PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2018 - 2021

São Luís - MA

2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LUÍS

Edvaldo Holanda Junior
Prefeito Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Luís Carlos de Assunção Lula Filho
Secretário Municipal de Saúde

Natália Ribeiro Mandarino
Secretária Adjunta de Ações e Serviços de Saúde

Dila Fonseca de Lima Campos
Secretária Adjunta de Administração e Finanças

Alexandre Pereira Santos
Superintendente de Programação e Avaliação das Ações de Saúde

Charles Adriano Pereira Pinheiro
Superintendente da Rede de Assistência de Saúde

Teresinha de Jesus Jardim Dutra Lobo
Superintendente de Vigilância Epidemiológica e Sanitária

Sabrina Furtado Cunha Araújo
Superintendente de Ações em Saúde

Joserina Feitosa Belfort
Superintendente de Educação em Saúde

João Muricy Silva Nunes
Superintendente de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria

Rodrigo José Mendes Fernandes
Superintendente de Administração

ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Superintendência de Programação e Avaliação das Ações de Saúde

Arnaldo Muniz Garcia
Ana Paula Costa Ramos
Clarissa Almeida do Nascimento
Elzimar Maria Cirqueira Lopes
Francelena de Sousa Silva
Francisca Nogueira da Silva
Lindinalda Farias Duarte da Silva
Newton Alexsandro Silva Mendonça
Robério A.Alencar Rafael
Rose Mary Arouche
Zauli Santos Serra Costa

Superintendência da Rede de Assistência de Saúde

Ana Paula Borges Gomes – **Responsável Técnica na Rede**
Edinaldo Pontes da Silva- **Responsável Técnico na Rede**
Thessia Leal Rocha - **Responsável Técnica na Rede**
Eliane Pereira Pinheiro- **Coordenadora de Remoção e Atendimento de Urgência e Emergência**
Carla Priscila Mendes Barros - **Diretora Geral do SAMU**
Liana Cristina Martins Freire- **Coordenadora de Saúde Mental**
Yole Saraiva Azevedo- **Diretora Administrativa do Hospital Dr. Odorico Amaral de Mattos**
Cassia Raquel Santos- **Central Interna de Ambulância**
Ana Carolina Azobel Helal Cardoso– **Fisioterapeuta/Hospital Dr. Odorico Amaral de Mattos**

Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária

Karoena Carlos Santana Vieira - **Coordenadora da Vigilância Epidemiológica**
Wendel Alencar de Oliveira - **Coordenador do Programa Municipal DST/AIDS e Hepatites Virais**
João Batista Pires - **Coordenador da Vigilância em Zoonoses**
Zilmar Gomes Pinheiro Rodrigues - **Coordenadora de Vigilância Sanitária**
Lorena Paraiso - **Coordenadora de Vigilância em Saúde Ambiental**
Joyce Ferreira - **Coordenadora CEREST Regional São Luís**
Karla Abreu - **Diretora Administrativa do CEREST Regional São Luís**
Mojacy Nobre de Matos - **Divisão de Doenças Transmissíveis**
Patrícia Edna Ramada Seguins - **Divisão de Doenças Não Transmissíveis**
Charlene Alves Luso - **Divisão de Imunização**
Allyson Roberth Nunes Sousa - **Divisão de Fiscalização Sanitária**
Edmar Mário Ribeiro Filho - **Divisão de Cadastro e Informação**
Rosilda Andréa Rodrigues Ramo - **Divisão de Controle de Vetores**
Florinda Pinheiro Alves - **Divisão de Controle e Profilaxia da Raiva**
Alan Calvet - **Divisão de Controle de Roedores**
Raimundo Farias Rodrigues - **Vigilância das Endemias**
Pedro Souza Tavares - **Programa de Controle da Dengue**
Maria Socorro da Silva - **Vigilância das Arboviroses**
Elza Lima - **Vigilância da Tuberculose e Hanseníase**

Superintendência de Ações em Saúde

Wanessa Cristina Filgueiras Fonseca - **Coordenação de Saúde Comunitária**
Tatiany Gomes Ferreira Fernandes - **Coordenação de Saúde do Adulto e Idoso**
Cleidimar Sousa Cutrim Fonseca - **Coordenação de Assistência Materno Infantil**
Alberto de Jesus Gomes Júnior - **Coordenador da Sala de Apoio à Gestão Estratégia**
Thâmara RodriguesPestana - **Diretora de Divisão da Saúde da Criança e do Adolescente**
Érica Vale Barros Guerra - **Coordenação de Saúde Bucal**
Pâmela Cirqueira Nunes - **Divisão de Assistência Nutricional**
Ximênia Pereira de Sousa Macêdo - **Programa de Saúde do Homem**
Jadilson Silva Neto - **Política de Equidade na Superintendência de Ações em Saúde**
Ana Karina Arruda Abdala - **Programa Saúde na Escola/NASF**
Maria Serenilia Passos Vale - **Programa de Órtese e Prótese**

Superintendência de Educação em Saúde

Walquiria Lemos Soares - **Responsável Técnica na Educação em Saúde**
Janete Nakatani - **Coordenadora da Escola Técnica do SUS**
Guilherme Fernandes **- Coordenador da Ouvidoria do Sistema Municipal de Saúde**
Rosicler Guimarães Malta **- Coordenadora de Desenvolvimento de Recursos Humanos**
Marinete Rodrigues de Farias **- Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente Central**
Jane Eire Silva de Oliveira - **Coordenadora de Comunicação**

Superintendência de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria

Alexandre Gomes dos Santos - **Auditor**
Alynne Pinheiro Ribeiro Trindade - **Coordenadora da Central de Leitos**
Ana Tereza Joaquim - **Coordenadora da Auditoria**
Icelna Bianca Cunha Marques - **Técnica Executiva da Coordenação de Programação e Avaliação**
Carla Viviane Araújo Rodrigues - **Coordenadora do Cadastro**
Francynilde Moraes Cruz Costa - **Auditora**
Geildo Rocha Rodrigues - **Coordenador de Processamento SIA/SIHD**
Harlem Ronald Cantanhede Rocha - **Coordenador de Programação e Avaliação**
Herbeth Santos Malheiros Bezerra - **Coordenador de Regulação Ambulatorial**
Leandro José Serra Cantanhede -- **Coordenador da Assessoria Jurídica**
Maria do Rosário de Fátima Barbosa Moraes - **Técnica da Coordenação de Programação e Avaliação**
Patrícia Maria Furtado Bacelar Couto Braga - **Coordenadora do Tratamento Fora do Domicílio**

Superintendência de Administração

Daniel Narjaro Reis de Souza - **Diretor Orçamentário e Financeiro**

Conselho Municipal de Saúde

Jean Marie A. e. Van Damme
Marcelina Soares Lindoso

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	População geral, por gênero, rural/urbano e taxa de urbanização, em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010	32
Tabela 02	Estrutura etária da população de São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010	32
Tabela 03	Total de nascimento, São Luís/MA, 2011 a 2017	34
Tabela 04	Nascidos vivos por tipo de parto. São Luís/MA, 2011 a 2017	34
Tabela 05	Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano diagnóstico, 1980 a 2017, São Luís/MA	36
Tabela 06	Perfil demográfico de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico, 1980 a 2017, São Luís/MA	37
Tabela 07	Casos notificados de AIDS em menores de 5 anos, São Luís/MA, 2013 a 2017	38
Tabela 08	Casos de HIV em gestante, São Luís/MA, 2013 a 2017	39
Tabela 09	Óbitos por AIDS, São Luís/MA, 2013 a 2017	40
Tabela 10	Frequência por ano de notificação, segundo agravos notificados. São Luís/MA, 2013 a 2017	41
Tabela 11	Casos novos de hanseníase, coeficiente de detecção. São Luís/MA. 2007 a 2017	45
Tabela 12	Casos novos de hanseníase, segundo faixa etária e proporção entre menores de 15 anos. São Luís – MA. 2007 a 2017	46
Tabela 13	Cura de casos novos de hanseníase. São Luís/MA. 2007 a 2017	47
Tabela 14	Distribuição de casos e óbitos de dengue, São Luís/MA, 2013 a 2017	52
Tabela 15	Distribuição de casos e óbitos de chikungunya, São Luís/MA, 2015 a 2017	52
Tabela 16	Distribuição de casos e óbitos de Zika, São Luís/MA, 2013 a 2017	53
Tabela 17	Distribuição do índice de infestação predial de Aedes aegypti obtido na realização do Levantamento de Índice Rápido de Aedes aegypti (LIRAa), São Luís/MA, 2013 a 2017	55
Tabela 18	Casos notificados de PFA/poliomielite, São Luís/MA, 2014 a 2017	57
Tabela 19	Série histórica de LV humano em São Luís/MA, 2010 a 2017	58
Tabela 20	Prédios com controle químico feito, por casos de LV, São Luís /MA, 2016 e 2017	63
Tabela 21	Programa de controle de esquistossomose, São Luís/MA, 2015 a 2017	64
Tabela 22	Distribuição da prevalência de esquistossomose nos bairros de São Luís/MA, 2015 a 2017	65
Tabela 23	Distribuição da espécie agressora nos atendimentos antirrábico humanos, pós-exposição à agressão, São Luís/MA, 2013 a 2017	66
Tabela 24	Evolução dos casos de leptospirose em São Luís/MA, 2013 a 2017	68

Tabela 25	Casos confirmados de meningite por evolução e ano 1º sintomas, Brasil, 2013 a 2017	69
Tabela 26	Casos confirmados de meningite por evolução e ano 1º sintomas, Maranhão, 2013 a 2017	70
Tabela 27	Casos confirmados de meningite por evolução e ano 1º sintomas, São Luís/MA, 2013 a 2017	70
Tabela 28	Número de óbitos por influenza, segundo isolamento viral em São Luís/MA, 2013 a 2017	71
Tabela 29	Casos monitorados de doenças diarreicas agudas em São Luís/MA, 2012 a 2017	72
Tabela 30	Casos de violência interpessoal e autoprovocada notificados em São Luís/MA, 2013 a 2017	75
Tabela 31	Casos de violência interpessoal e autoprovocada, por unidade de saúde, notificados em São Luís/MA, 2013 a 2017	75
Tabela 32	Número de mortes, no Brasil, Nordeste, Maranhão e São Luís, 2013 a 2016	77
Tabela 33	Perfil da escolarização. São Luís/MA, 2015	90
Tabela 34	Indicadores habitação, São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010	93
Tabela 35	Total de localidades, superfície e prédios por zona urbana e rural, São Luís/MA, 2018	93
Tabela 36	Total de localidades, superfície, prédios e habitantes por Distrito, zona urbana, São Luís/MA, 2018	94
Tabela 37	Total de localidades, superfície, prédios e habitantes por Distrito, zona rural, São Luís/MA, 2018	95
Tabela 38	Ocupação da população de 18 anos ou mais. São Luís/MA, 2000 e 2010	111
Tabela 39	Renda, Pobreza e Desigualdade. São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010	112
Tabela 40	Trabalho e Renda, São Luís/MA, 2016	112
Tabela 41	Aspectos econômicos, São Luís/MA, 2014/2015	114
Tabela 42	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010	117
Tabela 43	Taxa de Crescimento e Hiato de Desenvolvimento em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010	118
Tabela 44	Indicadores Sócio demográficos e IDHM, em São Luís, 2010	118
Tabela 45	Vulnerabilidade Social, em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010	119
Tabela 46	Produção ambulatorial do Hospital da Criança. São Luís/MA, 2014 a 2017	150
Tabela 47	Produção hospitalar do Hospital da Criança. São Luís/MA, 2014 a 2017	150
Tabela 48	Produção Ambulatorial, Hospital Djalma Marques - Socorrão I. São Luís/MA, 2014 a 2017	153

Tabela 49	Produção hospitalar, Hospital Djalma Marques - Socorrão I. São Luís/MA, 2014 a 2017	154
Tabela 50	Produção ambulatorial. Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura- Socorrão II. São Luís/MA, 2014 a 2017	157
Tabela 51	Produção hospitalar. Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura- Socorrão II. São Luís/MA, 2014 a 2017	158
Tabela 52	Percentual de nascidos vivos por parto normal, São Luís, 2013 a 2017	166
Tabela 53	Nascidos de mães que realizam 7 ou mais consultas de pré-natal. São Luís, 2013 a 2017	166
Tabela 54	Óbitos maternos de residentes em São Luís/MA, 2013 a 2017	167
Tabela 55	Produção ambulatorial do Centro de Assistência Dom João Antônio Farina. São Luís/MA, 2014 a 2017	189
Tabela 56	Produção ambulatorial do Centro de Saúde Clodomir Pinheiro Costa, São Luís/MA, 2014 a 2017	189
Tabela 57	Produção ambulatorial do Hospital Nina Rodrigues. São Luís/MA, 2014 a 2017	190
Tabela 58	Internação clínica do Hospital Nina Rodrigues. São Luís/MA, 2014 a 2017	190
Tabela 59	Internação clínica da Clinica La Ravardiere. São Luís/MA, 2014 a 2017	190
Tabela 60	Internação clínica da Clinica Santa Martha. São Luís/MA, 2014 a 2017	191
Tabela 61	Produção ambulatorial das Residências Terapêuticas. São Luís/MA, 2014 a 2017	191
Tabela 62	Produção ambulatorial do CAPS (CNES - 3219712). São Luís/MA, 2014 a agosto de 2018	193
Tabela 63	Produção ambulatorial do CAPS AD. São Luís/MA, 2015 a 2018	194
Tabela 64	Metas e resultados alcançados. Setor de Órtese e Prótese. São Luís/MA. 2014 a 2017	196
Tabela 65	Resultado do Inquérito Viva, por unidade de saúde. São Luís/MA, 2017	241
Tabela 66	Casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada notificados. São Luís/MA, 2013 a 2017	242
Tabela 67	Casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada, por unidade de saúde. São Luís/MA, 2013 a 2017	242
Tabela 68	Cobertura vacinal em crianças de um ano de idade. São Luís/MA, 2013 a 2017	245

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Caracterização do território de São Luís/MA	30
Quadro 02	Casos confirmados de LV por bairro e distrito, São Luís/MA, 2016 a 2017	58
Quadro 03	Distribuição do número de cães e gatos vacinados. São Luís/MA, 2013 a 2017	67
Quadro 04	Distribuição do número de cães e gatos vacinados, por Distrito. São Luís/MA, 2013 a 2017	67
Quadro 05	Óbitos por residência e causas (CID 10), São Luís/MA, 2013 a 2016	77
Quadro 06	Óbitos por residência e faixa etária, São Luís/MA, 2013 a 2016	78
Quadro 07	Óbitos por residência e causas (CID 10), por faixa etária, São Luís/MA, 2016	79
Quadro 08	Óbitos por residência por capítulo e sexo, São Luís/MA, 2016	80
Quadro 09	Óbitos por residência, causas externas (Grupo CID-10) e ano. São Luís/MA, 2013 a 2019	81
Quadro 10	Óbitos infantis por residência e capítulo CID-10, São Luís/MA, 2013 a 2016	82
Quadro 11	Mortalidade infantil e fetal por óbitos totais e evitáveis, São Luís/MA, 2013 a 2018	83
Quadro 12	Óbitos maternos por residência, São Luís/MA, 2013 a 2017	84
Quadro 13	Número de óbitos notificados e investigados, residentes em São Luís/MA, 2015 a 2017	85
Quadro 14	Distrito Centro/Zona Urbana. Superfície – 42Km². São Luís/MA. 2018	95
Quadro 15	Distrito Itaqui Bacanga/Zona Urbana. Superfície – 35 km². São Luís/MA. 2018	96
Quadro 16	Distrito Itaqui Bacanga/ Zona Rural. Superfície – 97 Km². São Luís/MA. 2018	97
Quadro 17	Distrito Coroadinho/Zona Urbana. Superfície – 75 Km². São Luís/MA. 2018	99
Quadro 18	Distrito Coroadinho/Zona Rural. Superfície – 19 Km². São Luís/MA. 2018	100
Quadro 19	Distrito: Cohab /Zona Urbana. Superfície – 83 Km². São Luís/MA. 2018	101
Quadro 20	Distrito Cohab/Zona Rural. Superfície – 11 Km². São Luís/MA. 2018	102
Quadro 21	Distrito Bequimão/Zona Urbana. Superfície – 103 Km². São Luís/MA. 2018	103
Quadro 22	Distrito Bequimão/Zona Rural. Superfície – 02 Km². São Luís/MA. 2018	104
Quadro 23	Distrito Tiririca /Zona Urbana. Superfície – 95 Km². São Luís/MA. 2018	105
Quadro 24	Distrito Tiririca/Zona Rural. Superfície – 52 Km². São Luís/MA. 2018	106
Quadro 25	Distrito Vila Esperança/Zona Urbana. Superfície – 04 Km^2. São Luís/MA. 2018	107
Quadro 26	Quadro 25 - Distrito Vila Esperança /Zona Rural – Superfície – 182 Km^2. São Luís/MA. 2018	108
Quadro 27	Distribuição de Unidades de Saúde e Equipes de Atenção Básica por Distrito Sanitário. São Luís/MA, 2017	122

Quadro 28	Número de habitantes, unidades de saúde, unidades de saúde com ESF, percentual de cobertura de ESF, número de ACS, percentual de cobertura de ACS, por distrito em São Luís/MA, 2017	125
Quadro 29	Ampliação da cobertura anual de ESF. São Luís/MA, 2014 a 2017	126
Quadro 30	Distribuição das equipes de NASF por UBS Pólo e equipes matriciadas por Distrito. São Luís/MA, 2017	127
Quadro 31	Equipes de AB e SB, segundo Ciclo PMAQ. São Luís/MA	130
Quadro 32	Metas e resultados alcançados no PSE. São Luís/MA, 2014 a 2017	132
Quadro 33	Metas e resultados alcançados referentes ao PBF. São Luís/MA, 2014 a 2017	134
Quadro 34	Estado nutricional de crianças. São Luís/MA. 2014 a 2017	136
Quadro 35	Estado nutricional de adolescentes. São Luís/MA. 2014 a 2017	137
Quadro 36	Estado nutricional de adultos. São Luís/MA. 2014 a 2017	138
Quadro 37	Estado nutricional de gestantes. São Luís/MA. 2014 a 2017	139
Quadro 38	Estado nutricional de idosos. São Luís/MA. 2014 a 2017	140
Quadro 39	Implantação das Equipe de Saúde Bucal. São Luís/MA, 2018	143
Quadro 40	Procedimentos odontológicos realizados na Atenção Básica. São Luís/MA, 2014 a 2017	143
Quadro 41	Distribuição de leito por clínica, Hospital Djalma Marques - Socorrão I. São Luís/MA, 2018	152
Quadro 42	Distribuição de especialidades e horário de atendimento. Hospital Djalma Marques - Socorrão I. São Luís/MA, 2018	152
Quadro 43	Distribuição de leitos por setor. Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura- Socorrão II. São Luís/MA, 2014 a 2017	156
Quadro 44	Distribuição de leitos por especialidade. Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura- Socorrão II. São Luís/MA, 2014 a 2017	156
Quadro 45	Mortalidade neonatal por tempo de vida. São Luís/MA 2013-2017	161
Quadro 46	Vinculação/referência para gestantes de risco habitual das UBS de São Luís, por maternidade. 2018	163
Quadro 47	Vinculação/referência para gestantes de risco habitual das UBS de Raposa, São José de Ribamar e de Paço do Lumiar, por maternidade. 2018	164
Quadro 48	Vinculação/referência para gestantes de alto risco das UBS, por maternidade, para a região de São Luís. 2018	165
Quadro 49	Atendimento individual por grupo. São Luís/MA. 2014-2017	169
Quadro 50	Atendimento individual por condição de saúde na AB. São Luís/MA. 2014-2017	169
Quadro 51	Percentual de adultos, segundo os fatores de risco para as DCNTs. São	175

	Luís/MA, 2013 a 2016	
Quadro 52	Óbitos por DCNTs em residentes. São Luís/MA, 2014 a 2017	176
Quadro 53	Número de pessoas em tratamento de DRC na região de saúde de São Luís, por Município e serviços existentes, 2017	178
Quadro 54	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Açailância, por Município. 2017	179
Quadro 55	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Bacabal, por Município. 2017	179
Quadro 56	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Barra do Corda, por Município. 2017	179
Quadro 57	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Balsas, por Município. 2017	180
Quadro 58	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Chapadinha, por Município. 2017	180
Quadro 59	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Codó, por Município. 2017	180
Quadro 60	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Itapecuru Mirim, por Município. 2017	180
Quadro 61	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Pedreiras, por Município. 2017	181
Quadro 62	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Pinheiro, por Município. 2017	181
Quadro 63	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Presidente Dutra, por Município. 2017	182
Quadro 64	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Rosário, por Município. 2017	182
Quadro 65	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Santa Inês, por Município. 2017	183
Quadro 66	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Viana, por Município. 2017	183
Quadro 67	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de São João dos Patos, por Município. 2017	184
Quadro 68	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Zé Doca, por Município. 2017	184
Quadro 69	Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes de outros Estados. 2017	184

Quadro 70	Número de equipamentos de hemodiálise, por serviço de assistência à pessoa com DRC. São Luís/MA, 2017	184
Quadro 71	Transplantes renais realizados e fila de espera no Hospital Universitário Presidente Dutra. São Luís/MA, 2015 - 2018	185
Quadro 72	Serviços de referência em hemodiálise por gestão. São Luís, 2017	185
Quadro 73	Estabelecimentos de saúde para confecção de fistula arteriovenosa de acesso à hemodiálise ou implante de cateter para diálise peritoneal. São Luís/MA, 2018	186
Quadro 74	Indicadores de deficiência. Brasil, Nordeste e Maranhão, 2010	199
Quadro 75	Indicadores de deficiência. Região de Saúde de São Luís, 2010	200
Quadro 76	Relação dos estabelecimentos de saúde com serviço de fisioterapia e sua Forma de Gestão. São Luís/MA. 2018	200
Quadro 77	Maternidades com triagem neonatal. São Luís/MA. 2018	201
Quadro 78	Unidades de Pronto Atendimento da Região São Luís. 2018	202
Quadro 79	Estabelecimentos Hospitalares da Região São Luís. 2018	202
Quadro 80	Maternidades de parto habitual e de risco. 2018	203
Quadro 81	Número de procedimentos dos principais agravos característicos na população negra (preta e parda), no atendimento ambulatorial, residentes em São Luís, 2014 a 2017	209
Quadro 82	Morbidade hospitalar relacionada à população negra (preta e parda), internações por capítulo-CID 10 e ano de atendimento, São Luís, 2014 -2017	210
Quadro 83	Mortalidade geral, por causas específicas relacionadas à população negra (preta e parda), São Luís, 2014 a 2017	211
Quadro 84	Série histórica de agravos notificados da população negra (preta e parda), residentes em São Luís, 2014 a 2017	212
Quadro 85	Produção ambulatorial do Hospital da Mulher. São Luís/MA, 2014 a 2017	214
Quadro 86	Produção hospitalar do Hospital da Mulher. São Luís/MA, 2014 a 2017	215
Quadro 87	Exames realizados pelas Unidades de Saúde de São Luís. 2018	217
Quadro 88	Quantidade de medicamentos e material médico dispensados para as farmácias básicas e hospitalares. São Luís/MA, 2016 e 2017	221
Quadro 89	Número de estabelecimentos, profissionais, serviços e equipamentos existentes no SUS, São Luís/MA, 2014 a 2017	226
Quadro 90	Unidades de Saúde com serviços de autorização de consultas e exames. São Luís/MA, 2018	228
Quadro 91	Número de usuários atendidos e procedimentos realizados, por meio da regulação ambulatorial, na gestão municipal. São Luís/MA, 2014-2017	229
Quadro 92	Melhora dos processos de trabalho na central de marcação de consultas. São	230

