multiplicação: 100	SEMUS	SCRAA
	76.	Alcançar o percentual de 80% de leitos da gestão municipal regulados pelo complexo regulador.	30%	50%	60%	80%	Percentual de leitos da gestão municipal regulados no período	Numerador: Número de pacientes internados em leitos de gestão municipal regulados pelo SISREG Hospitalar no período. Denominador: Número de pacientes internados em leitos de gestão municipal no período. Fator de multiplicação: 100	SEMUS	SCRAA

DIRETRIZES, OBJETIVO S, METAS E INDICADORES										
EIXO II - CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCIPIOS DO SUS		**Diretriz 2 -** Fortalecimento da Assistência em saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação e garantido a oferta de serviços de saúde.								
		META	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**INDICADOR**	**MÉTODO DE CÁLCULO**	**FONTE**	**ENVOLVIDOS**
Objetivo 4: Desenvolver as ações de enfrentamento ao Coronavírus, para redução de incidência no município.	77.	Alcançar 90% da cobertura vacinal contra a covid-19 na população-alvo, de acordo com as estratégias e parâmetros estabelecidos pelo Programa Nacional de Imunização (PNI)	90%	90%	90%	90%	Proporção da população-alvo vacinada contra a Covid-19, de acordo com as estratégias e parâmetros estabelecidos pelo Programa Nacional de Vacinação (PNI)	Numerador: Número de pessoas do público-alvo vacinadas contra a Covid-19, segundo esquema vacinal completo do imunizante. Denominador: total de pessoas do público-alvo. Fator de multiplicação: 100	SI-PNI	SVES
	78.	Realizar o monitoramento trimestral de 80% das unidades de saúde, que são referências ou estratégicas para covid-19, referente aos sistemas de informação e ações de vigilância epidemiológica	80%	80%	80%	80%	Percentual de unidades de saúde monitoradas trimestralmente, que são referências ou estratégicas para covid-19, referente aos sistemas de informação e ações de vigilância epidemiológica	Numerador: Número de unidades de saúde monitoradas trimestralmente, que são referências ou estratégicas para a detecção, acompanhamento e resposta à emergência em saúde pública por Covid-19, referente aos sistemas de informação e ações de vigilância epidemiológica. Denominador: total dessas unidades de saúde. Fator de multiplicação: 100	Centro de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde	SVES CIEVS
	79.	Fiscalizar 100% dos estabelecimentos demandados quanto à atenção aos protocolos de enfrentamento ao Coronavírus de acordo com decretos vigentes	100%	100%	100%	100%	Percentual de fiscalizações realizadas em estabelecimentos quanto à atenção aos protocolos de enfrentamento ao Coronavírus	Numerador: número de fiscalizações realizadas. Denominador: número de fiscalizações solicitadas. Fator de multiplicação: 100	SIVIS	SVES

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES										
EIXO II - CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCIPIOS DO SUS	**Diretriz 3 –** Fortalecer a Gestão Pública com aprimoramento do planejamento, gestão de pessoas, educação em saúde e fortalecendo as instâncias de controle social.									
		METAS	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**INDICADOR**	**MÉTODO DE CALCULO**	**FONTE**	**ENVOLVIDOS**
Objetivo 1: Promover a qualificação profissional dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde para aprimoramento das práticas.	80.	Realizar 03 cursos técnicos anuais (técnico em Agente Comunitário de Saúde, curso técnico em vigilância em saúde e curso técnico em saúde bucal)	3	3	3	3	Número de cursos técnicos realizados	Somatório do número de cursos técnicos realizados	SEMUS	SEDS SAS SVES
	81.	Manter a Escola Técnica do SUS e o seu funcionamento	1	1	1	1	Número de escolas mantidas	Somatório do número de escolas mantidas	SEMUS	SEDS
	82.	Aumentar de 3.000 para 4.000 o número de capacitações ao ano	4.000	4.000	4.000	4.000	Número de capacitações realizadas anualmente.	Somatório do número de capacitações realizadas anualmente.	SEMUS/ EGGEM	SEDS
	83.	Realizar 52 cursos por meio das Instituições Conveniadas para os servidores	13	13	13	13	Número de cursos realizados	Somatório do número de cursos realizados	SEMUS/ IES	SEDS
	84.	Assinar 03 convênios com Instituições de saúde e/ou Instituições de ensino superior públicas e/ou privadas voltadas aos programas de residências multidisciplinares.	1	1	1	0	Número de convênios Assinados	Somatório do número de convênios Assinados	SEMUS	SEDS
	85.	Reativar 01 Comitê de Ética Municipal	1	0	0	0	Número de Comitês de Ética Municipal reativados	Somatório do número de Comitês de Ética Municipal criados	SEMUS	SEDS
Objetivo 2: Estruturar e modernizar a gestão de pessoas e a gestão	86.	Manter os servidores cadastrados em sistema informatizado	100%	100%	100%	100%	Percentual de servidores cadastrados no sistema	Numerador: número de servidores cadastrados no sistema.	SEMUS	SUPDAM