	Luís/MA. 2018	
Quadro 93	Usuários atendidos por meio da regulação na gestão municipal. São Luís/MA, 2014-2017	231
Quadro 94	Atendimentos realizados pelo TFD. São Luís/MA, 2014 a 2017	233
Quadro 95	Ações realizadas, SCRAA. São Luís/MA, 2014 a 2018	235
Quadro 96	Número de auditores, segundo formação, SCRAAS. São Luís/MA, 2018	237
Quadro 97	Fiscalizações realizadas pela vigilância sanitária, segundo serviços. São Luís/MA, 2013 a 2017	258
Quadro 98	Licenciamentos emitidos pela vigilância sanitária, segundo serviços. São Luís/MA, 2013 a 2017	259
Quadro 99	Arrecadação anual pela vigilância sanitária. São Luís/MA, 2013 a 2017	260
Quadro 100	Agravos notificados, relacionados à saúde do trabalhador. São Luís/MA, 2013 a 2017	264
Quadro 101	Percentual, em aplicação, em ações e serviços de saúde. São Luís/MA, 2014 a 2017	268
Quadro 102	Indicadores Financeiros. São Luís/MA, 2014 a 2017	268
Quadro 103	Cobertura de planos de saúde. São Luís/MA, 2014 a 2017	271
Quadro 104	Emendas parlamentares federais para a atenção básica. São Luís/MA, 2017	271
Quadro 105	Emendas parlamentares federais para média e alta complexidade. São Luís/MA, 2017	272
Quadro 106	PLANO PLURIANUAL. São Luís/MA, 2018-2021	274

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, São Luís/MA, 2013 a 2016	37
Gráfico 02	Taxa de detecção de AIDS em menores de 05 anos, São Luís/MA, 2013 a 2016	38
Gráfico 03	Gestantes infectadas pelo HIV (taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) / ano do parto, São Luís/MA, 2013 a 2016	39
Gráfico 04	Coeficiente de mortalidade bruta por AIDS (por 100.000 hab.), São Luís/MA, 2013 a 2014	40
Gráfico 05	Taxa de detecção de hepatite B. São Luís, Nordeste, Brasil, 2013-2017	42
Gráfico 06	Taxa de detecção de hepatite C com anti-HCV e carga viral detectável, São Luís/MA, 2013-2017	44
Gráfico 07	Taxa de incidência de casos novos de tuberculose, São Luís/MA, 2013 a 2017	49
Gráfico 08	Proporção de cura e abandono de casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial, São Luís/MA, 2012 a 2017	50
Gráfico 09	Número de contatos identificados, examinados e proporção de examinados, São Luís/MA. 2012 a 2017	50
Gráfico 10	Proporção de casos novos de tuberculose segundo solicitação, realização do teste rápido HIV e co-infecção tuberculose /HIV. São Luís/MA, 2012 a 2016	50
Gráfico 11	Distribuição dos casos de LV, São Luís/MA, 2013 a 2017	61
Gráfico 12	Distribuição dos casos de LV por Distrito, São Luís/MA, 2013 a 2017	61
Gráfico 13	Distribuição dos casos de LV por bairro, São Luís/MA, 2013 a 2017	62
Gráfico 14	Número de equipes da ESF. São Luís/MA, 2001 a 2018	121
Gráfico 15	Fiscalizações realizadas pela vigilância sanitária. São Luís/MA, 2013 a 2017	258
Gráfico 16	Licenciamentos emitidos pela vigilância sanitária. São Luís/MA, 2013 a 2017	259

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Município de São Luís/MA, 2018	29
Figura 02	População, São Luís/MA, 2010	31
Figura 03	Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade, São Luís/MA, 2000	33
Figura 04	Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade, São Luís/MA, 2010	33
Figura 05	Anos iniciais do ensino fundamental, segundo outros municípios, em São Luís/MA, 2015	86
Figura 06	IDEB – Anos finais do ensino fundamental, segundo outros municípios, em São Luís/MA, 2015	86
Figura 07	Taxa de escolarização de 6 a 14 anos, segundo outros municípios, São Luís/MA, 2015	87
Figura 08	Fluxo escolar, segundo faixa etária em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010	87
Figura 09	Fluxo escolar, segundo faixa etária em São Luís/MA,	88
Figura 10	Frequência escolar de 6 a 14 anos em São Luís/MA, 2010	88
Figura 11	Frequência escolar de 15 a 17 anos em São Luís/MA, 2010	89
Figura 12	Frequência escolar de 18 a 24 anos em São Luís/MA, 2010	89
Figura 13	Escolaridade da população de 25 anos ou mais anos. São Luís/MA, 1991, 2000, 2010	90
Figura 14	Esgotamento sanitário adequado, São Luís/MA, 2010	91
Figura 15	Arborização de vias públicas, São Luís/MA, 2010	92
Figura 16	Urbanização de vias públicas, São Luís/MA, 2010	92
Figura 17	Mapa município de São Luís/MA, por Distrito, 2018	93
Figura 18	Salário médio mensal dos trabalhadores formais comparando a outros municípios. São Luís/MA, 2016	113
Figura 19	População ocupada comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2016	113
Figura 20	População com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2016	114
Figura 21	PIB *per capta* comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2015	114
Figura 22	Receitas oriundas de fontes externas comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2015	115
Figura 23	Total de receitas realizadas comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2014	115
Figura 24	Total de receitas empenhadas comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2014	116
Figura 25	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010	116

Figura 26	Evolução do IDHM. São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010	117
Figura 27	Organograma da AB em São Luís/MA, 2019	122
Figura 28	Organograma da Superintendência de Ações de Saúde. São Luís/MA, 2019	123
Figura 29	Fases do PMAQ – 3º Ciclo	129
Figura 30	Rede Municipal de Atenção às Urgências. São Luís/MA, 2018	145
Figura 31	Rede Municipal de Atenção às Urgências à Pessoa com Doenças Crônicas. São Luís/MA.2018	176
Figura 32	Serviços para tratamento de DRC em São Luís, por Distrito. 2018	186
Figura 33	Fluxo de atendimento à DRC. São Luís/MA, 2018	187
Figura 34	Fluxograma do serviço de transporte inter-hospitalar. São Luís/MA, 2018	220
Figura 35	Área de abrangência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional de São Luís. 2018	262

LISTA DE SIGLAS

Acidente Vascular Cerebral	AVC
Agente Comunitário de Saúde	ACS
Agente de Combate a Endemias	ACE
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais	APAE
Atendente de Consultório Dentário	ACD
Atenção Básica	AB
Atenção Primária à Saúde	APS
Atendimento Profilático Antirrábico Humano	AARH
Autorização de Internação Hospitalar	AIH
Autorização de Procedimento Ambulatorial	APAC
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	CNES
Câmara Técnica de Humanização	CTH
Central de Marcação de Consultas	CEMARC
Central Interna de Ambulância	CIA
Central Integrada de Leitos	CIL
Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente	CAISCAS
Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso	CAISI
Centro de Atenção Psicossocial	CAPS
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas	CAPS AD
Centro de Atenção Psicossocial Infantil	CAPS i
Centros de Especialidades Médicas	CEM
Centro de Especialidade Odontológica	CEO
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador	CEREST
Centro Especializado em Reabilitação	CER
Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais	CRIE
Centro de Testagem e Aconselhamento	CTA
Centro Integrado de Operações de Segurança Pública	CIOSP
Comissão Intergestores Bipartite	CIB
Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	CISTT
Comissão Intergestores Regional	CIR
Comissão Intergestores Tripartite	CIT
Comitê de Ética em Pesquisa	CEP
Conselho Municipal de Saúde	CMS
Componente Municipal de Auditoria	CMA

Comissão Nacional de Residência Médica	CNRM
Conselho Nacional de Saúde	CNS
Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde	DATASUS
Departamento Estadual de Trânsito	DETRAN
Departamento Nacional de Auditoria do SUS	DENASUS
Diabetes Mellitus	DM
Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho	DORT
Divisão de Doenças Transmissíveis	DT
Doença Renal Crônica	DRC
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	DCNT
Doenças e Agravos Não Transmissíveis	DANTS
Doenças Sexualmente Transmissíveis	DST
Doenças Transmissíveis	DT
Educação Permanente em Saúde	EPS
Equipes de Saúde Bucal	ESB
Equipe Multiprofissional de Apoio	EMAP
Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar	EMAD
Escola de Governo e Gestão Municipal	EGGEM
Escola Nacional de Aprendizagem e Capacitação	ENAC
Escola Técnica do SUS	ETSUS
Estratégia Agentes Comunitários de Saúde	EACS
Estratégia de Saúde da Família	ESF
Faculdade Atenas Maranhense	FAMA
Faculdade do Maranhão	FACAM
Fundação Oswaldo Cruz	FIOCRUZ
Fundo das Nações Unidas para a Infância	UNICEF
Gerenciador Integrado de Administração Pública	GIAP
Homens que fazem Sexo com Homem	HSH
Hospital da Criança	HC
Hospital Municipal Djalma Marques	HMDM
Hospital Universitário Materno Infantil	HUMI
Hipertensão Arterial	HA
Ìndice de Desenvolvimento da Educação Básica	IDEB
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	IDHM
Índice de Infestação Predial de Aedes aegypti	IIP
Índice de Massa Corporal	IMC

Infarto Agudo do Miocárdio	IAM
Infecções Sexualmente Transmissíveis	IST
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Instituto de Criminalística	ICRIM
Instituto de Estudos Superiores do Maranhão	IESEMA
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	IPEA
Instituto Federal do Maranhão	IFMA
Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello	IMOAB
Laboratório Central do Município	LACEM
Lei de Diretrizes Orçamentárias	LDO
Lei Orçamentária Anual	LOA
Leishmaniose Visceral	LV
Leishmaniose Tegumentar Americana	LTA
Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	LGBT
Lesão por Esforço Repetitivo	LER
Levantamento de Índice Rápido de Aedes aegypti	LIRAa
Ministério da Saúde	MS
Modified Early Warning Score	MEWS
Núcleo de Acesso à Qualidade Hospitalar	NAQH
Núcleo de Apoio a Saúde da Família	NASF
Núcleo de Educação Permanente	NEP
Núcleo de Educação Permanente em Urgência	NEU
Núcleo Interno de Regulação	NIR
Núcleo de Segurança do Paciente	NSP
Organização da Sociedade Civil	OSC
Organização das Nações Unidas	UNESCO
Organização Mundial da Saúde	OMS
Organização Pan-Americana da Saúde	OPAS
Paralisias Flácidas Agudas	PFA
Perda Auditiva Induzida Por Ruído	PAIR
Pesquisa de Orçamento Familiar	POF
Piso de Atenção Básica	PAB
Planejamento Regional Integrado	PRI
Plano Municipal de Saúde	PMS
Planos Operacionais Padrão	POP
Plano Plurianual	PPA

Plano Terapêutico Singular	PTS
Profilaxia Pós – Exposição	PEP
Profilaxia Pós – Exposição	PrEP
Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem do SUS	PROFAE
Programa Bolsa Família	PBF
Programa de Controle da Tuberculose	PCT
Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde	PROFORMAR
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	PMAQ – AB
Programas de Residência Médica	PRM
Programa Mais Médicos	PMM
Programa Nacional de Controle do Tabagismo	PNCT
Programa Nacional de Imunização	PNI
Programa Saúde na Escola	PSE
Programação Anual de Saúde	PAS
Programação Física Orçamentária	FPO
Programação de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde	PQA/VS
Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde	PGASS
Programação Pactuada e Integrada	PPI
Produto Interno Bruto	PIB
Polícia Rodoviária Federal	PRF
Política Nacional de Alimentação e Nutrição	PNAN
Política Nacional de Atenção Básica	PNAB
Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem	PNAISH
Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	PNPIC
Rede Assistencial em Saúde	RAS
Rede de Atenção à Saúde	RAS
Rede de Atenção às Urgências	RAU
Rede de Atenção Psicossocial	RAPS
Rede de Escolas Técnicas do SUS	RETSUS
Rede de Urgência e Emergência	RUE
Relação Municipal de Medicamentos Essenciais	REMUME
Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde	RENASES
Relação Nacional de Medicamentos Essenciais	RENAME
Relatório Anual de Gestão	RAG
Relatórios Demonstrativos de Execução Orçamentários	RDEO
Sala de Apoio a Gestão Estratégica	SAGE

Secretaria Municipal de Obras e Serviços Públicos	SEMOSP
Secretaria Municipal de Segurança Alimentar	SEMSA
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	SADT
Serviço de Atenção Domiciliar	SAD
Serviço de Atendimento Especializado	SAE
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	SAMU
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida	AIDS
Superintendência de Ações e Saúde	SAS
Superintendência de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria	SCRAA
Superintendência de Educação em Saúde	SEDS
Superintendência de Informação da Saúde	SIS
Superintendência de Programação e Avaliação de Ações de Saúde	SPAAS
Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária	SVES
Secretaria de Planejamento	SEPLAN
Secretaria Municipal de Saúde	SEMUS
Secretaria Municipal de Trânsito e Transportes	SMTT
Serviços de Residências Terapêuticas	SRT
Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte	SENAT
Serviço Social do Transporte	SEST
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	AIDS
Síndrome da Rubéola Congênita	SRC
Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde	SIACS
Sistema de Apoio para Elaboração do Relatório Anual de Gestão	SARGSUS
Sistema de Controle de Exames Laboratoriais Contagem de Linfócitos	SISCEL
Sistema de Controle Logístico de Medicamentos	SICLOM
Sistema de Controle Logístico de Recursos Laboratoriais	SISLOGLAB
Sistema de Informação de Agravos de Notificação	SINAN
Sistema de Informação de Insumos Estratégicos	SIES
Sistema de Informação de Mortalidade	SIM
Sistema de Informação de Nascidos Vivos	SINASC
Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização	SI-PNI
Sistema de Informação dos Eventos Adversos Pós Vacina	SI-EAPV
Sistema de Informações em Saúde	SIS
Sistema de Informação Hospitalar	SIH
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	SIOPS
Sistema de Monitoramento Clínico	SIMC

Sistema de Regulação de Consultas	SISREG
Sistema de Pactuação de Indicadores de Saúde	SISPACTO
Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes	VIVA
Sistema Nacional de Auditoria	SISAUD
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	SISVAN
Sistema Único de Saúde	SUS
Técnico em Agente Comunitário de Saúde	TACS
Técnico de Higiene Dental	THD
Técnico de Saúde Bucal	TSB
Tempo Médio de Permanência	TMP
Terapia Renal Substitutiva	TRS
Teste Rápido Molecular	TRM
Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade	TDAH
Tratamento Diretamente Observado	TDO
Tratamento Fora de Domicílio	TFD
Tribunal de Contas da União	TCU
Unidade Básica de Saúde	UBS
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru	UCINCa
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	UCINCo
Unidade de Ensino Superior Dom Bosco	UNDB
Unidade de Pronto Atendimento	UPA
Unidade de Terapia Intensiva	UTI
Unidade de Vigilância em Zoonoses	UVZ
Universidade Estadual do Maranhão	UEMA
Universidade Federal do Maranhão	UFMA
Universidade Vale do Acaraú	UVA
Universidade Virtual do Maranhão	UNIVIMA
Vigilância Alimentar e Nutricional	VAN
Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano	VIGIAGUA
Vigilância de Populações Expostas a Contaminantes Químicos	VIGIPEQ
Vigilância de Populações Expostas a Desastres	VIGIDESASTRE
Vigilância de Populações Expostas a Fatores Físicos	VIGIFIS
Vigilância de Populações Expostas a Poluição Atmosférica	VIGIAR
Vigilância de Populações Expostas a Solo Contaminado	VIGISOLO
Vigilância em Saúde	VS
Vigilância em Saúde Ambiental	VSA

Vigilância em Saúde do Trabalhador	VISAT
Vírus da Imunodeficiência Humana	HIV

APRESENTAÇÃO

Apresento o Plano Municipal de Saúde (PMS)de São Luís, documento que explicita os compromissos do governo municipal para o setor saúde no período de 2018-2021.

Este instrumento sintetiza as intenções e resultados a serem alcançados pela gestão em saúde do município. A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS)empregou esforços no estabelecimento de uma metodologia de trabalho contínuo, para o ciclo de planejamento, que garantisse a integração entre os principais instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (PMS e Programação Anual da Saúde – PAS) e os Orçamentários (Plano Plurianual – PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA). Desta forma, a construção deste Plano atendeu a exigência legal de compatibilização com o PPA, para a mesma vigência como prevê a Lei Complementar 141/2012.

Saliento também, a importância das combinações dialogadas das diretrizes do Plano Nacional de Saúde, do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 e as proposições da 11ª Conferência Municipal de Saúde realizada em Junho de 2017.

A SEMUS tem um perfil relevante de prestadora de serviços no campo da assistência à saúde da população ludovicense e de outros municípios, o que consequentemente consome boa parte da receita da Secretaria no custeio de suas unidades e contratação de prestadores de serviços. O agravamento da crise econômico-financeira e consequente subfinanciamento por parte de outras esferas de gestão da saúde exige a priorização de estratégias e metas factíveis para o quadriênio. Este cenário desfavorável, entretanto, propicia a busca de novas estratégias que podem 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 inerentes à organização do SUS Municipal, independentemente de qualquer cenário.

Espero que o debate permanente deste PMS e seus ajustes anuais que venham a ser necessários, oriundo das 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.

Assim, garantindo o princípio da transparência, e contando com a parceria do Conselho Municipal de Saúde (CMS), importante ator no processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, esperamos promover a saúde e qualidade de vida da população, implementando políticas que, direta ou indiretamente estão relacionadas à saúde, por meio de ações integrais e intersetoriais, de forma resolutiva, humanizada, com equidade e participação popular.

Luís Carlos de Assunção Lula Filho

Secretário Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	26
2	**ANÁLISE SITUACIONAL**	27
2.1	**Estruturação do sistema de saúde**	27
2.2	**Aspectos históricos**	28
2.3	**Aspectos geográficos**	29
2.4	**Aspectos demográficos**	30
2.5	**Morbidade e mortalidade**	35
2.5.1	**Morbidade**	35
2.5.2	**Mortalidade**	76
2.6	**Determinantes e condicionantes da saúde**	85
2.6.1	**Aspectos socioeconômicos**	86
2.7	**Acesso a Ações e Serviços de Saúde**	119
2.7.1	**Atenção Básica**	119
2.7.1.1	Estrutura e histórico da Atenção Básica de São Luís	121
2.7.1.2	Sala de apoio a gestão estratégica	123
2.7.1.3	Equipes de Atenção Básica	124
2.7.1.4	Núcleo Ampliado de Saúde da Família	126
2.7.1.5	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB)	129
2.7.1.6	Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)	130
2.7.1.7	Programa Saúde na Escola (PSE)	131
2.7.1.8	Coordenação de Assistência Nutricional	133
2.7.2	**Saúde Bucal**	142
2.7.3	**Atenção às urgências/Rede de Atenção às Urgências**	144
2.7.4	**Atenção a populações específicas**	159
2.7.4.1	Atenção à saúde da mulher e da criança/Rede Cegonha	159
2.7.4.2	Atenção à saúde do adulto e idoso/Rede de atenção à pessoa com doenças crônicas	168
2.7.4.3	Saúde mental/Rede de Atenção Psicossocial	188
2.7.4.4	Atenção à pessoa com deficiência/Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	195
2.7.4.5	Saúde da população negra	203
2.7.4.6	Atendimento ambulatorial: assistência básica e especializada/Unidades especializadas	213
2.7.4.7	Assistência Farmacêutica (AF)	220
2.7.5	**Regulação e Controle do Sistema de Saúde**	222

2.7.6	Vigilância em saúde	238
2.7.6.1	Vigilância Epidemiológica	239
2.7.6.2	IST/AIDS e hepatites virais	245
2.7.6.3	Vigilância sanitária	256
2.7.6.4	Vigilância em Saúde Ambiental	260
2.7.6.5	Vigilância em Saúde do Trabalhador	261
2.8	**Gestão em saúde**	265
2.8.1	**Financiamento em saúde**	265
2.8.2	**Planejamento em saúde**	275
2.8.2.1	Monitoramento e avaliação em saúde	278
2.8.3	**Gestão do trabalho e educação em saúde**	279
2.8.3.1	Gestão e regulação do trabalho em saúde	279
2.8.3.2	Desenvolvimento de recursos humano	282
2.8.3.3	Escola Técnica do SUS	283
2.8.3.4	Núcleo de Educação Permanente	285
2.8.3.5	Cursos de graduação	287
2.8.3.6	Residência médica e residência multiprofissional	287
2.8.4	**Ouvidoria do sistema municipal de saúde**	288
2.8.5	**Participação e controle social**	290
3	**DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES**	291
	REFERÊNCIAS	310
	APÊNDICES	313

1 INTRODUÇÃO

O processo de planejamento no âmbito do SUS configura-se como uma responsabilidade dos entes públicos, assegurado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 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 presente PMS constitui-se no instrumento central de planejamento para o período 2018-2021. Tem como objetivo orientar a implementação de todas as iniciativas de gestão no SUS, explicitando os compromissos setoriais de governo e de forma compatibilizada com o PPA, para o mesmo período.

A produção deste documento tomou como referência o processo de construção de propostas elencadas com os atores sociais dos sete distritos sanitários que compõem o Município de São Luís. Este processo se deu por meio da realização das plenárias de saúde, concomitante com audiências públicas, priorizando a problematização da situação de saúde, articulada com o enfrentamento de desafios, envolvendo gestores, profissionais e conselheiros de saúde num processo participativo, com a finalidade de capilarizar o território.

Os eixos estruturantes propostos foram a qualificação das práticas de gestão e do cuidado em saúde. As propostas oriundas desse processo de construção coletiva foram apresentadas e debatidas na 11ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em Junho de 2017. Nesta conferência foram aprovadas as diretrizes que deverão nortear a gestão municipal da saúde para o quadriênio 2018-2021.

Para coordenação do processo de elaboração do PMS 2018-2021 foi constituída uma Comissão Gestora Técnica, por meio da Portaria nº 007/2018 – GAB/SEMUS, composta por representantes das áreas técnicas da SEMUS e representação CMS, sob a coordenação da Superintendência de Programação e Avaliação de Ações de Saúde (SPAAS).

Realizou-se uma oficina de trabalho e reuniões técnicas setoriais para levantamento e análise de dados de mortalidade, morbidade, vigilância em saúde, acesso, ações e serviços de saúde, regulação e controle do sistema de saúde e gestão em saúde, de forma a se construir uma análise situacional do município.

É apresentada neste documento a análise situacional do Município de São Luís, com aspectos sobre os determinantes e condicionantes que contribuem com a situação de saúde, as diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas para o quadriênio, estimativa de

financiamento para programas, ações e serviços de saúde, e o processo de monitoramento e avaliação para o seu acompanhamento.

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 a qualificação e ampliação do acesso universal a ações e serviços de saúde, em tempo oportuno, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população ludovicense.

2 ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 Estruturação do sistema de saúde

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90, dispõe sobre a organização do SUS, com enfoque na região de saúde como espaço geográfico contínuo, composto por um grupo de municípios limítrofes, os quais apresentam características culturais, econômicas, sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, a fim de compor a organização, planejamento e execução de ações e serviços de saúde. O que impacta na organização e operacionalização do SUS de forma regionalizada e hierarquizada.

A região de saúde apresenta um conjunto mínimo de ações e serviços, os quais são referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, caracterizado pela Atenção Básica (AB); urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Essas ações e serviços são contempladas, em âmbito nacional, pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), pactuada pela União, Estados, o Distrito Federal e os Municípios nas respectivas Comissões Intergestores.

No município de São Luís, assim como em todo o país, o SUS conta com uma infraestrutura de oferta com estabelecimentos da rede pública, complementados por unidades privada.

2.2 Aspectos históricos

Fundada em 8 de setembro de 1612, pelos franceses, Daniel de La Touche e Fraçois de Rasilly, é a única cidade brasileira fundada por franceses. Foi posteriormente invadida por holandeses e em seguida colonizada por portugueses. Em homenagem ao então Rei da França, Luís XIII, a capital do Maranhão foi chamada de São Luís.

A cidade de São Luís, caracterizada como porto fluvial e marítimo, desempenhou importante papel na produção econômica do Brasil-Colônia, durante os séculos XVII e XIX, sendo considerada o quarto centro exportador de algodão e arroz, depois de Salvador, Recife e Rio de Janeiro.

A produção agrícola foi suplantada pela indústria têxtil, que encontrou matéria prima, mão de obra e mercado consumidor na região. Essa atividade ajudou na expansão geográfica com surgimento de novos bairros na periferia.

Com a decadência da indústria têxtil, a capital maranhense ficou isolada do resto do país, só voltando a se recuperar após a primeira metade do século XX, por meio de grandes investimentos, como a construção da Estrada de Ferro Carajás e dos portos do Itaqui e Ponta da Madeira, sendo este último de propriedade da Vale, o qual é o segundo terminal portuário mais profundo do mundo.

O Centro Histórico da capital maranhense, com seus sobrados de fachadas revestidas em azulejos portugueses, tipifica a arquitetura produzida pela colonização portuguesa. Antes da chegada dos franceses, que instalaram grandes casarões, o local já era densamente habitado por povos indígenas e abrigava apenas ocas de madeira e palha, com uma paisagem quase intocada.

Sua formação administrativa ocorreu da seguinte forma:

Elevado à condição de cidade com a denominação de São Luís, em 08/09/1612.

Pela lei municipal nº 17, de 17-12-1896, é criado o distrito de São Luís e Bacanga.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município aparece constituído de 3 distritos: São Luís, Bacanga e Turu.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o município aparece constituído do distrito sede. Pelo decreto estadual nº 47, de 27-02-1931, o município de São Luís adquiriu o extinto município de Paço do Lumiar. Em divisões territoriais datadas de 31-12-1936 e 31-12-1937, o município aparece constituído de 3 distritos: São Luís, Paço do Lumiar e São José de Ribamar. Pelo decreto-lei estadual nº 159, de 06-12-1938, é extinto o distrito do Paço do

Lumiar, sendo seu território anexado ao distrito sede de São Luís. Pelo decreto estadual nº 820, de 30-12-1943, desmembra do município de São Luís o distrito de São José de Ribamar. Elevado à categoria de município com a denominação de Ribamar. No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o município é constituído do distrito sede. Pelo ato das disposições constitucionais transitórias do estado do Maranhão, promulgadas de 28-07-1947, adquiriu o extinto município de Ribamar. Pela lei estadual nº 269, de 31-12-1948, é criado o distrito e Anil anexado ao município de São Luís. Em divisão territorial datada de 01-08-1950, o município é constituído de 3 distritos: São Luís, Anil e Ribamar. Pela lei estadual nº 758, de 24-09-1952, desmembra do município de São Luís o distrito de Ribamar. Elevado novamente à categoria de município. Em divisão territorial datada de 01-08-1960, o município é constituído de dois distritos: São Luís e Anil, assim permanecendo até01-06-1995. Em divisão territorial datada de 15-08-1997, o município aparece constituído do distrito sede, assim permanecendo até 2005. Atualmente, são sete os distritos sanitários que compõem o município de São Luís.

2.3 Aspectos geográficos

Figura 1 – Município de São Luís/MA, 2018.

Fonte: IBGE

São Luís, capital do Maranhão, localiza-se na ilha Upaon-Açu (palavra indígena que significa Ilha Grande), no Atlântico Sul, entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar. Limita-se com o Oceano Atlântico, ao Norte; com o Estreito dos Mosquitos, ao Sul; com a Baía de São Marcos, a Oeste (figura 1). Ocupa uma área de 828,01km², localizado a 4 metros acima do nível do mar. Limita-se com os municípios de Paço do Lumiar, São José de Ribamar, Raposa e com o Oceano Atlântico. É a maior cidade do Estado do Maranhão.

O clima de São Luís é tropical, quente e úmido. A temperatura mínima na maior parte do ano fica entre 21 e 27 graus, e a máxima entre 27 e 34 graus. Apresenta duas estações distintas: a seca, de agosto a dezembro e a chuvosa, de janeiro a julho.

Os principais rios presentes em São Luís são Bacanga, que atravessa o Parque Estadual do Bacanga e Anil, que divide a cidade moderna e o centro histórico. O rio Itapecuru, embora abasteça a cidade, não chega até a ilha.

2.4 Aspectos demográficos

Quadro 1 – Caracterização do território de São Luís/MA.

Área 834.785 Km²	**IDHM 1991** 0,562	**IDHM 2017** 0,768	**Faixa do IDHM** Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799)
População (Censo 2010) 1.014.837 hab	**População estimada 2017** 1.091.868	**Gentílico** ludovicense ou são-Luísense	**Código do município** 211130
Densidade Demográfica 1.215,69 hab/km²	**Ano de instalação** 1612	**Microrregião** Aglomeração Urbana	**Mesorregião** Norte Maranhense

Fonte: IBGE; Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

A composição étnica de São Luís tem origem europeia, indígena e africana.

São Luís possui um contingente populacional de 1.014.837 habitantes, segundo Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e uma estimativa populacional para o ano de 2017 de 1.091.868 pessoas.

Segundo o Censo IBGE (2010), São Luís ocupa a 15ª posição em relação à população dos 5.565 municípios do país e a 1ª posição considerando os 217 municípios do Estado. Imperatriz com 247.505 pessoas ocupa a 2ª posição, seguido por São José de Ribamar

(163.045), Timon (155.460) e Caxias (155.129), respectivamente. Em 2013 cinco novos municípios foram instalados no País, que agora conta com 5.570 (figura 2).

Figura 2 – População, São Luís/MA, 2010.

Fonte: Censo IBGE.

Nas décadas de 1991 a 2010, a população feminina (em torno de 53%) se manteve superior à masculina (em torno de 46%) (tabela 1), o que implica na necessidade de políticas públicas de saúde que atendam a população como um todo, mas que também alcancem essa diferença (em torno de 7%), com uma maior oferta de estratégias de atenção à saúde específicas à saúde das mulher.

Nesse período, de 1991 a 2010, ocorreu um 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 94,45% (tabela 1). Com isso, as políticas públicas de saúde no município necessitaram 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.

Tabela 1 - População geral, por gênero, rural/urbano e taxa de urbanização, em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010.

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
População total	691.596	100,00	857.387	100,00	1.014.837	100,00
População residente masculina	322.033	46,56	400.501	46,71	474.995	46,81
População residente feminina	369.563	53,44	456.887	53,29	539.842	53,19
População urbana	246.244	35,61	824.550	96,17	958.522	94,45
População rural	445.352	64,39	32.838	3,83	56.315	5,55

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

No período de 2000 a 2010, a taxa média anual de crescimento em São Luís (1,70%)foi maior que a do Brasil (1,17%). No município, a razão de dependência sofreu redução nos anos de 1991 (67,96%), 2000 (52,05%) e 2010 (40,61%); e a taxa de envelhecimento cresceu nesse mesmo período, de 1991 (3,12%), 2000 (3,86%) e 2010 (5,19%) (tabela 2). Esse processo de transição demográfica que vem ocorrendo, com o 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.

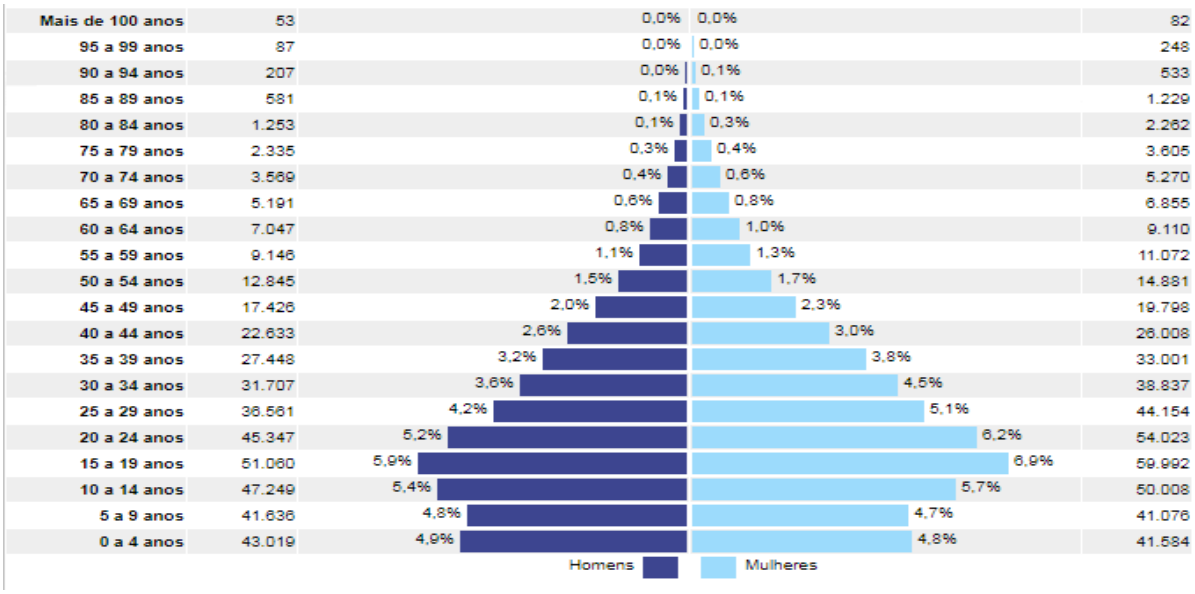
Tabela 2 – Estrutura etária da população de São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010.

Estrutura Etária	População (1991)	% Total (1991)	População (2000)	% Total (2000)	População (2010)	% Total (2010)
Menos de 15 anos	258.242	37,34	260.426	30,37	240.467	23,70
15 a 64 anos	411.754	59,54	563.892	65,77	721.715	71,12
65 anos ou mais	21.600	3,12	33.069	3,86	52.655	5,19
Razão de dependência	67,96	-	52,05	-	40,61	-
Índice de envelhecimento	3,12	-	3,86	-	5,19	-

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

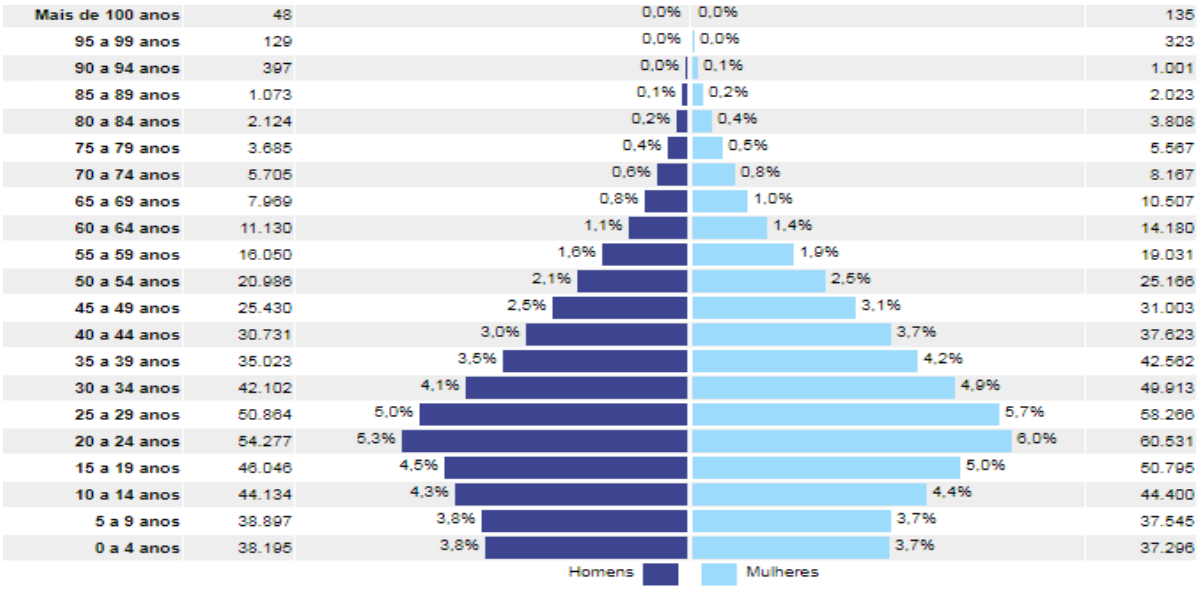
As pirâmides etárias da população de São Luís, dos anos de2000 (figura 3) e 2010 (figura 4), a semelhança do que ocorreu no Brasil, mostram o processo de transição demográfica, com estreitamento da base da pirâmide, decorrente da diminuição da fecundidade e consequente diminuição da proporção de crianças e jovens; e alargamento na população idosa.

Figura 3 – Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade, São Luís/MA, 2000.



Fonte: IBGE.

Figura 4 – Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade, São Luís/MA, 2010.



Fonte: IBGE.

No Brasil, a taxa de natalidade, acompanhando uma tendência mundial, vem reduzindo nos últimos anos. O município de São Luís, seguindo essa tendência também vem registrando queda, com 17,07%, considerando o censo de 2010, e permanecendo em queda nos anos subsequentes, chegando em 2017, com taxa relativa de 14,23%. No período de 2011 a 2017, observa-se queda no número de nascidos vivos, ocorrendo um discreto acréscimo em 2015 e permanência de queda nos anos seguintes (tabela 3).

Tabela 3 – Total de nascimento, São Luís/MA, 2011 a 2017.

ANO DO NASCIMENTO	FREQÜÊNCIA
2011	19.019
2012	18.090
2013	17.224
2014	16.501
2015	16.986
2016	15.923
2017	15.542

Fonte: SINASC.

Nos anos de 2016 e 2017 ocorreu melhora na qualidade da informação referente ao tipo de parto, de residentes em São Luís, com redução importante daqueles não informados. Referente ao percentual de nascidos vivos, por partos cesarianos, verificou-se crescimento de 50,3% em 2011, para 55,9% em 2017. O que leva a necessidade de intensificação do acompanhamento contínuo e regular das políticas de saúde direcionadas à atenção materno-infantil, com vistas à maior adesão ao parto normal (tabela 4).

Tabela 4 – Nascidos vivos por tipo de parto. São Luís/MA, 2011 a 2017.

Tipo de Parto	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Não informado	211	112	132	71	54	5	4	457
Vaginal	9341	8660	8218	7868	7787	7306	6857	47819
Cesário	9465	9317	8874	8560	9144	8610	8681	53777
Ignorado	02	01	00	02	01	02	00	08
Total	19019	18090	17224	16501	16986	15923	15542	102061

Fonte: SINASC.

2.5 – Morbidade e mortalidade

2.5.1 – Morbidade

- ✓ Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/AIDS

A nomenclatura IST vem a ser adotada em substituição ao termo Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), devido à possibilidade de um indivíduo adquirir e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. As IST são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, e transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual, sem o uso de preservativo. Outra importante fonte de transmissão das ISTs consiste na transmissão vertical, com a contaminação da criança durante a gestação, parto ou amamentação[1].

- ✓ HIV/AIDS

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença sexualmente transmissível causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que pode ser transmitido por via sexual (esperma e secreção vaginal), sangue (via parenteral e vertical) e pelo leite materno. Esse vírus agride o sistema imunológico, sendo que as células mais atingidas são os linfócitos TCD4+. Indivíduos soropositivos podem viver anos sem apresentar sintomatologia, mas transmitindo o vírus a outras, principalmente por meio de relações sexuais desprotegidas, e ainda pelo compartilhamento de seringas[1].

Pela sua gravidade e caráter pandêmico, a AIDS é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil, no período de 2007 a junho de 2017, sendo 96.439 (49,7%) na região Sudeste, 40.275 (20,7%) na região Sul, 30.297 (15,6%) na região Nordeste, 14.275 (7,4%) na região Norte e 12.931 (6,7%) na região Centro-Oeste. No ano de 2016, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo HIV, sendo 3.912 (10,3%) casos na região Norte, 7.693 (20,3%) casos na região Nordeste, 15.759 (41,6%) na região Sudeste, 7.688 (20,3%) na região Sul e 2.832 (7,5%) na região Centro-Oeste[1].

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2017, São Luís registrou 6.920 casos de AIDS. Destes 4.450 casos são do sexo masculino e 2.368 do sexo feminino. Os casos estão crescentes na faixa etária 15 a 24 anos (tabela 5), cor parda (2.799), escolaridade fundamental incompleto (1.724)e na categoria de exposição heterossexual (1.628)e Homens que fazem Sexo com Homem (HSH) (1.262) (tabela 6).No período de 2013 a 2017 foram notificados 2.373 casos de AIDS no SINAN. Nesse período, a maior frequência ocorreu no ano de 2013, onde foram registrados 537 casos da doença e a menor, deu-se em 2017, com 389 casos. Já em relação às gestantes portadoras de HIV, observa-se um aumento progressivo ao longo desse período, com menor registro no ano de 2016 (58 casos), e um incremento expressivo no ano de 2017, com 256 casos. Nos anos analisados, o total de crianças notificadas com AIDS foi de 121 crianças.

Verifica-se que os casos de AIDS do município de São Luís têm se concentrado em indivíduos do sexo masculino (64,3%), com baixa escolaridade (fundamental incompleto) (24,9%) e heterossexuais (23,5%). E que, 34,3% deles foram notificados no período de 2013 a 2017. Sendo que, os casos mostram-se crescente na população com faixa etária de adolescente a adulto jovem (15 a 24 anos) e em gestantes. Com isso, o município necessita intensificar as políticas de saúde direcionadas, principalmente à prevenção e controle do HIV/AIDS, a esses grupos populacionais, com especial atenção à adequação das atividades de educação em saúde às características dos mesmos.

Tabela 5 - Casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por ano de diagnóstico, 1980 a 2017, São Luís/MA.

Casos de AIDS	1980-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	Total
Total	1.730	301	292	328	312	402	390	441	484	537	480	523	444	256	6.920
Homens	1.215	185	181	198	194	232	245	278	305	353	317	369	305	173	4.550
Mulheres	515	116	111	130	118	170	145	163	179	184	163	154	138	82	2.368
Menores de 5 anos	39	10	6	9	9	13	5	5	0	6	9	2	4	4	121
Entre 15 e 24 anos	201	29	31	27	28	53	39	53	57	62	64	89	62	49	844

Fonte: Indicadores MS. *Dados de 2017 sujeito a alteração

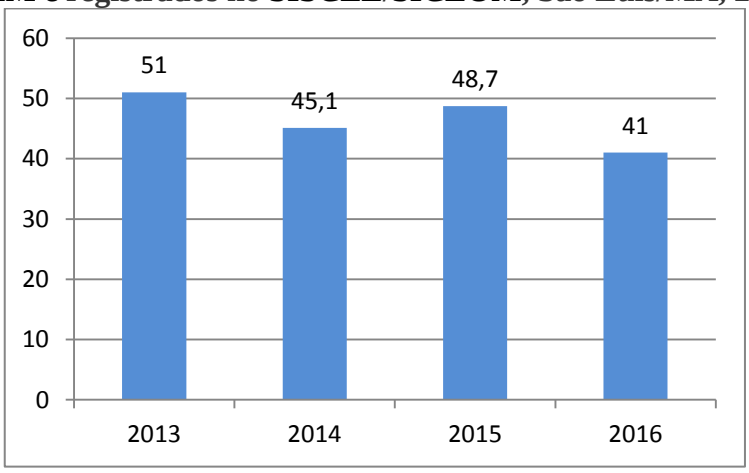
Tabela 6 – Perfil demográfico de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, por ano de diagnóstico, 1980 a 2017, São Luís/MA.

Perfil demográfico	1980-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	Total
Parda	373	75	99	123	121	205	205	215	263	297	252	279	181	111	2.799
Fundamental incompleto	610	47	42	69	46	104	104	135	138	140	95	99	66	29	1.724
Heterossexual	312	38	59	64	54	100	125	126	164	186	124	136	95	45	1.628
HSH	594	30	51	31	44	36	42	42	52	58	69	91	78	44	1.262

Fonte: Indicadores MS. *Dados de 2017 sujeito a alteração

No período de 2013 a 2016, observa-se que houve uma redução na taxa de detecção da AIDS em São Luís, passando de 51,0 para 41,0 casos por 100 mil habitantes (gráfico 1). Entretanto, essa taxa continua alta, comparando-se com a taxa Estadual (21,3) e a taxa do Brasil (18,3). O que leva à permanente necessidade de atuação do município, na realização de suas atividades prevenção e controle.

Gráfico 1. Taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, São Luís/MA, 2013 a 2016.



Fonte: Indicadores MS.

A ampliação do acesso à oferta do teste Anti-HIV e aconselhamento na rotina dos serviços da rede básica de saúde tem sido uma estratégia importante para a prevenção do HIV no município. Essa implementação da oferta, juntamente com o avanço da epidemia, resultou em um aumento das notificações nos serviços de saúde do município, e com isso, incremento

e maior visibilidade da epidemia na população. Também ocorreu a implementação do tratamento precoce, o que possibilitou uma assistência mais adequada e oportuna aos portadores de HIV, reduzindo a evolução da doença para um quadro de AIDS e diminuindo o risco de transmissibilidade. Tais estratégias contribuíram para ampliação da visão/atuação da Vigilância em Saúde (VS) relacionado a esse diagnóstico situacional/epidemiológico do HIV/AIDS, com a identificação das populações de maior vulnerabilidade, e reformulação das estratégias de prevenção e controle. Verifica-se ainda que, a concentração dos casos de AIDS ocorre em áreas descobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), o que também leva a necessidade de intensificar as atividades nesses locais.