da informação.								Denominador: número total de servidores. Fator de multiplicação: 100		
	87.	Produzir 12 relatórios gerenciais com informações estratégicas na Ouvidoria	3	3	3	3	Número de relatórios gerenciais produzidos	Somatório do número de relatórios gerenciais produzidos	SEMUS	SEDS/Ouvidoria
Objetivo 3: Fortalecer os espaços de gestão compartilhada e descentralizada para o desenvolvimento das ações de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, apoiando a transparência e o controle social.	88.	Realizar 3 Conferências de Saúde (2 Conferências Municipais de Saúde e 1 Conferência preparatória para a Conferência Nacional de Saúde)	1	1	0	1	Número de conferências realizadas	Somatório do número de conferências realizadas	CMS	CMS
	89.	Realizar 12 Reuniões Ordinárias do CMS anualmente	12	12	12	12	Número de reuniões realizadas	Somatório do número de reuniões realizadas	CMS	CMS
	90.	Alcançar o nível 4 em escala com 5 níveis (1-Muito pouco; 2-Pouco; 3-Razoável; 4-Bom; 5-Excelente) em relação ao desempenho do CMS no envolvimento comunitário.	4	4	4	4	Desempenho do CMS no envolvimento comunitário	Média do nível de desempenho do CMS no envolvimento comunitário anualmente	CMS	CMS

DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES										
EIXO III – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE DO SUS	**Diretriz 4 –** Garantir o financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde, melhorando o padrão de gastos e qualificando o financiamento tripartite em saúde.									
Objetivo 1: Garantir os investimentos em ações e serviços de saúde, ampliando o cofinanciamento, a captação de recursos e aumentando a eficiência dos gastos da saúde.		**METAS**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**INDICADOR**	**MÉTODO DE CALCULO**	**FONTE**	**ENVOLVIDOS**
	91.	Reformar 13 unidades de laboratório	4	3	3	3	Unidades reformadas	Somatório do número de unidades reformadas	SEMUS	SUPDAM SARS/LACEM
	92.	Garantir recursos para custeio e investimento na SEMUS mensalmente	12	12	12	12	Recursos destinados para custeio e investimento na SEMUS	Número de serviços executados/número de serviços previstos X 100	SEMUS	SUPDAM

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel. Brasil 2013**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério de Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais. **Mortalidade.** 2021. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ma.def. Acesso em: Acesso em: 03 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. SARGSUS. **Relatório Anual de Gestão – São Luís**. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus. Acesso em: 21 maio. 2021.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **TD 0996 - O Sistema Classificatório de Cor ou Raça do IBGE.** 2021. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4212. Acesso em: 06 de jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Manuais Gestores e Profissionais de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. In: IBGE. Sidra: sistema IBGE de recuperação automática. Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/. Acesso em: 10 abr.2021.

OLIVEIRA, I. M. **Ouvidoria-geral do município do Recife**: exemplo de inovação na gestão pública. Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman – Ano 1 – nº 1 – 2017/2018. P.209-217

WHO -World Health Organization. **Report on the global tobacco epidemic, 2008**: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2009.