De 2013 a 2017, ocorreram 25 casos diagnosticados de AIDS em menores de 5 anos em São Luís. Observa-se nesse período, que o ano de 2014 foi o que apresentou o maior número de casos (9 casos) e que a partir de 2015 apresentou uma redução, mantendo–se os casos em número estável (tabela 7).Quanto a taxa de detecção de AIDS em menores de 05 anos, São Luís apresentou variação no período de 2013 a 2016. Em 2013, a taxa de detecção foi de 6,8/1000 nascido vivo, 2014(10,2/1000NV), 2015(2,3/1000NV) e em 2016, a taxa foi 4,5/1000NV, sendo neste ano a taxa nacional foi de 5,4/1000hab (gráfico 2).

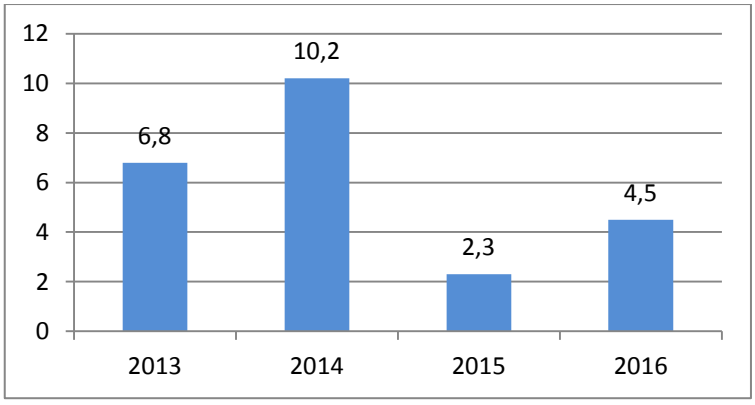
Tabela 07 - Casos notificados de AIDS em menores de 5 anos, São Luís/MA, 2013 a 2017.

Ano	2013	2014	2015	2016	2017*	Total
AIDS em menores de 5 anos	6	9	2	4	4	25

Fonte: Indicadores MS. *Dados de 2017 sujeito a alteração

.

Gráfico 2: Taxa de detecção de AIDS em menores de 05 anos, São Luís/MA, 2013 a 2016.



Fonte: Indicadores MS.

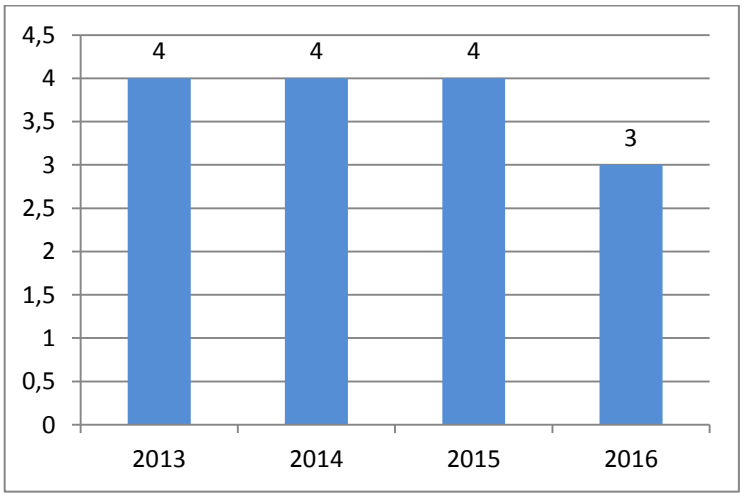
Em São Luís, no período de 2013 a 2016, foram diagnosticados 293 casos de HIV em gestantes (tabela 8). A taxa de detecção em gestante infectada pelo HIV nos anos de 2013 a 2015 foi 4/100.000/hab, mantendo-se estável nesses anos. Já em 2016, a taxa de detecção da doença foi de 3/1000.000hab (gráfico 3).

Tabela 8- Casos de HIV em gestante, São Luís/MA, 2013 a 2017.

Ano	2013	2014	2015	2016	2017*	Total
Casos de Gestante HIV	60	70	74	58	31	293

Fonte: Indicadores MS *Dados de 2017 sujeito a alteração

Gráfico 3 - Gestantes infectadas pelo HIV (taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos) / ano do parto, São Luís/MA, 2013 a 2016.



Fonte: Indicadores MS.

A maior visibilidade dos casos de gestantes com HIV e de AIDS em menores de 5 anos, deve-se, além de outros fatores, especialmente, à ampliação da oferta de testes rápidos, pelo processo de descentralização da testagem para a AB, implementada desde 2013, favorecendo o diagnóstico precoce e aumento das notificações. Considerando as medidas desenvolvidas para redução da transmissão vertical do HIV, observa-se ainda a necessidade de fortalecer aquelas relacionadas à atenção no pré-natal, como implementação de ações na realização do pré-natal do parceiro, além de ênfase nas ações da Rede Cegonha, no âmbito da prevenção, assistência e vigilância no pré-natal, parto e puerpério. Assim como, ampliar atividades de educação em saúde e oferta da testagem em livre demanda na comunidade.

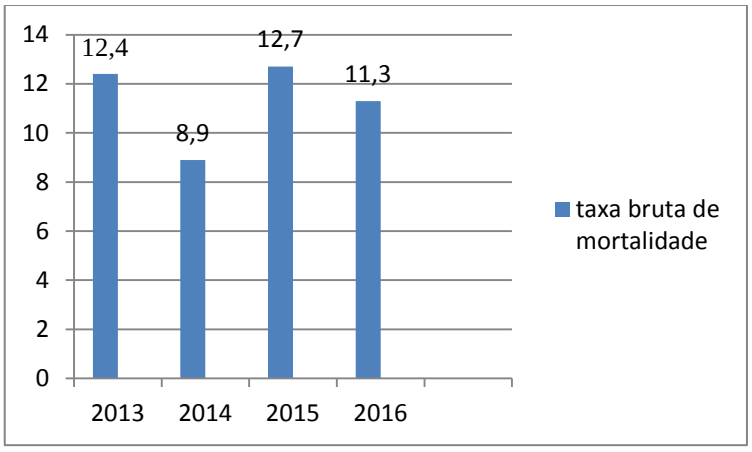
Em São Luís foram constatados 584 óbitos por AIDS, dos anos de 2013 a 2017, sendo que 2015 foi o ano com maior frequência (136 óbitos). O ano de 2017 teve um total de 100 óbitos por AIDS (tabela 9). A taxa bruta de mortalidade no ano de 2013 foi de 12,4, ocorrendo uma redução em 2016 (11,3) (gráfico 4).

Tabela 9 - Óbitos por AIDS, São Luís/MA, 2013 a 2017.

Ano do óbito	2013	2014	2015	2016	2017*	Total
Óbitos por AIDS	131	95	136	122	100	584

Fonte: Indicadores MS. *Dados de 2017 sujeito a alteração

Gráfico 4 - Coeficiente de mortalidade bruta por AIDS (por 100.000 hab.), São Luís/MA, 2013 a 2014.



Fonte: Indicadores MS.

✓ Sífilis

A Sífilis é uma IST causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida em sua maioria pelo contato íntimo sem uso de preservativo. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior. Essa doença afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças.No Brasil, em 2016 foram registrados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita[2].

Em São Luís, no período de 2013 a 2017 foram notificados 1.150 casos de sífilis em gestantes e 846 casos de sífilis congênita. Nesse período, o ano de 2017 foi o que apresentou maior frequência, com 350 e 278 casos, respectivamente. Nos anos mencionados, ocorreram 1137 notificações de sífilis não especificada, sendo 431 casos registrados em 2017 (tabela 10).Assim como no Brasil, em São Luís tem ocorrido um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida nos últimos anos. Esse avanço da doença pode ser atribuído, dentre outros fatores, à ampliação da realização de testes rápidos, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na AB e desabastecimento mundial de penicilina. Acrescenta-se ainda que, a melhora do sistema de vigilância no município, referente às ISTs, possa ter refletido também no aumento de casos notificados.

Tabela 10 – Frequência por ano de notificação, segundo agravos notificados. São Luís/MA, 2013 a 2017.

Agravos Notificados	2013	2014	2015	2016	2017	Total
A53 Sífilis em adulto (excluída a forma primaria)	67	60	49	61	33	270
A60 Herpes genital (apenas o primeiro episódio)	66	41	25	09	18	159
A630 Condiloma acuminado (Verrugas anogenitais)	164	73	58	57	73	425
N485 Síndrome da úlcera genital (excluído herpes genital)	06	04	02	03	-	15
N72 Síndrome do corrimento cervical em mulheres	278	126	305	284	270	1.263
Z206 Criança exposta HIV	160	206	203	195	179	943
B24 AIDS	537	480	523	444	389	2.373
Z21Gestante HIV	60	70	74	58	136	398
O981 Sífilis em Gestante	89	181	284	246	350	1.150
A509 Sífilis congênita	125	114	182	150	278	846
A539 Sífilis não especificada	66	81	253	306	431	1.137
R36 Síndrome do corrimento uretral em homem	49	38	20	01	20	128

Fonte: SINAN.

- ✓ Hepatites virais

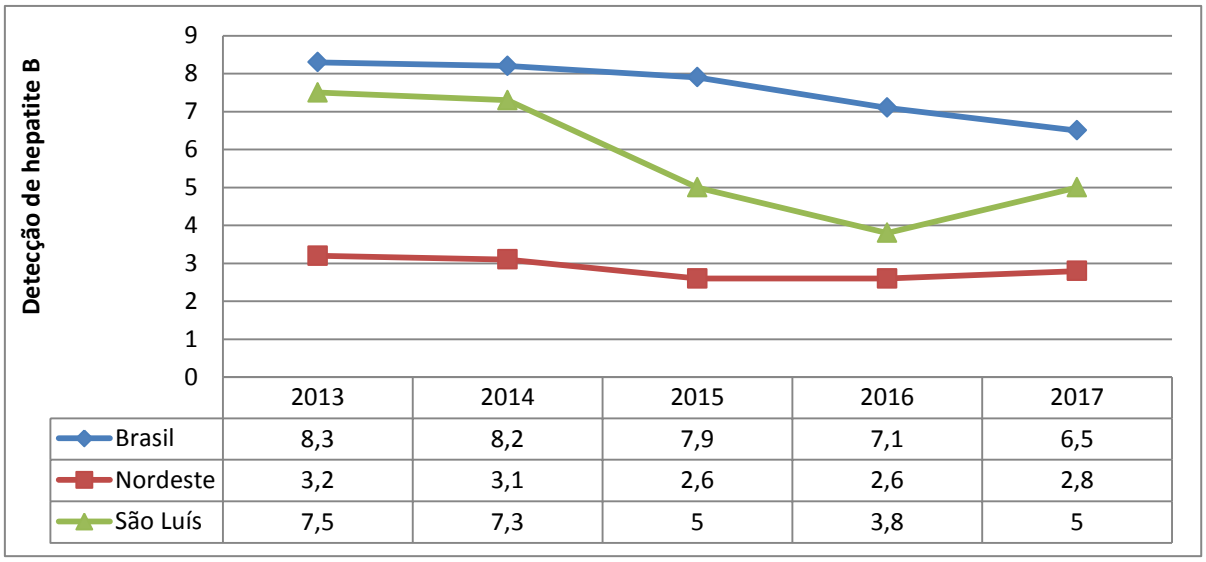
As hepatites virais foram incluídas recentemente no grupo de doenças negligenciadas por magnitude semelhante à malária, Leishmaniose Visceral (LV) e tuberculose. Diante disto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado como estratégia de enfrentamento, o fortalecimento de ações de vigilância considerando as especificidades da população e das

hepatites virais. Uma destas recomendações está consolidada no Plano de Eliminação de Hepatites até o ano 2030, do qual o Brasil foi signatário, lançado pela OMS em 2017.

São doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático. No Brasil, as hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C. Existem, ainda, os vírus D e E, esse último mais frequente na África e na Ásia. As hepatites virais, A e E são de veiculação hídrica e de contaminação fecal-oral e estão intimamente relacionadas às condições sanitárias da população sendo mais prevalente na população infantil. Contudo, tem sido observada mudança de perfil para faixa etária mais elevada e com boas condições sanitárias, o que repercute em quadros mais graves e com maior mortalidade.

A taxa de detecção de hepatite B no município de São Luís foi de 7,5 por 100 mil/hab em 2013 e de 5 por 100 mil/hab em 2017 (gráfico 5).

Gráfico 5 - Taxa de detecção de hepatite B. São Luís, Nordeste, Brasil, 2013-2017.



	2013	2014	2015	2016	2017
Brasil	8,3	8,2	7,9	7,1	6,5
Nordeste	3,2	3,1	2,6	2,6	2,8
São Luís	7,5	7,3	5	3,8	5

Fonte: Ministério da Saúde.

Observa-se que embora com aparente queda, a taxa de detecção do município esteve acima da taxa do Nordeste. E as taxas citadas podem sinalizar não necessariamente a diminuição da ocorrência da doença, mas a não identificação dos casos pelas unidades de saúde, possivelmente por dificuldades no acesso à confirmação laboratorial. O que aponta a necessidade de fortalecimento da rede de serviços de saúde e vigilância epidemiológica.

A hepatite B é uma doença de evolução silenciosa de transmissão predominantemente sexual sendo também considerada uma IST. Pode ser também de transmissão vertical e em

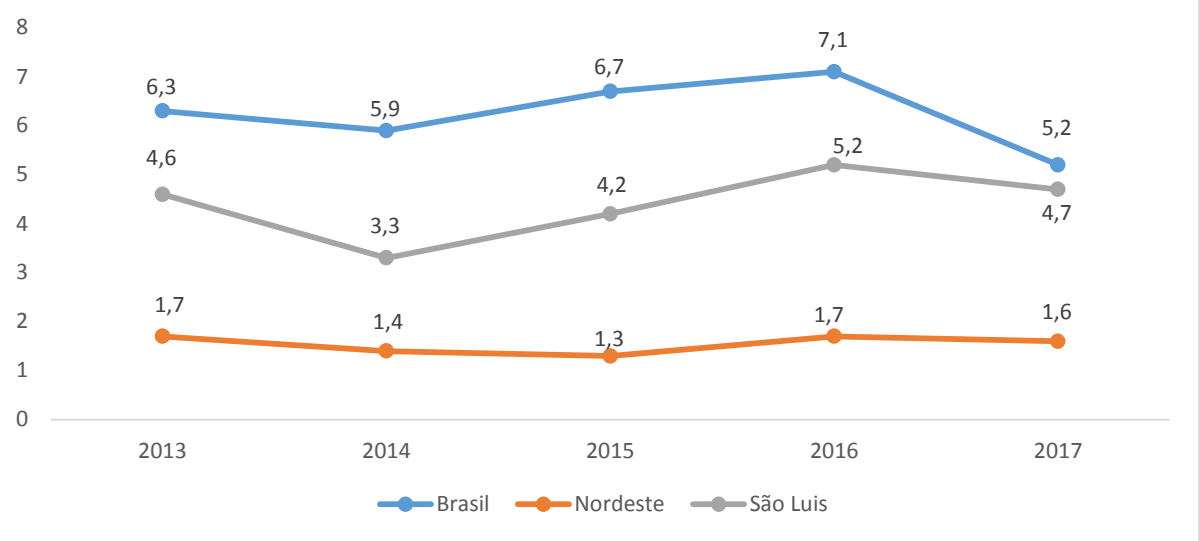
função disto, compõe um dos focos de enfretamento da Rede Cegonha. No país é mais prevalente entre os Estados da região Amazônica englobando os da Amazônia Legal, como o Maranhão. Soma-se à gravidade da evolução silenciosa para cirrose e câncer hepático, caso não ocorra diagnóstico oportuno, e ainda o risco de coinfecção com o vírus da hepatite D (vírus Delta, dependente do vírus do B para replicação), fato que agrava a evolução da doença.

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 AB 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, a cobertura de vacinação para hepatite B é fundamental para diminuição do número de casos, sendo necessário monitoramento de tal cobertura, em todas as faixas. Acresce-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 todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com descentralização implementada em 2015 devendo ser realizada por livre demanda.

A taxa de detecção da hepatite C na cidade de São Luís se manteve acima da taxa do Nordeste. A oscilação observada pode estar associada à disponibilidade ou ao acesso aos testes confirmatórios na rede de serviços do município, uma vez que os testes rápidos, como triagem que são, constituem-se etapa inicial de investigação, especialmente para as populações de risco. Desta forma, ratifica-se a necessidade de assegurar-se o acesso a tais insumos (testes confirmatórios) no município, de modo que a Vigilância Epidemiológica (VE) possa estimar com maior fidedignidade os portadores da doença e assim, estruturar melhor sua rede de atenção a tais pacientes bem como, propor intervenções mais eficazes para diminuição de casos novos. O gráfico 6 representa as taxas municipais de hepatite C, relativas aos anos de 2013 a 2017, no município de São Luís.

Gráfico 6 -Taxa de detecção de hepatite C com anti-HCV e carga viral detectável, São Luís/MA, 2013-2017.



Fonte: Ministério da Saúde.

A Hepatite C tem a via parenteral como a principal forma de transmissão e a possibilidade de transmissão via sexual e vertical, embora exista, não é comum. Assim como a hepatite B, tem evolução silenciosa e se não diagnosticada oportunamente, a possibilidade de evolução hepatocarcinoma e cirrose aumenta consideravelmente. A prevalência é mais elevada na região Sudeste e Sul em decorrência do tipo de exposição, mais comum às cidades das respectivas regiões.

Nos dois últimos anos foram incorporados ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica, novos fármacos antivirais para os genótipos e paralelamente ampliada a população de pacientes que possam ser submetidas ao mesmo, condição descrita com evolução de cura em até 90% dos tratados. Destaca-se, contudo, que a disponibilidade de diagnóstico oportuno, e acesso ao tratamento especializado é fundamental para êxito na cura.

São consideradas populações expostas ao risco de infecção para Hepatite C, pessoas que receberam transfusão ou hemoderivados antes de 1993, pessoas que utilizaram seringas de vidro ou que material compartilham material de uso pessoal como alicates, pinças de unha, escovas de dentes ou para o uso de drogas injetáveis, inaláveis (cocaína) e pipadas (crack). Ainda, pessoas com tatuagens ou piercings em locais sem alvará sanitário e sem garantia de processamento e descarte adequado de materiais e pessoas ou que apresentem outras formas de exposição percutânea como acidentes ocupacionais com exposição a material biológico.

- ✓ Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa, infectocontagiosa, causada pelo Mycobacterium leprae (M. Leprae). Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade).A doença acomete principalmente pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas. É de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória e faz parte das doenças negligenciadas.

A prevalência da hanseníase em São Luís tem se mantido alta, corroborando a situação do município em hiperendêmico (tabela 11).Verifica-se uma importante concentração de casos na faixa etária menor de quinze anos, o que reflete a precoce exposição à doença e com isso, a fragilidade nas ações de prevenção e controle da hanseníase no município(tabela 12).

Tabela 11 - Casos novos de hanseníase, coeficiente de detecção. São Luís/MA. 2007 a 2017.

Ano	Casos novos	Coeficiente Detecção*
2007	612	63.9
2008	552	55.9
2009	616	61.7
2010	613	60.5
2011	655	63.7
2012	618	59,5
2013	564	53,5
2014	521	49,33
2015	550	51,22
2016	674	61,73
2017	627	57,42

Fonte: SINAN. - * Coeficiente por 100.000 habitantes

Tabela 12 - Casos novos de hanseníase, segundo faixa etária e proporção entre menores de 15 anos. São Luís – MA. 2007 a 2017.

Ano	0 a 14 a	15 e mais	Total	% de casos na Pop. 0 a 14ª
2007	60	552	612	9.8
2008	55	497	552	9.9
2009	62	554	616	10.0
2010	64	549	613	10.4
2011	63	592	655	9.6
2012	64	554	618	10,4
2013	69	495	564	12,3
2014	49	472	521	19,9
2015	107	670	777	13,8
2016	63	611	674	9,3
2017	64	563	627	10,2

Fonte: SINAN.

Na série histórica de 10 anos, de 2007 a 2017, os percentuais de cura oscilaram de 75,9% a 85,7%, considerados de regular a bom, conforme parâmetros do Ministério da Saúde (MS) (tabela 13). Apesar do indicador de cura ter sido considerado bom em determinados momentos, o município necessita constantemente fortalecer a atenção à hanseníase. Visto que, ainda encontra-se na condição de hiperendêmico e com elevada prevalência da precoce exposição à doença.

Dessa forma, estratégias de importante efetividade para prevenção e controle da doença, como busca ativa de casos, busca de faltosos ao tratamento e avaliação dos contatos, necessitam ser implementadas/reestruturadas no município. Ao passo que, consistem em ações de vigilância em saúde, desenvolvidas, essencialmente, pela Atenção Primária à Saúde (APS), as quais são essenciais ao diagnóstico precoce e à ruptura da cadeia de transmissão da hanseníase. Em 2012, 2013 e 2014, São Luís se manteve em situação precária para avaliação dos contatos e, em 2015, como regular. Para 2017, o percentual de contatos examinados foi de 53,9,caracterizado como precário.

Tabela 13 - Cura de casos novos de hanseníase. São Luís/MA. 2007 a 2017.

Ano	% de Encerramento por cura
2007	80.0
2008	85.7
2009	85.1
2010	75.9
2011	78.8
2012	80,5
2013	79,6
2014	82,6
2015	79,6
2016	79,2
2017	82,3

Fonte: SINAN.

- ✓ Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada pela bactéria Mycobacterium tuberculosis que afeta principalmente os pulmões, mas também pode acometer outros órgãos, como ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro). Estima-se que, cerca de um terço da população mundial esteja infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, e com isso, em risco de desenvolver a patologia. No mundo, ocorre anualmente cerca de oito milhões de casos novos e aproximadamente três milhões de mortes por tuberculose[6]. Ela faz parte das doenças negligenciadas.

No Brasil, estima-se que mais de 50 milhões de pessoas estejam infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Por ano, são notificados aproximadamente 80 mil casos novos da doença e ocorrem cerca de 4,5 mil mortes em decorrência da tuberculose. Com o surgimento da AIDS, observa-se um crescente número de casos notificados de tuberculose em pessoas infectadas pelo HIV. A coinfecção do HIV com a tuberculose ainda constitui-se um grave problema de saúde pública, no Brasil e no mundo, devido sua alta morbimortalidade[6].

O Brasil ocupa a 20ª posição em número de casos entre os 22 países com alta carga de tuberculose e a 19ª posição em relação à coinfecção tuberculose/HIV. Juntos, Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul somam 50% dos casos da doença no mundo. A tuberculose é a 3ª causa de morte por doenças infecciosas e 1ª causa dentre as doenças infecciosas em pacientes com AIDS[7].

No Brasil, no ano de 2017, foram registrados 69.569 casos novos de tuberculose, representando um coeficiente de incidência de 33,5/100.000 hab. Entretanto, no período de 2008 a 2017, apresentou uma queda na média anual, de1,6%. Em 2016 ocorreram 4.426 óbitos pela doença, cujo coeficiente de mortalidade foi de 2,1/100.000 habitantes, resultando uma queda anual de 2%, de 2007 a 2016[6].

Em relação aos estados, em 2017, os maiores coeficientes de incidência foram registrados no Amazonas (74,1/100 mil hab.), Rio de Janeiro (63,5/100 mil hab.) e Pernambuco (46,0/100 mil hab). Também os maiores coeficientes de mortalidade, no ano de 2016, foram observados no Rio de Janeiro (4,4/100 mil hab.), Pernambuco (4,2 /100 mil hab.) e Amazonas (3,8/100 mil hab.)[6].O Estado do Maranhão registrou 2.092 casos novos de tuberculose em 2017, representando um coeficiente de incidência de 29,9%.

Considerando as capitais, no ano de 2017, os maiores coeficientes de incidência da tuberculose foram Manaus (104,7/100 mil hab.), Rio de Janeiro (88,5 /100 mil hab.) e Recife (85,5/100 mil hab.). No ano de 2016, os maiores coeficientes de mortalidade foram registrados em Recife (6,4/100 mil hab.), Belém (5,3/100 mil hab.) e Manaus (4,7/100 mil hab.)[6].

No ano de 2017, foram notificados 802 casos novos da doença, em residentes de São Luís-MA[8], enquanto que a taxa de incidência representou 63,1%,neste ano. Observa-se um aumento de casos novos de tuberculose, de 2013 a 2017, em São Luís. Em 2013, a taxa de incidência foi de 56,9%, enquanto em 2017 passou para 63,1%(gráfico 7). Em relação aos casos de cura, com confirmação laboratorial, observa-se que, em 2012 a taxa de cura foi de 71,2 %, e em 2017, 47,4%, denotando uma piora significativa nesse indicador (gráfico 8).

No ano de 2012 foram identificados 1.975 contatos de tuberculose e apenas 28,9% destes foram examinados. Contudo, no ano de 2017 ocorreu melhora nesse indicador, tendo em vista que os contatos examinados atingiram o valor de 79,1%. Tal resultado decorreu da implementação de atividades de busca ativa, realizadas pelos profissionais do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), do serviço de VE e ESF (gráfico 9).No período entre 2012 e 2016, houve melhora no percentual de casos novos de portadores da tuberculose, que foram testados para HIV, passando de 78,6% em 2012, para 84,5%, em 2016. Em 2016, a coinfecção tuberculose/HIV foi de 6,4%. (gráfico 10).

Atualmente (2018), todas as unidades de saúde de São Luís, entre públicas e privadas, realizam testagem para HIV, caracterizando importante avanço na estratégia de detecção de

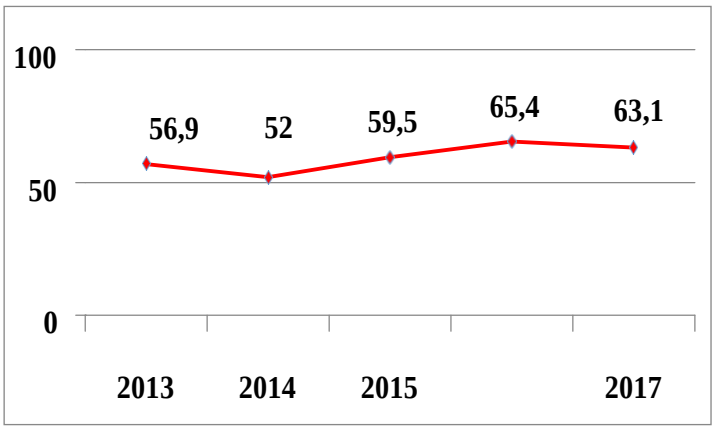
casos de coinfecção, no município. O que impacta de forma bastante positiva no diagnóstico precoce e oferta de tratamento oportuno. Para tal, a rede de saúde foi capacitada.

Dentre os fatores que contribuíram para esse incremento no número de casos, destaca-se a baixa cobertura das equipes de ESF, no município, visto que, o trabalho desenvolvido por essas equipes busca um acompanhamento mais adequado dos portadores de tuberculose.Com busca ativa de casos novos, especialmente pelo ACS, tratamento precoce e oportuno dos casos, oferta de Tratamento Direcionado Observado (TDO), busca de faltosos ao tratamento, avaliação de contato, e principalmente atividades de educação em saúde para a prevenção e controle da doença.

Também influenciando negativamente esses indicadores, tem-se a descentralização ainda incipiente do PCT, com a concentração dos atendimentos/ações em poucas unidades de saúde, inclusive da rede de média e alta complexidade. O que inviabiliza ações de acompanhamento/monitoramento desses indivíduos, dificultando o controle da tuberculose no município e favorecendo o surgimento de novos casos.

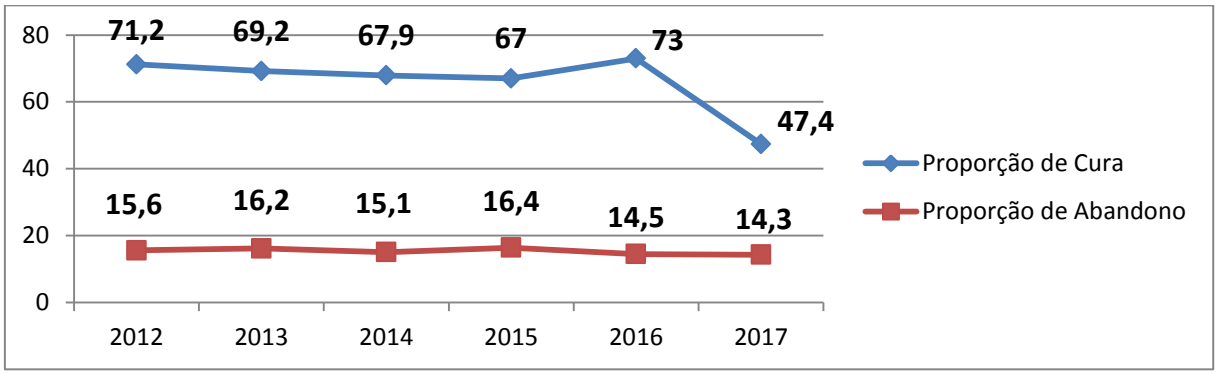
Além do baixo percentual de cura de tuberculose, o município ainda apresenta comprometimento em indicadores também importantes, como TDO e avaliação dos contato. O que implica na necessidade reestruturação dessas e das demais estratégias de prevenção e controle da doença. Especialmente, devido à baixa cobertura da ESF. O município ainda possui uma população de rua que cresce a cada ano, o que agrava ainda mais a problemática relacionada à tuberculose, visto que, nessa população as prevalências da doença são elevadas.

Gráfico 7 – Taxa de incidência de casos novos de tuberculose, São Luís/MA, 2013 a 2017.



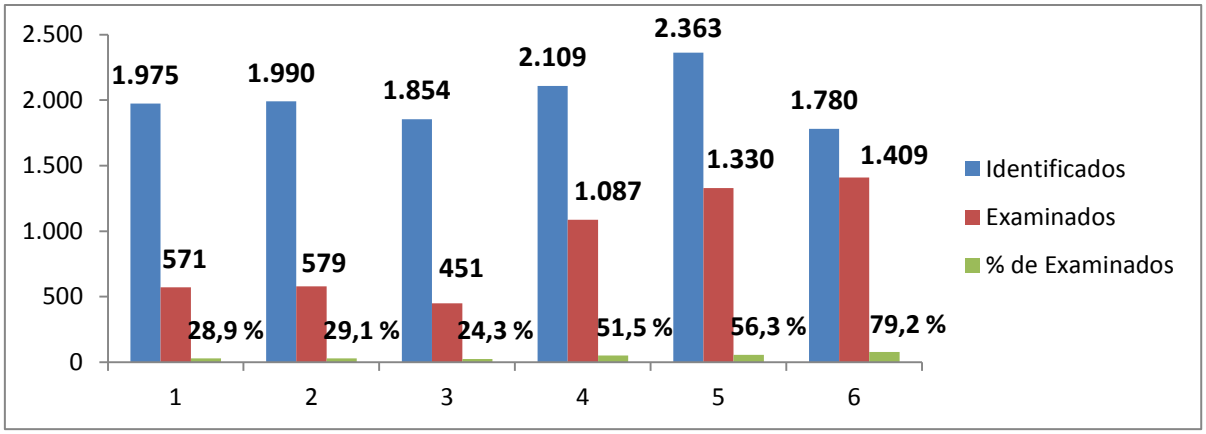
Fonte: SINAN.* Dados preliminares sujeitos a revisão

Gráfico 8 - Proporção de cura e abandono de casos novos de tuberculose com confirmação laboratorial, São Luís/MA, 2012 a 2017.



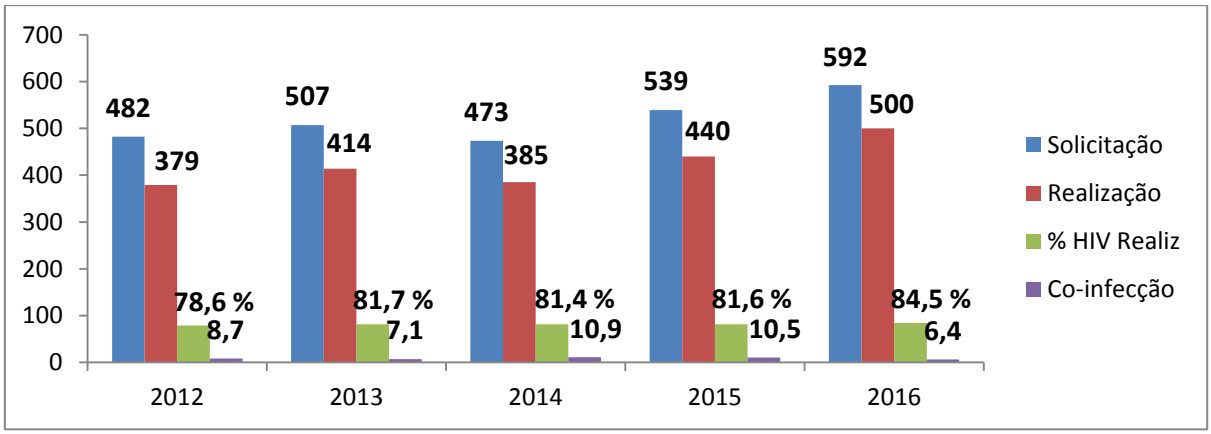
Fonte: SINAN.

Gráfico 9 - Número de contatos identificados, examinados e proporção de examinados, São Luís/MA. 2012 a 2017.



Fonte: SINAN.

Gráfico 10 - Proporção de casos novos de tuberculose segundo solicitação, realização do teste rápido HIV e co-infecção tuberculose /HIV. São Luís/MA, 2012 a 2016.



Fonte: SINAN.

O município de São Luís apresenta um Comitê de Tuberculose, o qual é resultado da parceria com a Secretaria de Estado da Saúde(SES) e outros órgãos (Vale, SESC, Pastorais da Saúde, IST/AIDS, Conselhos de Saúde, instituições privadas, etc). Tem como finalidade buscar estratégias de enfrentamento da tuberculose e consequente avanços em todos esses indicadores, contribuindo para a efetivação de políticas sociais de apoio ao PCT.

O PCT busca monitorar sistematicamente as estratégias de atenção à tuberculose no município, por meio de visitas nas unidades de saúde e hospital de referência terciária, e comunicação permanente com os profissionais da rede de saúde. Como perspectivas para melhora dos indicadores de tuberculose consideramos: implementar o funcionamento dos postos de coleta de material para exame; aumentar a realização de Teste Rápido Molecular (TRM); intensificar o diagnóstico da tuberculose nas UBS; implementar o TDO pelas UBS; manter e acompanhar a transferência de pacientes do hospital de referência terciária; articulação com outros setores, a exemplo de pacientes com transtorno mental; melhorar o atendimento do paciente que reside fora da área de cobertura da ESF; e implantar a referência para tuberculose em crianças.

- ✓ Arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika)

As arboviroses são doenças causadas por arbovírus, dentre os quais estão o vírus da dengue, Zika vírus, febre chikungunya e febre amarela. Sua transmissibilidade ocorre, especialmente, por meio de via vetorial, através do *Aedes aegypti*.

- ✓ Dengue

Existem quatro sorotipos da dengue(vírus DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4) e cada indivíduo pode ter os 4 sorotipos da doença. Contudo, a infecção por um sorotipo gera imunidade permanente para este. As formas da doença podem ocorrer, desde assintomática ou leve, a graves, podendo evoluir inclusive a óbito[3].

Nos anos de 2013 a 2017 foram notificados 10.382 casos de dengue de residentes em São Luís. Em 2016 ocorreu epidemia da doença, com 4.804 casos, sendo considerado o ano da maior ocorrência da doença. Neste mesmo período, os anos de maior ocorrência de casos de óbitos foram de 2013 a 2015 (tabela 14). Em 2014 circularam os sorotipos DENV-1, DENV-2 e DENV-4.

Tabela 14 – Distribuição de casos e óbitos de dengue, São Luís/MA, 2013 a 2017.

Ano da Notificação	TOTAL	Ign/Branco	LAB	CLIN / EPID	EM INVEST	ÓBITOS		
						TOTAL	LAB	CLIN / EPID
2013	1121	24	194	738	165	7	7	0
2014	972	25	215	478	254	6	5	1
2015	2459	127	684	1272	376	6	6	0
2016	4804	238	204	4309	53	1	1	0
2017	1026	30	173	815	8	1	1	0
TOTAL	10382	444	1470	7612	856	21	20	1

Fonte: SINAN.

- ✓ Febre chikungunya

A febre chikungunya é causada pelo vírus chikungunya (CHIKV). Além da transmissão por meio de vetor, pode ocorrer ainda a transmissão vertical no intraparto, de gestantes virêmicas. O que pode provocar infecção neonatal grave. Também pode ocorrer transmissão por via transfusional, embora seja raro[4].

No ano de 2015 foram confirmados os primeiros registros autóctones da febre chikungunya no município de São Luís/MA. Em 2016, ocorreu epidemia da doença, com a notificados 3.711casos, com 15 óbitos (tabela 15). A faixa etária mais acometida foi de 20 a 30 anos, predominando o sexo feminino (67%). Quanto aos óbitos, a maior ocorrência foi entre a faixa etária 50 a 79 anos.

Tabela 15 – Distribuição de casos e óbitos de chikungunya, São Luís/MA, 2015 a 2017.

Ano da Notific.	TOTAL	Ign/Branco	LAB	CLIN / EPID	EM INVEST	ÓBITOS		
						TOTAL	LAB	CLIN / EPID
2015	190	72	24	94	0	0	0	0
2016	3711	332	361	3013	5	15	8	7
2017	374	16	51	305	2	0	0	0

Fonte: SINAN.

- ✓ Zika vírus

O vírus Zika teve sua primeira aparição registrada em 1947, após detecção em macacos sentinelas para monitoramento da febre amarela, na floresta Zika, em Uganda.

Entretanto, somente em 1954 os primeiros casos em seres humanos foram relatados, na Nigéria. Atingiu a Oceania em 2007 e a Polinésia Francesa no ano de 2013. Os primeiros casos da doença, no Brasil, foram registrados em 2015, no Rio Grande do Norte e Bahia. Atualmente, sua presença está documentada em cerca de 70 países[5].

Cerca de 80% dos indivíduos infectados pelo vírus Zika são assintomáticos. O MS confirmou a relação entre o vírus Zika e a microcefalia. O que levou ao surgimento de uma nova e grave patologia, a síndrome congênita pelo Zika vírus[5].

Em São Luís, a confirmação laboratorial dos primeiros casos autóctones de Zika vírus ocorreu a partir de maio de 2015. Em 2016 ocorreu epidemia da doença, com a maior ocorrência de casos(2.817) e também dois óbitos, sendo um confirmado pelo critério clínico-epidemiológico e outro por laboratório (tabela 16). Quanto à faixa etária dos óbitos, um ocorreu em menor de um ano e o outro na faixa de 20 a 34 anos. A maior frequência dos casos notificados foi de 20 e 34 anos, do sexo feminino (68%).

Tabela 16 – Distribuição de casos e óbitos de Zika, São Luís/MA, 2013 a 2017.

Ano da Notific	TOTAL	Ign/Branco	LAB	CLIN / EPID	EM INVEST	ÓBITOS TOTAL	ÓBITOS LAB	ÓBITOS CLIN / EPID
2015	37	18	6	13	0	0	0	0
2016	2817	166	26	2625	0	2	1	1
2017	238	11	15	212	0	1	0	1

Fonte: SINAN.

Assim como em outras capitais do Nordeste, o município de São Luís passou por uma expressiva epidemia de dengue, febre Chikungunya e Zika vírus,no ano de 2016, inclusive com a ocorrência de formas graves e óbitos por essas arboviroses. O elevado número de casos caracterizou-se como grave problema de saúde pública para o município, com sobrecarga nos serviços de saúde, desde APS, até a média e alta complexidade. Também resultou em vários danos à população, de natureza social, econômico e familiar.

Especialmente, devido à gravidade dos casos de febre Chikungunya. Patologia caracterizada por manifestações dolorosas e bastante incapacitantes, as quais cursam por um longo período de tempo, podendo chegar a meses ou anos. O que leva os indivíduos acometidos uma redução na sua capacidade de autocuidado, assim como produtiva, em relação às suas atividades laborais. Quanto à atenção a esses indivíduos, os serviços de saúde

do município, especialmente os de ambulatório e reabilitação, necessitaram se adequar ao aumento exponencial da demanda.

Também devido ao surgimento de uma nova patologia, nunca antes descrita, a síndrome congênita pelo Zika vírus, consequência da transmissão vertical do vírus Zika, a qual pode trazer vários danos à criança, principalmente cerebrais. O que pode resultar em formas graves e incapacitantes da doença. Tal situação epidemiológica teve como consequência a reestruturação das linhas de cuidado direcionadas à gestante e à criança, e com isso a reestruturação da atenção na rede cegonha. Com a principal finalidade de promover a prevenção de novos casos, assim como possibilitar o tratamento/reabilitação da crianças portadoras da síndrome congênita pelo Zika vírus. Os casos de síndrome congênita pelo Zika vírus, em São Luís, foram 11 em 2015, 30 em 2016, 03 em 2017 e 01 em 2018, totalizando 41 casos.

Referente à atenção às arboviroses dengue, febre Chikungunya e Zika vírus, o serviço de vigilância do município participa do acompanhamento dos casos, nos diversos serviços de saúde. Desde a notificação, até o encerramento dos mesmos. Nesse processo são realizadas visitas nas unidades de saúde; análise diária das fichas de notificação/investigação; coleta de material para sorologia e isolamento viral; e visitas aos núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar. Também busca ativa dos casos graves e óbitos nas unidades de saúde; além de investigação domiciliar de todos os óbitos suspeitos de arboviroses.

São ainda realizadas capacitações sobre prevenção, controle e manejo dessas arboviroses para profissionais da AB/ESF, unidades de saúde de média e alta complexidade, especialmente dos núcleos de vigilância hospitalar e comissão controle de infecção hospitalar. Também são capacitados os profissionais que atuam diretamente no Programa Municipal de Controle das Arboviroses, além de estudantes de graduação de faculdades e universidades. Tem-se ainda a elaboração de boletins epidemiológicos mensais referentes à essas arboviroses, assim como notas técnicas, quando necessário.

As atividades realizadas pelos Agentes de Combate a Endemias (ACE), no município, referente à prevenção e controle dessas arboviroses consistem em:

- Ações de Educação em Saúde – implantadas primeiramente com a equipe de nível central e posteriormente estendidas para os diversos distritos da capital. Atividades de educação em saúde, com ênfase na prevenção e controle dessas arboviroses são realizadas de forma contínua e regular em escolas, empresas, associação de morados, e diversos outros espaços e territórios.

- Levantamento de Índice e Tratamento Focal – ação realizada através de visita domiciliar dos ACE, a qual tem contribuído para o controle dos casos de arboviroses, no município de São Luís, mantendo o Índice de Infestação Predial (IIP) de *Aedes aegypti*, em um padrão de estabilidade de médio risco, levando em consideração o parâmetro do MS (≤1%) (tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição do índice de infestação predial de Aedes aegypti obtido na realização do Levantamento de Índice Rápido de Aedes aegypti (LIRAa), São Luís/MA, 2013 a 2017.

ANO	JAN	FEV	MAR	JUN	AGO	OUT	NOV	MÉDIA / IPP %
2013	-	-	1.1	-	-	1.1	-	1.1
2014	1.1	-	1.8	1.5	-	1.0	-	1.4
2015	-	-	-	2.2	2.2	-	1.0	1.8
2016	-	-	1.7	-	1.4	1.4	-	1.5
2017	-	1.7	1.8	-	-	1.2	-	1.6

Fonte: LIRA/MS.

- Inspeção e Tratamento de Pontos Estratégicos – ação importante para controle do vetor das arboviroses, uma vez que são pontos de maior vulnerabilidade de criatórios e proliferação de *Aedes aegypti*, como: borracharias, ferros velhos, sucatas, dentre outros, inspecionados quinzenalmente. Realização também de tratamento de foco mensalmente. Tais pontos de foco foram motivo para a implantação do Projeto Selo Legal, ora desativado, cuja ação possibilitou considerável redução na infestação do *Aedes*. Acrescente-se também o trabalho de recolhimento de pneu e de material em desuso, realizado em parceria permanente com a Secretaria Municipal de Obra e Serviços Público (SEMOSP), com destino final desse material para os ecopontos.

- Trabalho de Nebulização Espacial – o programa tem desenvolvido ações de bloqueio, a partir da identificação dos casos de dengue notificados, visando diminuir a densidade do vetor, na sua forma alada, com o intuito de interromper de forma imediata a transmissibilidade da doença e impedir sua expansão.

- ✓ Doenças exantemáticas (Rubéola, Sarampo e Varicela)

A rubéola, sarampo e varicela são doenças exantemáticas agudas, de etiologia viral, que apresentam alto potencial decontagio e acometem principalmente crianças. A importância

epidemiológica da rubéola está relacionada ao risco de abortos, natimortos, e malformação congênita, como cardiopatia, catarata e surdez. Denominada Síndrome da Rubéola Congênita (SRC).

O Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS),no ano de 2013. Entretanto, entre 2013 e 2015, ocorreram surtos decorrentes de pacientes vindos de outros países, sendo registrados neste período 1.310 casos da doença. O maior número de casos foi registrado nos Estados de Pernambuco e Ceará.

No ano de 2017, foram confirmados casos de sarampo em venezuelanos que adentraram no estado de Roraima, ocasionando um surto da doença no estado, com ampliação de casos da doença para Manaus[9].Segundo dados do MS, até julho foram confirmados 444 casos de sarampo no Amazonas, sendo que 2.529 permanecem em investigação e 147 foram descartados. Já o estado de Roraima confirmou 216 casos da doença, 160 continuam em investigação e 38 foram descartados[10].

No período de 2012 a 2017 foram notificados 602.136 casos de varicela no Brasil, a região Sul registrou o maior número de casos(199.057) e a região Norte o menor (40.325). A região Nordeste apresentou nesse período 87.882 casos da doença[11].Em São Luís foram notificados 67 casos de varicela na ficha de investigação de surto, conforme recomendação ministerial. Foi notificado 1 caso suspeito de Rubéola. Com relação a SRC e Sarampo, não tivemos notificações em 2018. Dentre as atividades desenvolvidas no municípios, pelo serviço de vigilância das doenças exantemáticas, tem-se: busca ativa de casos suspeitos; notificação e investigação de casos suspeitos; visitas às unidades de saúde e visitas domiciliares; coleta e transporte de material biológico para exames; atividades de educação em saúde e capacitação de profissionais.

- ✓ Poliomielite

A poliomielite ou paralisia infantil é uma doença contagiosa aguda, causada por poliovírus. Embora sua frequência seja maior em criança, também pode ocorrer em adultos. Seu contágio se dá por meio do contato direto com fezes, eliminadas por pessoas infectadas. Nos casos graves, em que acontecem as paralisias musculares, os membros inferiores são os mais atingidos. Embora erradicada no Brasil, desde 1990, permanece como uma doença atual,

de alta importância em Saúde Pública, visto que ainda há circulação de poliovírus selvagem em países da África, Ásia e Oriente Médio, com risco de importação de casos[12].

Segundo recomendações da OMS, o monitoramento da erradicação da poliomielite é feito por meio da vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA), portanto, todo caso de deficiência motora aguda e flácida, em menores de 15 anos, ou em individuo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação do poliovirus nos últimos 30 dias, que antecederam o início do déficit motor, ou ainda contato no mesmo período com pessoas que viajaram para esses países e que apresentarem suspeita diagnóstica de poliomielite deve ser imediatamente notificado, realizando a investigação em 48 horas com coleta de fezes até o 14º dia do início do déficit motor e realização de revisita em até 60 dias do início da deficiência motora[12].

Durante o quadriênio 2014 a 2017, verifica-se 19 casos de PFA notificados e encerrados, segundo os critérios do MS (tabela 18). O serviço de VE vem desenvolvendo busca ativa de casos de PFA, por meio de investigação de casos suspeitos, visitas nas unidades de saúde e avaliação dos prontuários. Além de visitas domiciliares, coletas e transportes de material biológico para exames. Para esses casos de suspeita de PFA, são ainda realizadas revisitas para avaliação neurológica.

Também são realizadas regularmente capacitações dos profissionais, com estratégias de treinamento "in loco" nas unidades de saúde, sobre a vigilância da PFA (identificação e notificação oportunas dos casos, e acompanhamento dos mesmos.

Tabela 18 - Casos notificados de PFA/poliomielite, São Luís/MA, 2014 a 2017.

ANO	CASOS
2014	03
2015	07
2016	04
2017	05
TOTAL	**19**

Fonte: SINAN.

- ✓ Leishmaniose visceral

A LV, também conhecida como calazar, é uma doença crônica, sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, aumento do fígado e baço, perda de peso, fraqueza, redução da força muscular, anemia e outras manifestações. Causada por

protozoários do gênero Leishmania. Sua transmissão se dá através do vetor flebotomíneo (mosquito palha). A doença acomete, além do homem, um número considerável de mamíferos, principalmente cães, os quais são o principal reservatório da doença, em zonas urbanas. Enquanto que, em zonas rurais, são bovinos e equinos. No ano de 2017 foram registrados 4.103 casos de LV no Brasil, sendo que a maior frequência desses casos se concentram na região Nordeste, com 1824 casos[13].

No município de São Luís, o perfil epidemiológico da LV mudou nos últimos anos, passando de ambiente rural para o meio urbano, especialmente periferia das cidades. O que decorre do processo de intensa urbanização. No ano de 2016 foram registrados 91 casos da doença, e em 2017, 59 casos, com redução aproximada de 65%.No ano de 2017 ocorreram 04 óbitos por LV, o que mostra 50% de redução quando comparado ao ano de 2016 (08 óbitos) (tabela 19).

Tabela 19 - Série histórica de LV humano em São Luís/MA, 2010 a 2017.

ANO	N° DE CASOS	OBITOS	TAXA DE LETALIDADE
2010	15	01	6,6
2011	19	01	5,2
2012	17	-	-
2013	35	02	5,5
2014	36	01	2,7
2015	76	16	21,05
2016	91	08	8,7
2017	59	04	6,7

Fonte: SINAN.

Nos anos de 2016 e 2017 foram registrados 150 casos de LV no município de São Luís. Nesse período, os casos se concentraram no Distrito Tirirical (50 casos), tendo o Bairro Vila Cidade Operaria a maior ocorrência (17 casos). Os Distritos Vila Esperança (10 casos) e Cohab (11 casos) foram os que apresentaram menos casos da doença (quadro 2).

Quadro 02 – Casos confirmados de LV por bairro e distrito, São Luís/MA, 2016 a 2017.

CASOS CONFIRMADOS DE LV - 2016-2017			
AUTOCTONIA POR DISTRITO E LOCALIDADE DE TRANSMISSÃO			
DIST.01- CENTRO			
Bairro Residência	**2016**	**2017**	**Total**

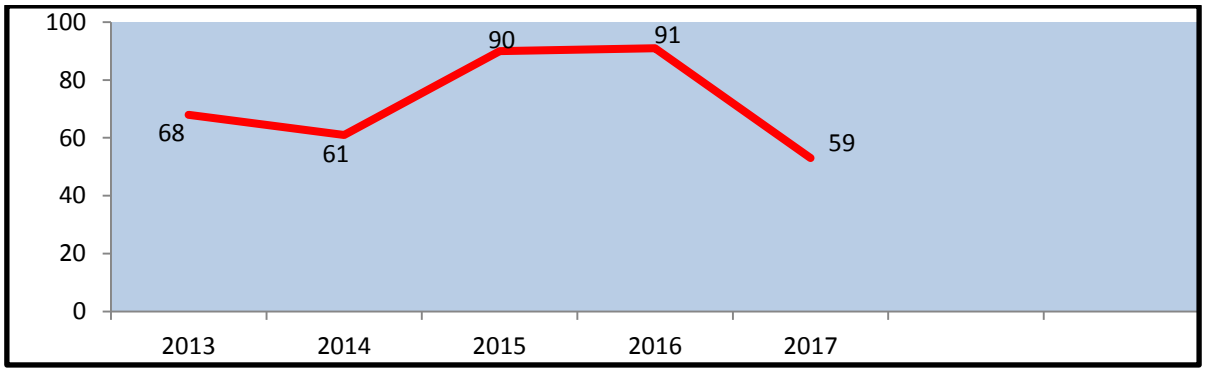
BELIRA	3	0	3
CAMBOA	2	1	3
FE EM DEUS	0	0	0
LIBERDADE	3	1	4
LIRA	0	1	1
SAO LUÍS (CENTRO)	2	0	2
MONTE CASTELO	1	0	1
VILA PASSOS	1	0	1
MADRE DEUS	1	0	1
Total	**13**	**3**	**16**
DIST.02 - ITAQUI BACANGA			
Bairro Residência	**2016**	**2017**	**Total**
SA VIANA	1	1	2
SAO RAIMUNDO	1	0	1
VILA EMBRATEL	2	1	3
VILA MAURO FECURY II	0	3	3
VILA NOVA	1	0	1
ANJO DA GUARDA	3	0	3
PIANCO	1	0	1
ANDIROBAL	0	1	1
VILA MARANHAO	2	1	3
Total	**11**	**7**	**18**
DIST.03-COROADINHO			
Bairro Residência	**2016**	**2017**	**Total**
ALEMANHA	2	0	2
AREINHA	1	0	1
BARRETO	1	0	1
PARQUI TIMBIRA	1	0	1
CARATATIUA	1	1	2
COROADINHO	3	5	8
FILIPINHO	0	1	1
JOAO PAULO	2	1	3
REDENCAO	0	1	1
TUNEL DO SACAVEM	1	0	1
VILA DOS NOBRES	1	0	1
Total	**13**	**9**	**22**
DIST.04-COHAB			
Bairro Residência	**2016**	**2017**	**Total**
AURORA	1	0	1
CONJ HABITACIONAL TURU	0	1	1

CRUZEIRO DO ANIL	1	0	1
FORQUILHA	3	0	3
TURU	1	0	1
VILA LUIZAO	1	0	1
COHATRAC IV	1	0	1
OLHO DAGUA	0	1	1
VILA IZABEL CAFETEIRA	1	0	1
Total	**9**	**2**	**11**
DIST.05- BEQUIMÃO			
Bairro Residência	**2016**	**2017**	**Total**
ANIL	3	1	4
COHAFUMA	0	1	1
SANTA CRUZ	0	1	1
SAO FRANCISCO	6	3	9
VILA CONCEICAO	1	0	1
VILA JARACATI	0	3	3
VILA PALMEIRA	1	0	1
CONJ. RES. PRIMAVERA	0	1	1
CONJ. ENEY SANTANA RADIONAL	1	0	1
CONJ. BEQUIMÃO	1	0	1
Total	**13**	**10**	**23**
DIST.06-TIRIRICAL			
Bairro Residência	**2016**	**2017**	**Total**
CONJUNTO SANTOS DUMONT	0	1	1
CONJUNTO SAO RAIMUNDO	1	3	4
JARDIM SAO CRISTOVAO	1	3	4
JOAO DE DEUS	1	2	3
SANTO ANTONIO	1	1	2
SAO BERNARDO	1	0	1
VILA BRASIL	1	0	1
VILA CORONEL RIOD	1	0	1
VILA CIDADE OLIMPICA	3	0	3
VILA SANTA CLARA	2	1	3
VILA VITORIA	1	0	1
VILA JANAINA	0	2	2
CAJUPARI	1	0	1
MATO GROSSO	0	1	1
RECANTO CANAA	0	1	1
VILA CIDADE OPERARIA	8	9	17

CRUZEIRO DE SANTA BARBARA	1	1	2
COQUILHO	1	0	1
TAJIPURU	1	0	1
Total	**25**	**25**	**50**
DIST.07-VILA ESPERANÇA			
Bairro Residência	**2016**	**2017**	**Total**
COQUEIRO	1	0	1
ESTIVA	1	0	1
MARACANA	1	1	2
QUEBRA POTE	2	1	3
RESIDENCIAL 2000	0	1	1
VILA ESPERANCA	1	0	1
VILA FUNIL	1	0	1
TOTAL	**7**	**3**	**10**
TOTAL GERAL	**91**	**59**	**150**

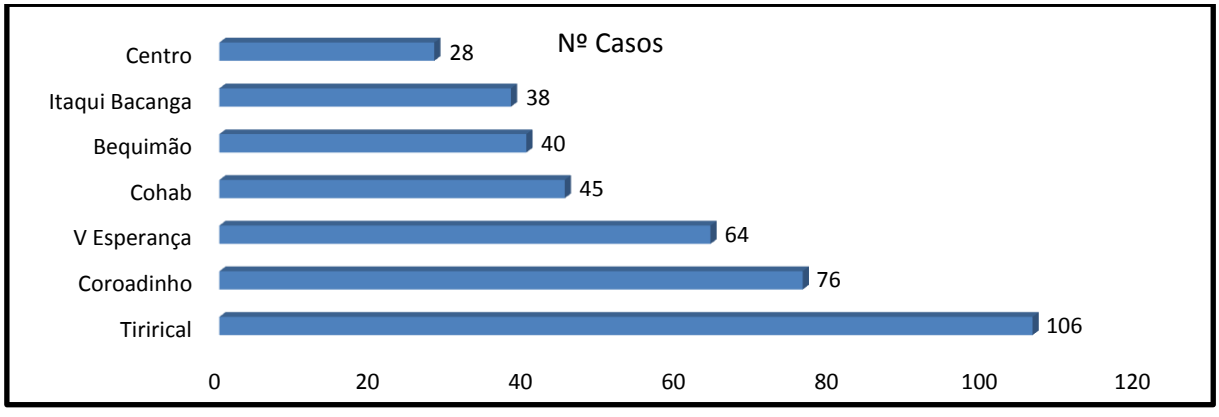
Fonte: SINAN.

Gráfico 11 - Distribuição dos casos de LV, São Luís/MA, 2013 a 2017.



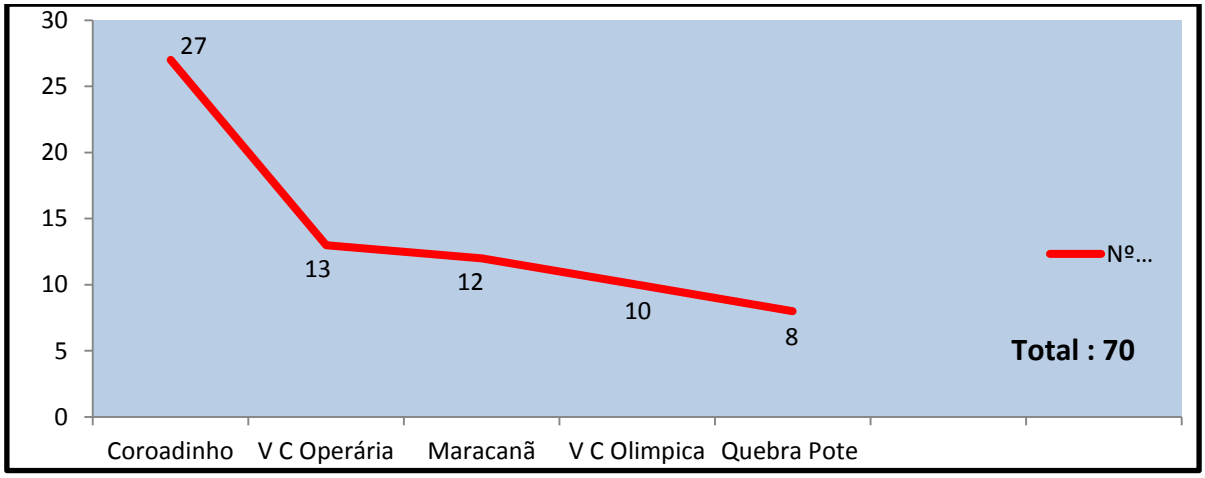
Fonte: SINAN.

Gráfico 12 - Distribuição dos casos de LV por Distrito, São Luís/MA, 2013 a 2017.



Fonte: SINAN.

Gráfico 13 - Distribuição dos casos de LV por bairro, São Luís/MA, 2013 a 2017.



Fonte: SINAN.

No ano de 2015, iniciou-se a oferta de teste rápido humano para LV nas unidades de média e alta complexidade. De 2013 a 2017 foram notificados 363 casos de LV em São Luís. Observam-se oscilações na prevalência da doença nos últimos anos no município, com 6,22/100 mil hab em 2013; 5,58/100 mil hab em 2014; 8,24/100 mil hab em 2015; 8,33/100 mil hab em 2016 e 4,85/100 mil hab em 2017. Quanto aos Distritos Sanitários, destacam-se os Distritos do Coroadinho (5,7/10 mil hab), Vila Esperança (5,5/10 mil hab) e Tirirical (4,5/10 mil hab). Referente aos bairros, as maiores prevalência encontram-se no Maracanã (85,10/10 mil hab), Quebra Pote (28,94/10 mil hab), Coroadinho (16,77/10 mil hab), Vila Cidade Olímpica (4,24/10 mil hab) e Vila Cidade Operária (4,2/10 mil hab).

No Brasil, dentre as capitais, 22 registraram casos de LV nos últimos cinco anos. Sendo que, Campo Grande apresenta a maior prevalência(56,58/100 mil), seguida de Teresina (37,79/100 mil) e São Luís (32,77 /100 mil).

Quanto a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), foram registrados no ano de 2017, 07 casos importados, ou seja, residentes de São Luís infectados em outro município.

- ✓ Programa de Controle da Leishmaniose Visceral

O PCLV tem como principais ações o controle do vetor transmissor, do reservatório canino, além do diagnóstico e tratamento precoce da doença. Contudo, as ações de controle do reservatório canino encontram-se prejudicadas, visto que a Unidade de Vigilância em Zoonoses (UVZ) não tem realizado com regularidade o inquérito canino, recolhimento dos animais suspeitos e eutanásia dos casos confirmados laboratorialmente para calazar. No que

se refere ao vetor, as ações de vigilância entomológica e controle químico têm se intensificado a partir de 2016, com a ampliação dos agentes de controle de endemias para a realização dessas atividades, o que resultou em importante redução dos casos em 2017.

Foram 16 as localidades de realização da pesquisa vetorial: Vila Janaina Cafeteira, Coroadinho, Santa Bárbara, Residencial Resende, Liberdade, Ponta da Areia, Sítio Santa Eulália, Recanto Canaã, Jardim São Cristóvão, Maracujá, Vila Isabel, Conjunto São Raimundo, Vila Palmeira, São Francisco, Cidade Olímpica e Vila Sarney.

Verificou-se redução da densidade flebotomínica no ano de 2017 (2.612 exemplares), quando comparado a 2016 (3.708 exemplares). Destacamos que em 2.016 foram borrifados 11.095 prédios, enquanto que em 2017 foram 14.214 (tabela 20).

Tabela 20 – Prédios com controle químico feito, por casos de LV, São Luís /MA, 2016 e 2017.

ANO	PRÉDIOS BORRIFADOS	INSETICIDA (CARGA)
2016	11.095	15.533 Média 1.4 p/casa
2017	14.214	16.563 Média 1.2 p/casa

Fonte: SVES/SEMUS.

- ✓ Esquistossomose mansoni

A esquistossomose mansoni é encontrada em 54 países, com uma maior prevalência na África e Leste do Mediterrâneo, ocorrendo também nas regiões do Delta do Nilo e países como Egito e Sudão. Nas Américas, está presente na América do Sul, com destaque para região do Caribe, Venezuela e Brasil[14].

No Brasil, a doença é encontrada em todas as regiões do país, com aproximadamente 1,5 milhões de pessoas encontrando-se em áreas de risco. Sendo que, Nordeste e Sudeste são os estados mais afetados. São 19 as Unidades Federadas com áreas endêmicas e focais para esquistossomose: Alagoas, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte (faixa litorânea), Paraíba, Sergipe, Espírito Santo e Minas Gerais (predominantemente no Norte e Nordeste do Estado). Para os estados do Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa

Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Goiás e no Distrito Federal, a transmissão se apresenta de forma focal e não atinge grandes áreas[14].

Ocorre nas localidades sem saneamento básico ou com saneamento básico precário, sendo adquirida através da pele e mucosas, em consequência do contato humano com água contendo formas infectantes do S. mansoni. Seu diagnóstico laboratorial é realizado por meio de exame Kato-katz, recomendada pela OMS. Importante salientar que pequenas obras de saneamento ambiental, como aterro, drenagem e a retificação de coleções hídricas podem representar a solução permanente para o controle da esquistossomose em uma determinada localidade[15].

O município de São Luís apresenta áreas de foco de esquistossomose em dois dos seus Distritos Sanitários (Coroadinho e Itaqui Bacanga), nas quais são realizadas atividades educativas e de busca ativa. Nessas áreas de foco, são realizadas visitas domiciliares, com coleta de material para pesquisa de esquistossomose. Verifica-se que, no ano de 2017, ocorreu a maior prevalência da doença, em relação a 2015 e 2016 (tabela 21). Os bairros Coroadinho, Barreto, Sá Viana, Vila Embratel e Salina Sacavém registraram 92 casos de esquistossomose no período de 2015 a 2017.O bairro Coroadinho foi o que apresentou maior prevalência da doença nesse período (tabela 22).Anualmente, no município, a escolha das localidades a serem realizadas as atividades de prevenção e controle da esquistossomose ocorre com base em dados epidemiológicos, como a presença de localidades com casos da doença e do hospedeiro intermediário. Os casos identificados recebem tratamento e acompanhamento das equipes de saúde da AB. Também são realizadas ações educativas, especialmente em escolas, quanto às principais formas de prevenção da esquistossomose.

Tabela 21 - Programa de controle de esquistossomose, São Luís/MA, 2015 a 2017.

Programa de Controle de Esquistossomose	2015	2016	2017
Localidades com pesquisa/busca ativa de esquistossomose	62	41	19
Exames kato-katz realizados	8.068	5.198	5.074
Pessoas positivas e tratadas	26	12	34
Prevalência de esquistossomose	0,32	0,23	0,67
Prevalência de outras verminoses	1,71	0,87	0,93

Fonte: SVES/SEMUS.

Tabela 22 – Distribuição da prevalência de esquistossomose nos bairros de SãoLuís/MA, 2015 a 2017.

LOCALIDADES	EXAMES	POSITIVIDADES	% PREVALÊNCIA
Coroadinho	2438	52	2,13
Barreto	2060	09	0,43
Sá Viana	2172	11	0,50
Vila Embratel	5497	11	0,20
Salina Sacavém	849	09	1,06

Fonte: SVES/SEMUS.

- ✓ Raiva humana

A raiva é uma doença infecciosa viral aguda, que afeta os mamíferos, inclusive o homem, e caracteriza-se como uma encefalite progressiva e aguda, com letalidade de aproximadamente 100%. É transmitida ao homem pela saliva de animais infectados, principalmente por meio da mordedura, podendo ser transmitida também pela arranhadura e/ou lambedura desses animais[16].

Segundo dados do MS, no período de 2010 a 2017, foram registrados 25 casos de raiva humana no Brasil, sendo que em 2014, não houve casos da doença e a região Sul não notificou nenhum caso. O Nordeste responde por 68% (17) deles, dos quais o Maranhão foi responsável por 07 casos, sendo 02 em 2011; 02 em 2012 e 03 em 2013. No ano de 2017, foram notificados 06 casos de raiva humana, sendo 04 na região Norte (03 no Amazonas; 01 Tocantins) e 02 na região Nordeste (01 no Pernambuco; 01 Bahia)[16].O número de casos de raiva humana tem diminuído, porém a profilaxia pós-exposição continua elevada.

No período compreendido de 2013 e 2017não houve registro de casos de raiva humana em São Luís, todavia, no ano de 2013, ocorreram 03 casos da doença no Maranhão, sendo 01 na grande ilha, no município de São José de Ribamar, 01 em Humberto de Campos e 01 em Mirinzal.

No período de 2013 a 2017, em São Luís, 86% das mais de 28 mil notificações de Atendimento Profilático Antirrábico Humano (AARH) pós-exposição foram em decorrência de agressões envolvendo cães. As agressões por felino corresponderam a 12% e apenas 0,21% ocorreram por morcegos (tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição da espécie agressora nos atendimentos antirrábico humanos, pós-exposição à agressão, São Luís/MA, 2013 a 2017.

Espécie Agressora	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Cão	5.520	4.732	4.420	4.665	4.919	**24.256**
Quiróptero (Morcego)	14	14	11	10	12	**61**
Felino	864	643	665	368	902	**3.442**
Macaco	100	53	57	30	55	**295**
Raposa	3	3	2	0	1	**9**
Outros	34	14	10	6	17	**81**
TOTAL	**6.535**	**5.459**	**5.165**	**5.079**	**5.906**	**28.144**

Fonte: SVES/SEMUS.

Apesar de não terem ocorrido casos mais recentemente, devido sua altíssima letalidade, o município desenvolve atividades constantes de vigilância da raiva humana. Visto que, tem-se estratégias efetivas de prevenção e controle, com o AARH, tanto na APS (ações educativas, observação do animal agressor e vacina antirrábica humana), quanto na média e alta complexidade (soro antirrábico humano e cuidados com as lesões).

A UVZ, por meio da divisão de controle e profilaxia de raiva, desenvolve atividades de vacinação de rotina, tento como impacto social a acessibilidade da população aos serviços de imunização de cães e gatos, contra raiva, no município de São Luís. No período de 2013 a 2017 foram vacinados 9.694 animais, sendo 7.378 cães e 2.316 gatos. Nesse período, também foram realizadas atividades extramuros com equipes de vacinadores para realizar imunização de cães e gatos contra raiva, totalizando 9.447 animais vacinados, sendo 6.857 cães e 2.590 gatos. Além da vacinação, também foram realizadas ações educativas, assim como emissão de carteira de vacinação antirrábica para os proprietários de cães e gatos vacinados.

Em relação às campanhas de vacinação antirrábica canina e felina foram vacinados, nos anos de 2013 a 2017, um total de 737.905 animais, sendo 504.523 cães e 233.382 gatos. A última vacinação com utilização de postos fixos foi realizada em abril de 2013, onde 87.107 animais foram vacinados, enquanto que na primeira campanha utilizando a metodologia casa a casa, conseguiu-se vacinar 134.267 animais (93.521 cães e 40.746 gatos). Em 2017, foram vacinado 162.967 animais. Observa-se que é crescente o número de animais vacinado, de 2013 a 2017 (quadro 3).

Quadro 03 – Distribuição do número de cães e gatos vacinados. São Luís/MA, 2013 a 2017.

AÇÕES	QUANTIDADE					TOTAL
	2013	2014	2015	2016	2017	
Imunização de cães domiciliados, peri-domiciliados e postos fixos, no município de São Luís.	1085	1.474	1.130	1.827	1.862	7378
Imunização de gatos domiciliados, peri-domiciliados e posto fixos no município de São Luís.	190	329	359	854	584	2316
Imunização de cães em Ações Extramuro.	478	376	1.694	1.159	3.150	6857
Imunização de gatos em Ações Extramuro.	131	130	432	551	1.346	2590
Imunização de cães em campanhas de vacinação.	93.521	90.800	104.550	106.909	108.743	504.523
Imunização de gatos em campanhas de vacinação	40.746	40.759	45.580	52.073	54.224	233.382
TOTAL						757.046

Fonte: SVES/SEMUS.

Quadro 04 – Distribuição do número de cães e gatos vacinados, por Distrito. São Luís/MA, 2013 a 2017.

Distrito	2013		2014		2015		2016		2017		Total Cão e gato
	Cão	Gato	Cão	Gato	Cão	Gato	Cão	Gato	Cão	Gato	
Centro	0	0	5.406	3.245	5.596	3.152	5.619	3.488	5.612	3.669	35.787
I. Bacanga	0	0	15.359	6.393	18.423	7.427	17.139	7.846	17.866	8.103	98.556
Coroadinho	0	0	11.806	5.868	12.811	6.378	13.620	7.778	13.469	7.669	79.399
Bequimão	0	0	13.575	5.845	11.225	5.423	15.433	7.877	15.447	8.448	83.273
Cohab	0	0	8.343	4.371	17.240	7.189	15.239	6.832	15.385	7.436	82.035
Tiririca l	0	0	27.243	11.621	30.335	12.553	30.689	14.450	31.006	14.585	172.482
V. Esperança	0	0	9.068	3.416	8.920	3.458	9.170	3.802	9.958	4.314	52.106

Fonte: SVES/SEMUS.

- ✓ Leptospirose

A leptospirose é uma doença infecciosa causada pela bactéria Leptospira, transmitida ao homem pela urina de roedores, principalmente por ocasião das enchentes. Bovinos, suínos, cães e outros animais também podem adoecer e, eventualmente, transmitir a leptospirose ao homem. Sua ocorrência está relacionada às precárias condições de infraestrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados. As inundações propiciam a disseminação e a persistência do agente causal no ambiente, facilitando a ocorrência de surtos.

No Brasil, a leptospirose é uma doença endêmica em todas as unidades da federação, tornando-se epidêmica em períodos chuvosos, principalmente nas capitais e áreas metropolitanas, devido às enchentes associadas à aglomeração populacional de baixa renda, às condições inadequadas de saneamento e à alta infestação de roedores infectados.

As regiões Sul e Sudeste registram os maiores números de casos. No período de 2013 a 2017, a região Nordeste notificou 2.291 casos da doença, onde Pernambuco (908 casos) e Bahia (554) apresentaram maior prevalência. Nesse período o Maranhão notificou 111 casos, dos quais 50 ocorreram em São Luís. No mesmo período ocorreram 317 óbitos na região Nordeste em decorrência da leptospirose, destes, 19 foram do maranhão[17].

No período de 2013 a 2017, os casos de leptospirose, em São Luís, foram mais frequentes no ano de 2014 (40), mantendo-se estáveis nos demais anos. Nesse mesmo período ocorreram 09 óbitos, sendo que no ano de 2013 não foi notificado óbito pelo agravo (tabela 24). O município realiza todas as ações de vigilância, segundo, recomendações do MS, em todos os casos da doença. Também desenvolve, por meio da UVZ, as atividades de controle de roedores, em domicílio e espaços públicos, quando necessário. Além de atividades educativas referente ao agravo.

Tabela 24 – Evolução dos casos de leptospirose em São Luís/MA, 2013 a 2017.

Ano da Notificação	Total	Ign/Branco	Cura	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa
2013	**27**	**15**	**9**	**0**	**3**
2014	**40**	**15**	**21**	**1**	**3**
2015	**28**	**4**	**18**	**3**	**3**
2016	**26**	**4**	**17**	**3**	**2**

2017	**25**	**7**	**10**	**2**	**6**
Total	**146**	**45**	**75**	**9**	**17**

Fonte: SVES/SEMUS.

- ✓ Meningites

A meningite é uma inflamação aguda das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. É causada principalmente por vírus (meningite viral) **e** bactérias (meningite bacteriana), no entanto outros agentes etiológicos também podem causar meningite, como fungos e parasitos. Os sintomas mais comuns da doença são febre súbita e elevada, dor de cabeça intensa e rigidez no pescoço. A meningite é endêmica no Brasil, desse modo são esperados casos da doença ao longo de todo o ano, podendo ocorrer surtos ocasionais. As meningites bacterianas são mais comuns no inverno e as virais, no verão, o que leva a necessidade de fortalecimento das políticas públicas de acordo com essa sazonalidade[18].

O Brasil, de 2013 a 2017, reportou 83.888 casos de meningite (tabela 25), dos quais 34.141 (40,69%) foram diagnosticados no estado de São Paulo. O Maranhão, nesse período, registrou 750 casos da doença (tabela 26). Destes, 160 foram de residentes em São Luís. No mesmo intervalo, percebe-se que o número de casos de meningite, bem como, de óbitos, no Brasil foi reduzindo no decorrer dos anos[18].

Tabela 25 - Casos confirmados de meningite por evolução e ano 1º sintomas, Brasil, 2013 a 2017.

Ano da Notificação	Total de Casos	Ign/Branco	Alta	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa
2013	19263	1283	15489	1799	692
2014	17696	1335	14070	1617	674
2015	16075	1292	12508	1585	690
2016	15607	1322	12147	1490	648
2017	15247	1553	11767	1353	574
Total	**83888**	**6785**	**65981**	**7844**	**3278**

Fonte: Tabnet Datasus.

Tabela 26 - Casos confirmados de meningite por evolução e ano 1º sintomas, Maranhão, 2013 a 2017.

Ano da Notificação	Total de Casos	Ign/Branco	Alta	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa
2013	191	13	128	44	6
2014	136	1	98	34	3
2015	144	6	94	38	6
2016	140	6	86	43	5
2017	139	12	86	38	3
Total	**750**	**38**	**492**	**197**	**23**

Fonte: Tabnet Datasus.

São Luís, no mesmo período (2013 a 2017), apresentou tendência de manutenção número de casos confirmados de meningite, como também, de óbitos, ocorrendo com um ligeiro aumento no ano de 2017 (tabela 27). Assim como no país, a prevenção e controle das meningites tornaram-se bastante efetivos, especialmente devido aos avanços nas atividades de vacinação contra as meningites. Com a incorporação de novas vacinas no calendário nacional de vacinação da criança, além da vacinação de idosos e grupos prioritários.

O município desenvolve ainda, de acordo com as recomendações do MS, a quimioprofilaxia dos contatos, em todos os casos necessários. Além de atividades de educação em saúde, programadas, e quando do surgimento dos casos.

Tabela 27 - Casos confirmados de meningite por evolução e ano 1º sintomas, São Luís/MA, 2013 a 2017.

Ano da Notificação	Total de Casos	Ign/Branco	Alta	Óbito pelo agravo notificado	Óbito por outra causa
2013	37	1	25	9	2
2014	28	-	20	8	-
2015	33	-	25	7	1
2016	27	-	20	7	-
2017	35	-	23	12	-
Total	**160**	**1**	**113**	**43**	**3**

Fonte: Tabnet Datasus.

- ✓ Influenza

A influenza consiste em uma doença infecciosa aguda do sistema respiratório, ocasionada pelo vírus influenza, com elevado potencial de transmissão. Os sintomas mais comuns são calafrios, febre, rinorreia, dores de garganta, dores musculares, dores de cabeça, tosse, fadiga e sensação geral de desconforto. Em geral, tem evolução por período limitado, mas pode se apresentar de forma grave[19].

No Brasil circulam três tipos de vírus da influenza (A, B e C). O vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias sazonais, sendo o vírus influenza A responsável pelas grandes pandemias. O tipo C causa apenas infecções respiratórias brandas, não possui impacto na saúde pública, não estando relacionado com epidemias. A vacinação constitui a forma mais eficaz para o controle da doença e de suas complicações. O SUS oferta a vacina que protege contra os tipos A e B do vírus[19].

Durante uma epidemia sazonal de influenza, cerca de 5%a 15% da população é infectada. A OMS estima que as epidemias anuais em todo mundo resultem em cerca de 3 a 5 milhões de casos graves da doença, e aproximadamente de 290.000 a 650.000 mortes, principalmente entre idosos e portadores de doenças crônicas.[19]

Em São Luís, nos anos de 2013 a 2017, foram registrados 08 óbitos por influenza, sendo que 06 ocorreram em 2013 e 02 em 2017 (tabela 28).No ano de 2017, foram notificados 48 casos de influenza, com maior número de casos nas faixas etárias de menor de 02 anos (15) e maior de 60 anos (15). O município desenvolve atividades de vigilância das influenzas, por meio de atividades de educação e mobilização em saúde, imunização, unidades sentinelas (Unidade Mista São Bernardo – adulto e Hospital Odorico Amaral de Matos – criança), e notificação e acompanhamento oportuno dos casos.

Tabela 28 - Número de óbitos por influenza, segundo isolamento viral em São Luís/MA, 2013 a 2017.

Agravo (CID 10)	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**		
					Janeiro	**Março**	**Total**
J 10-Influenza devida a outro vírus da influenza (gripe) identificado.	0	0	0	0	0	1	1
J11 *- Influenza (gripe) devida a vírus não identificado.*	6	0	0	0	1	0	1
TOTAL	6	0	0	0	1	1	2

Fonte: SINAN *Influenza Web*.

- ✓ Monitoramento das doenças diarreicas agudas

No município de São Luís foram notificados 98.076 casos de doenças diarreicas no período de 2012 a 2017 (tabela 29). Observa-se que não houve redução da prevalência dos casos nos últimos anos, que pode estar relacionado a fatores socioambientais e econômicos, além da baixa cobertura de AB no município. Fragilizando atividades educativas nos territórios, para promoção e prevenção das doenças diarreicas. Além das ações de saúde, faz-se necessária a busca pela intersetorialidade, junto a outras Secretarias, instituições públicas e sociedade, com a finalidade de superar fatores condicionantes/determinantes (ambiental, sanitária, epidemiológica) desse processo de adoecimento.

Tabela 29 - Casos monitorados de doenças diarreicas agudas em São Luís/MA, 2012 a 2017.

Agravo	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Doenças Diarreicas	16.825	15.130	17.600	14.195	17.885	16.441	98.076

Fonte: SIVEP/MDDA.

- ✓ Doenças e Agravos não Transmissíveis

A vigilâncias das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTs) tem como eixos estruturantes: Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), violências e acidentes.

As DCNTs caracterizam-se por ter uma etiologia complexa, com muitos fatores de risco, longo período de latência, curso prolongado da doença clínica e origem não infecciosa e, também, por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais. Sua ocorrência é muito influenciada pelos estilos de vida, assim como pelas desigualdades sociais. Os quatro principais grupos de DCNTs são as doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

As DCNTs, em São Luís, assim como no Brasil, representam as principais causas de morbimortalidade e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.

O município desenvolve, de acordo com as diretrizes/orientações do MS, as linhas de cuidados relacionadas às DCNTs, inseridas nas redes de atenção à saúde. Especialmente na AB, por meio de atividades, junto aos territórios, de promoção, prevenção e controles dos fatores de risco e complicações referentes às DCNTs.

Uma das estratégias desenvolvidas anualmente pelo município, de acordo com a orientação/direcionamento do MS, consiste no "Dia Mundial da Saúde". No qual são realizadas atividades junto à população, com a abordagem de temáticas relacionadas à promoção à saúde e bem estar, e prevenção das principais DCNTs. Com enfoque na orientação e estímulo à promoção de hábitos de vida saudáveis pelas pessoas. Desenvolve-se ainda o "Dia Mundial da Atividade Física", o qual visa promover/estimular a prática de atividade física junto à população, demonstrando seus benefícios.

Referente à política de prevenção dos acidentes e violência, assim como em outros municípios, São Luís tem implantado o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), desde 2008. Uma das principais iniciativas para o enfrentamento da morbimortalidade por causas externas, no contexto do SUS, no Brasil. O VIVA foi estruturado em dois componentes: vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo); e vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela).

Em São Luís, no período de 2013 a 2016, as agressões responderam por 67% dos óbitos por causas externas, seguidas pelos acidentes (21%). Nesse grupo, os acidentes de transportes tiveram maior frequência (13%). Já os suicídios representaram 3,4%.Considerando a faixa etária e sexo, os óbitos ocorridos em 2016 por causa externas foram mais expressivos entre homens jovens em idade produtiva (20 e 59 anos), com maior frequência absoluta na faixa etária dos 20 aos 39 anos. Nesse ano, os óbitos masculinos retrataram 86%, tendência semelhantes em anos anteriores (quadro 5).

Também como estratégia de prevenção e controle de acidentes, o município desenvolve o Projeto Vida no Trânsito, desde 2011. Para o desenvolvimento do mesmo, foi criado o Comitê Interinstitucional do Projeto Vida no Trânsito, por meio da Portaria nº 468, de 02 de outubro de 2012. Em 2014, foi publicado o Decreto nº 45.777, que trata da criação do Comitê Municipal para o Planejamento e Desenvolvimento do Projeto Vida no Trânsito, constituído por 17 instituições (federal, estadual, municipal e não- governamental).

Dentre as ações do Comitê tem-se o desenvolvimento da Semana Nacional do Trânsito, na qual são realizadas atividades educativas em vários espaços/territórios, como

escolas, empresas de transporte, faixa de pedestre, terminais de ônibus, além de atividades com o passeio ciclístico, com o envolvimento da sociedade civil e instituições públicas. Também são realizados seminários de mobilização da sociedade, quanto à problemática dos acidentes. No ano de 2015, ocorreu ampliação de parcerias, com Universidades e Sindicatos dos Taxistas e Motociclistas, o que possibilitou maior diversificação das ações, com o propósito de sensibilizar motoristas e pedestres para um trânsito mais seguro. Nesse período, foi realizado, em parceria com o Serviço Social do Transporte/ Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte (SEST/SENAT), o primeiro seminário para motoristas de órgãos públicos, do qual participaram 160 motoristas.

Em 2016, foi iniciada a implantação da metodologia do banco de dados de acidentes, que consiste em uma das ferramentas prioritária para potencializar a construção do diagnóstico da realidade de segurança viária do município. Essa ferramenta busca monitorar/avaliar os registro de vítimas e acidentes de trânsito. No ano de 2017, foram desenvolvidas atividades, como: mobilizações frequentes e regulares em faixa de pedestre, e desenvolvimento da Semana Nacional do Trânsito.

Verificou-se o registro de 115 óbitos por acidentes em 2016 e 100 em 2017, ocorridos em São Luís, após pareamento dos seguintes bancos de dados: Secretaria Municipal de Trânsito e Transporte (SMTT),Polícia Rodoviária Federal (PRF),Sistema de Informação de Mortalidade (SIM),Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN), Centro Integrado de Operações de Segurança Pública(CIOSP),Instituto de Criminalística (ICRIM), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques - Socorrão I.

Referente à violência interpessoal e autoprovocada, foram notificados, de 2013 a 2017, 3.585 casos, nas 35 unidades notificadoras na rede de saúde de São Luís. Contudo, estima-se que exista um número expressivo de subnotificação. Com isso, o serviço de VS do município busca implantar/implementar a notificação nos serviços de saúde, desde a AB, a média e alta complexidade. Assim como, promover, junto aos diversos territórios e serviços, os mecanismos de medidas preventivas e protetivas.

Verifica-se que, nos anos de 2015 e 2016, ocorreu aumento nas notificações, decorrente da intensificação das capacitações realizadas, especialmente, *in loco*, além de monitoramento frequente (tabela 30). As unidades de saúde que realizam o maior número de notificações são aquelas de urgência e emergência, além do hospital universitário (tabela 31).

Tabela 30 - Casos de violência interpessoal e autoprovocada notificados em São Luís/MA, 2013 a 2017.

ANO DA NOTIFICAÇÃO	TOTAL
2013	387
2014	432
2015	933
2016	1034
2017	799
TOTAL	**3585**

Fonte: SVES /SEMUS

Tabela 31–Casos de violência interpessoal e autoprovocada, por unidade de saúde, notificados em São Luís/MA, 2013 a 2017

UNIDADE DE SAÚDE NOTIFICADORA	2013	2014	2015	2016	2017
2310066 Centro de Assistência D João Antonio Farina	27	3	0	7	4
5107911 Centro de Atenção Integral A Saúde do Idoso	14	1	1	3	0
2697998 Centro de Especialidades Medica do Filipinho	0	0	0	1	0
2310023 Centro de Saúde de Fátima – SAE	0	2	0	0	0
2455811 Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS	0	0	0	0	1
2456826 Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS	0	0	0	0	1
2702886 Complexo Hospitalar Materno Infantil do Maranhão	0	0	0	2	2
5457068 Hospital Aliança	1	0	0	0	0
2697688 Hospital Comunitário Nossa Senhora da Penha	0	0	1	1	0
2646668 Hospital da Criança	0	0	12	1	0
2458799 Hospital da Criança Dr. Odorico Amaral de Matos	4	37	348	608	256
5446546 Hospital da Mulher	20	0	1	11	5
2646536 Hospital de Câncer do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho	0	0	0	1	0
2464594 Hospital de Ref.Est. de Alta Complexidade Dr.	0	0	3	8	1

Carlos Macieira					
3344614 Hospital Geral da Vila Luizão	0	0	2	0	2
6913652 Hospital Guarás	0	0	3	0	1
2308800 Hospital Municipal de Urg. e Emerg. Clementino Moura - Socorrão II	24	126	267	86	72
2308762 Hospital Municipal Djalma Marques - Socorrao I	109	84	93	68	82
2457768 Hospital Nina Rodrigues	0	0	0	0	18
2458292 Hospital Presidente Vargas	0	0	0	0	1
2308665 Hospital São Domingos	4	17	5	15	8
2726653 Hospital Universitário HUUFMA	127	94	144	175	241
2309254 Maternidade da Cohab Maternidade Marly Sarney	42	21	29	9	25
2457784 Pronto Socorro do Anil	0	0	0	0	7
2697955 Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho I	1	3	1	7	6
6165397 Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II	0	1	1	2	5
9144706 Unidade de Saúde 24 Horas da Zona Rural	0	0	0	7	2
2456907 Unidade Mista de São Bernardo	0	0	2	2	10
2464276 Unidade Mista do Bequimão	1	1	9	6	7
2455773 Unidade Mista do Coroadinho	1	3	0	1	5
2456915 Unidade Mista Itaqui Bacanga	0	0	3	2	1
6851312 UPA Cidade Operaria	0	21	7	5	6
6568734 UPA Itaqui Bacanga	0	0	0	3	11
6826393 UPA Parque Vitoria	12	18	0	2	18
6851304 UPA Vinhais	0	0	0	1	1
TOTAL	**387**	**432**	**933**	**1034**	**799**

Fonte: SVES /SEMUS

2.5.2 – Mortalidade

- ✓ Mortalidade geral

O número de mortes registradas no Brasil, no período de 2013 a 2016, demonstra aumento gradativo, que tende a acompanhar o crescimento populacional presente no país. Em 2013, foram 1.210.474 de mortes e em 2016, 1.309.774. Comportamento semelhante se observa na Região Nordeste , no Maranhão e em São Luís (tabela 32)[20].

Tabela 32 - Número de mortes, no Brasil, Nordeste, Maranhão e São Luís, 2013 a 2016.

	2013	2014	2015	2016
Brasil	1.210.474	1.227.039	1.264.175	1.309.774
Nordeste	316.415	319.748	337.713	347.095
Maranhão	30.919	32.101	33.666	34.362
São Luís	5.731	5.945	6.141	6.202

Fonte: Painel de Monitoramento/MS.

Nos últimos quatro anos, 2013 a 2016, foram registrados 24.019 óbitos de residentes em São Luís-MA. Dentre as principais causas, as doenças do aparelho circulatório foram as mais prevalentes, representando 25% do total das mortes, seguidas por causas externas (19%) e neoplasias (15,63%) (quadro 5). Sendo a maior frequência na população idosa, seguida da população economicamente ativa (quadro 6).

Quadro 5 - Óbitos por residência e causas (CID 10), São Luís/MA, 2013 a 2016.

Capítulo CID-10	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**Total**	**%**
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	344	269	329	363	1305	5
II. Neoplasias (tumores)	917	930	1007	950	3804	16
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	41	23	24	34	122	0,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	392	320	375	397	1484	6
V.Transtornos mentais e comportamentais	37	39	46	74	196	0,8
VI. Doenças do sistema nervoso	112	136	152	160	560	2,3
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	-	2	2	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	1401	1609	1516	1570	6096	25
X. Doenças do aparelho respiratório	553	553	680	784	2570	11
XI. Doenças do aparelho digestivo	349	320	351	334	1354	6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12	24	27	51	114	0,5
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	16	24	27	15	82	0,3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	108	124	160	166	558	2,3
XV. Gravidez parto e puerpério	14	12	14	14	54	0,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	174	164	167	151	656	2,7
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	73	77	84	72	306	1,2
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	57	73	74	107	311	1,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1131	1248	1108	958	4445	19
Total	**5731**	**5945**	**6141**	**6202**	**24019**	**100,0**

Fonte Tabnet Datasus.

Quadro 06 - Óbitos p/Residência e Faixa Etária, São Luís/MA, 2013 a 2016.

Faixa Etária OPS	2013	2014	2015	2016	Total
Menor 1 ano	291	283	297	252	1123
1 a 4 anos	31	46	31	36	144
5 a 14 anos	49	45	61	46	201
15 a 24 anos	474	470	450	394	1788
25 a 34 anos	555	559	521	464	2099
35 a 44 anos	444	501	454	422	1821
45 a 54 anos	515	537	589	598	2239
55 a 64 anos	691	743	758	801	2993
65 a 74 anos	919	887	915	1014	3735
75 anos e mais	1744	1863	2058	2167	7832
Idade ignorada	18	11	7	8	44
Total	5731	5945	6141	6202	24019

Fonte: Tabnet Datasus.

- ✓ Causas externas

Os óbitos por causas externas ocorridos em São Luís, no ano de 2016, representaram 15% do total de óbitos. Apesar de mostrar uma redução quando comparado a anos anteriores, 2013 (19,7%); 2014 (20%); 2015 (18%) ainda configuram como grave problema de saúde pública (quadro 7).Considerando a faixa etária e sexo, os óbitos ocorridos em 2016 por causa externas foram mais expressivos entre homens jovens em idade produtiva (20 e 59 anos), com maior frequência absoluta na faixa etária dos 20 aos 39 anos. Nesse ano, os óbitos masculinos retrataram 86%, tendência repetida em anos anteriores (quadro 8).

As causas externas correspondem à traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, de início súbito e como consequência imediata de violência ou acidentes. Pela frequência em que ocorrem e por serem os adolescentes e adultos jovens os grupos mais atingidos, as causas externas são as maiores responsáveis pelos anos potenciais de vida perdidos.

Quadro 07 - Óbitos por residência e causas (CID 10), por faixa etária, São Luís/MA, 2016.

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12	3	2	1	2	34	50	50	47	56	42	63	1	363
II. Neoplasias (tumores)	-	4	5	5	4	10	40	99	174	205	233	171	-	950
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	3	1	2	1	4	3	3	3	5	3	4	-	34
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7	2	-	1	1	3	8	17	61	93	98	106	-	397
V.Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	1	1	13	13	17	9	9	11	-	74
VI. Doenças do sistema nervoso	6	5	3	2	6	8	8	13	9	14	23	63	-	160
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	4	3	3	7	25	62	92	173	267	383	549	1	1570
X. Doenças do aparelho respiratório	12	2	2	1	10	15	18	25	54	94	178	373	-	784
XI. Doenças do aparelho digestivo	4	-	-	1	3	16	20	34	46	65	78	67	-	334
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	1	-	-	-	-	1	1	15	6	4	23	-	51
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	1	2	1	1	3	2	1	4	-	15
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	-	-	-	-	7	9	10	11	25	41	62	-	166
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	3	6	5	-	-	-	-	-	-	14
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	151	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	151

XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	50	4	2	-	1	3	2	3	2	2	-	3	-	72
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	-	-	-	15	19	13	13	9	4	11	22	-	107
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5	8	5	7	119	283	210	115	77	39	41	43	6	958
Total	**252**	**36**	**23**	**23**	**174**	**436**	**463**	**489**	**701**	**887**	**1145**	**1565**	**8**	**6202**

Fonte: Tabnet Datasus.

Quadro 08 - Óbitos por residência por capítulo e sexo, São Luís/MA, 2016.

Capítulo CID-10	**Masc**	**Fem**	**Ign**	**Total**
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	203	160	-	363
II. Neoplasias (tumores)	464	486	-	950
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	18	16	-	34
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	181	215	1	397
V.Transtornos mentais e comportamentais	65	9	-	74
VI. Doenças do sistema nervoso	76	84	-	160
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	1	-	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	839	729	2	1570
X. Doenças do aparelho respiratório	390	394	-	784
XI. Doenças do aparelho digestivo	196	138	-	334
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	23	28	-	51
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	9	6	-	15
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	88	78	-	166
XV. Gravidez parto e puerpério	-	14	-	14
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	77	74	-	151
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	38	34	-	72
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	69	38	-	107
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	826	131	1	958
Total	**3563**	**2635**	**4**	**6202**

Fonte: Tabnet Datasus.

Em São Luís, no período de 2013 a 2016, as agressões responderam por 67% dos óbitos por causas externas, seguidas pelos acidentes (21%). Nesse grupo, os acidentes de transportes tiveram maior frequência (13%). Já os suicídios representaram 3,4% (quadro 9).

Quadro 09 - Óbitos por residência, causas externas (Grupo CID-10) e ano. São Luís/MA, 2013 a 2018.

Grupo CID-10	2013	2014	2015	2016	Total
Acidentes	253	267	228	227	975
. Acidentes de transporte	155	161	136	131	583
... Pedestre traumatizado em um acidente de transp.	22	18	22	24	86
... Ciclista traumatizado em um acidente de transp.	3	1	3	2	9
... Motociclista traumat em um acidente de transpo	27	32	24	27	110
... Ocupante automóvel traumat acidente transporte	17	16	8	11	52
... Ocupante veíc transp pesado traumat acid trans	2	-	-	23	25
... Ocupante ônibus traumat acidente de transporte	-	-	1	1	2
... Outros acidentes de transporte terrestre	84	93	78	41	296
... Acidentes de transporte aéreo e espacial	-	-	-	2	2
... Outros acidentes de transporte e os não especi	-	1	-	-	1
. Outras causas externas de traumatismos acidentai	98	106	92	96	392
... Quedas	47	44	53	49	193
... Exposição a forças mecânicas inanimadas	2	6	4	4	16
... Exposição a forças mecânicas animadas	-	-	1	-	1
... Afogamento e submersão acidentais	21	20	17	13	71
... Outros riscos acidentais à respiração	6	9	6	4	25
... Expos corr elétr, radiação e temp press extrem	14	13	6	16	49
... Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	1	7	-	2	10
... Contato com fonte de calor ou substâncias quen	-	-	-	2	2
... Contato com animais e plantas venenosos	-	1	-	-	1
... Exposição às forças da natureza	2	-	-	-	2
... Envenenamento acidental e exposição subst noci	-	2	1	2	5
... Exposição acidental a outr fatores e aos não e	5	4	4	4	17
Lesões autoprovocadas intencionalmente	37	40	43	36	156
Agressões	774	853	758	601	2986
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	35	40	36	43	154
Intervenções legais e operações de guerra	-	3	-	-	3
Complicações de assistência médica e cirúrgica	31	43	42	51	167
. Reaç anorm compl tard proc cirúrg méd s/menç aci	31	43	42	51	167
Seqüelas causas externas de morbidade e mortalidad	1	2	1	-	4
Total	**1131**	**1248**	**1108**	**958**	**4445**

Fonte: Tabnet Datasus.

- ✓ Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil é representada pelo número de crianças que morreram antes de completar um ano de vida a cada mil crianças nascidas vivas no período de um ano.

No Brasil, nas duas últimas décadas, ocorreu importante redução na mortalidade infantil, com o alcance do objetivo de desenvolvimento do milênio "redução da mortalidade infantil", anteriormente ao período previsto, em 2015. Contudo, desde 2016, vem ocorrendo aumento significativo nesse indicador, no país.

No município de São Luís foram registrados, no período de 2013 a 2017, 1.393 óbitos em crianças menores de 1 ano de idade. As duas principais causas de óbito, nessa faixa etária, foram problemas originados no período perinatal e as má-formação congênita, somando 1.128 óbitos (80%), seguidas de doenças infecciosas e parasitárias, e doenças relacionadas ao aparelho respiratório.[20]

Quadro 10 - Óbitos infantis por residência e capítulo CID-10, São Luís/MA, 2013 a 2016.

Capítulo CID-10	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017***	**Total**
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	26	21	20	12	6	85
II. Neoplasias (tumores)	4	2	2	-	1	9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	1	1	2	2	7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	2	1	7	4	16
VI. Doenças do sistema nervoso	3	9	6	6	6	30
IX. Doenças do aparelho circulatório	2	-	2	1	3	8
X. Doenças do aparelho respiratório	17	14	13	12	8	64
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	2	5	4	0	12
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	1	4	1	1	8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	174	163	167	151	172	827
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	56	62	70	50	63	301
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	1	1	1	1	4
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4	5	5	5	3	22
Total	**291**	**283**	**297**	**252**	**270**	**1393**

Fonte: Tabnet Datasus. *Dados Preliminares

A mortalidade infantil é um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde e saneamento básico. Considerando o percentual de óbitos por causas evitáveis, ocorridos em menores de 1 ano, no período de 2013 a 2017, São Luís alcançou entre 64% a 68%. O Estado do Maranhão e a Região Nordeste apresentaram percentuais ainda mais elevados. No Brasil foi de 67% e 69%.

Quadro 11 - Mortalidade infantil e fetal por óbitos totais e evitáveis, São Luís/MA, 2013 a 2018.

	Óbitos Totais					Óbitos Evitáveis				
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017***	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017***
Brasil	38.966	38.432	37.501	36.350	36.154	26.930	26.201	25.423	24.373	24.369
Nordeste	12.717	12.112	11.825	11.505	11.469	9.103	8.541	8.270	7.927	8.021
Maranhão	1.896	1.813	1.789	1.656	1.785	1.341	1.276	1.259	1.158	1.305
São Luís	291	283	297	252	270	189	194	193	172	192

Fonte: Painel de Monitoramento. - *Dados preliminares

- ✓ Mortalidade materna

A mortalidade materna é decorrente de causa relacionada ou agravada pela gravidez, parto ou até 42 dias após o parto. É um indicador importante da qualidade da assistência à saúde da mulher durante o pré-natal, parto e puerpério. As principais complicações responsáveis por quase 75% de todas as mortes maternas, são: hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia); hemorragias graves (principalmente após o parto); infecções (normalmente depois do parto); e complicações no parto e abortos inseguros[20].

Segundo dados do Painel de Monitoramento Materna, no período de 2013 a 2017, o Brasil registrou8.480 óbitos maternos declarados, com destaque para os anos de 2014 e2015, que tiveram o maior número de registros. Na região Nordeste, no mesmo período, o número de óbitos maternos vem diminuindo, percebendo-se maior registro no ano de 2013. Já no Maranhão, nesse período, os óbitos maternos tiveram maior frequência no ano de 2015, com 117 óbitos (quadro 12).

O número de óbitos maternos no município de São Luís se manteve constante no período de 2013 a 2015 (12 óbitos), ocorrendo uma elevação em 2016, com 16 óbitos. O ano de 2017, embora com dados preliminares, demonstra o ocorrência de queda importante (7 óbitos) nos óbitos maternos declarados (quadro 12).

Quadro 12 - Óbitos maternos por residência, São Luís/MA, 2013 a 2017.

	Óbitos Maternos					
	2013	**2014**	**2015**	**2016**	**2017***	**Total**
Brasil	1686	1738	1738	1666	1652	8.480
Nordeste	617	593	580	538	523	2.851
Maranhão	111	93	117	110	96	527
São Luís	12	12	12	14	7	57

***** Fonte: Painel de Monitoramento. *Dados preliminares

- ✓ Vigilância do óbito

A vigilância do óbito tem como missão e objetivos: conhecer o número e o perfil dos óbitos maternos, de mulheres em idade fértil, e óbitos fetais e infantis, de residentes em São Luís. Também seus determinantes e potencial de evitabilidade; melhoria da informação; visibilidade ao problema; subsidiar a implantação e/ou implementação de medidas que promovam a redução da mortalidade; monitorar a qualidade da assistência à saúde; elaborar fluxo de investigação de óbitos materno, infantil, fetal e mulher em idade fértil, em parceria com Superintendência de Ações de Saúde, Coordenação da AB e Coordenação de Saúde da Mulher para responsabilização de acordo com as portarias vigentes, com a atuação dos profissionais da ESF, para realizarem as investigações em domicílio e ambulatorial na área de cobertura[20].

Nos últimos anos, a vigilância do óbito em São Luís, em parceria com a ESF e Coordenação da Saúde da Mulher, e o apoio dos núcleos hospitalares de epidemiologia, avançou com a investigação dos óbitos maternos, sobretudo nos anos de 2016 e 2017, alcançando o indicador de 100% dos óbitos maternos investigados (quadro 13).

O alcance desse indicador é resultado do fortalecimento do serviço com reuniões do grupo técnico para análise, classificação de evitabilidade e levantamento da problemática, por meio da análise criteriosa do prontuário hospitalar, ambulatorial e investigação domiciliar, com a participação do Hospital Universitário Materno Infantil, Maternidade Benedito Leite e Maternidade Marly Sarney.

Pretende-se continuar a atividade de educação permanente com profissionais da ESF, mediante treinamento em serviço; fortalecer a atuação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia com o treinamento em serviço; fortalecer a atuação do grupo técnico para análise dos óbitos e identificação de seus determinantes.

Quadro 13 - Número de óbitos notificados e investigados, residentes em São Luís/MA, 2015 a 2017.

	2015			2016			2017		
	Casos	**Investigados**	**%**	**Casos**	**Investigados**	**%**	**Casos**	**Investigados**	**%**
Maternos Declarados	11	11	100	14	14	100	5	5	100
MIF	389	389	100	400	398	98	395	395	100
Infantis	298	273	92	252	197	79	270	187	70
Fetais	244	244	100	185	170	92	180	174	97

Fonte: SIM/WEB.

2.6 Determinantes e condicionantes da saúde

O processo de transição demográfica, juntamente com o processo de transição nutricional, pelos quais o Brasil passou, aliados a outros fatores, contribuíram para a transição epidemiológica. Esta, apesar de ainda não ter se completado, resultou em uma mudança importante no perfil de morbimortalidade nos municípios. Tais processos de transição contribuíram para a situação de saúde que o país se encontra, caracterizada pela tripla carga de doença.

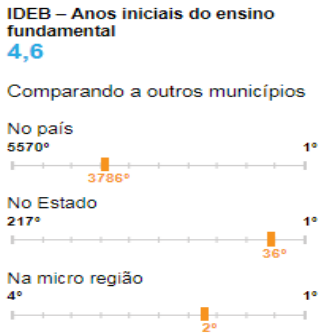
Em São Luís, assim como em todo o país, a atenção à saúde necessita considerar esse fenômeno da tripla carga de doenças, no qual tem-se uma agenda de saúde ainda não superada, referente às doenças e agravos transmissíveis, e principalmente demandas de saúde em franco crescimento, como as DANTs, acidentes e violências.

Aliado aos processos de transição demográfica, nutricional e epidemiológica, aspectos socioeconômicos ainda influenciam na situação de saúde do município, referentes à tripla carga de doenças. Como, indicadores educacionais da população, processo de urbanização e saneamento (percentual de domicílios com água encanada e rede de esgoto, energia elétrica, coleta de lixo, acessibilidade), ocupação e renda, e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Verifica-se que, indicadores negativos como baixa escolaridade, processo de ocupação urbana desordenado, com elevados percentuais de regiões com abastecimento de água e coleta de lixo irregulares, e sem rede de esgoto sanitário, impactam negativamente nos indicadores de saúde e na condição de saúde da população. Assim como, populações com menores rendas, vivendo em situação de vulnerabilidade social(situação de pobreza e extrema pobreza), apresentam menor acesso aos serviços de saúde, indicadores de saúde e condições de saúde mais comprometidos.

2.6.1 - Aspectos socioeconômicos

Referente à educação, em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.6 no Ìndice de Desenvolvimento da Educação Básica(IDEB). Para os alunos dos anos finais, essa nota foi 4. Na comparação com cidades do mesmo Estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava São Luís na posição 36 de 217. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava para 15 de 217 (figura 5 e 6).

Figura 5 - IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental, segundo outros municípios, em São Luís/MA, 2015.



Fonte: IBGE.

Figura 6 - IDEB – Anos finais do ensino fundamental, segundo outros municípios, em São Luís/MA, 2015.

Fonte: IBGE.

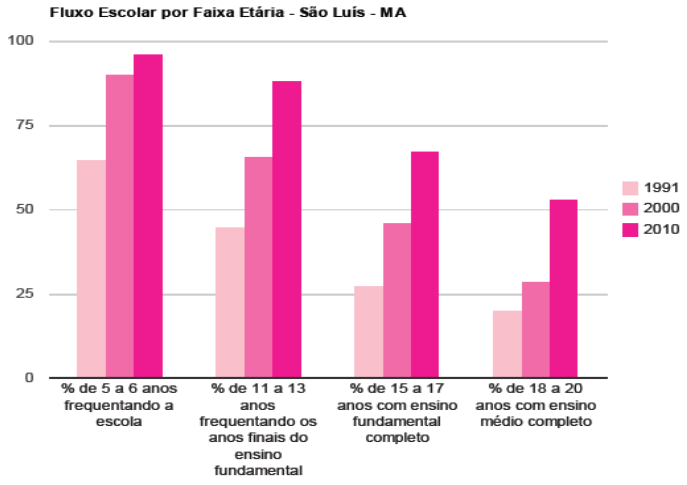
A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96.8 em 2010. Isso posicionava o município na posição 105 de 217, dentre as cidades do Estado e na posição 3.870 de 5.570 , dentre as cidades do Brasil (figura 7).

Figura 7 - Taxa de escolarização de 6 a 14 anos, segundo outros municípios, São Luís/MA, 2015.

Fonte: IBGE.

Um importante indicador que compõe o IDHM da Educação é verificado pela proporção de crianças e jovens frequentando a escola ou tendo completado determinados ciclos. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola foi de 96,02%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental foi de 88,14%; a de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo foi de 67,20%; e a jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo foi de 53,07%. Entre 1991 e 2010, essas proporções foram de 31,30%, 43,56%, 39,99% e 33,09% (figura 8).

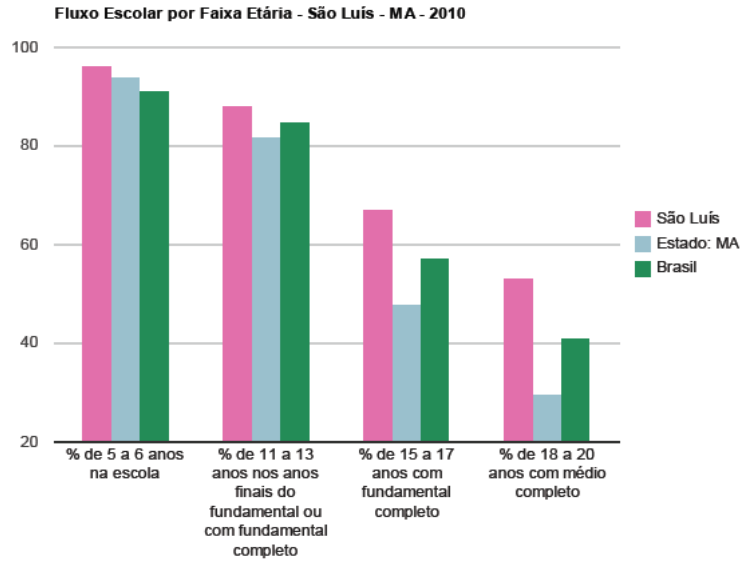
Figura 8 – Fluxo escolar, segundo faixa etária em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Em relação aos anos na escola, o município de São Luís apresentou em 2010, um valor maior que a média do Estado do Maranhão e do Brasil. Evidenciando-se maior diferenciação na faixa etária de 15 a 17 anos com fundamental completo e de 18 a 20 anos com ensino médio completo (figura 9).

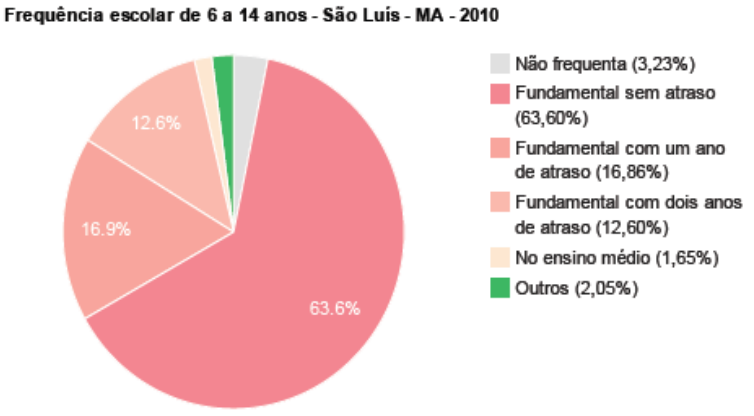
Figura 9 – Fluxo escolar, segundo faixa etária em São Luís/MA, 2010.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

O percentual de alunos entre 6 a 14 anos cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade, em São Luís, em 2010, foi 63,60%.A proporção de crianças de 6 a 14 anos sem frequentar a escola foi de 3,23% em 2010 (figura 10). Já entre os jovens de 15 a 17 anos esse percentual atingiu 11,22% (figura 10 e 11).

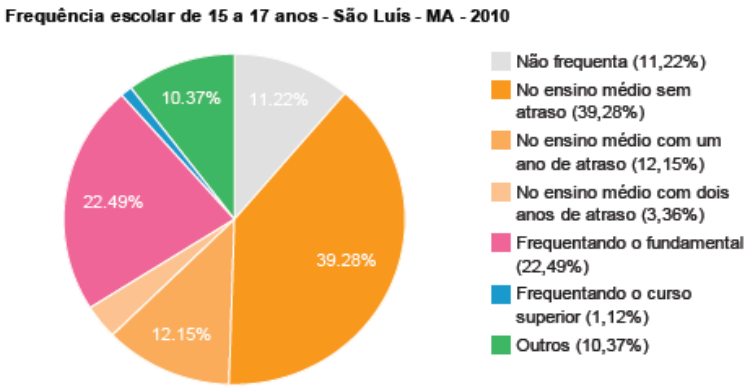
Figura 10 – Frequência escolar de 6 a 14 anos em São Luís/MA, 2010.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Na faixa de 15 a 17 anos, apenas 39,28% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso, em 2010 (figura 11).

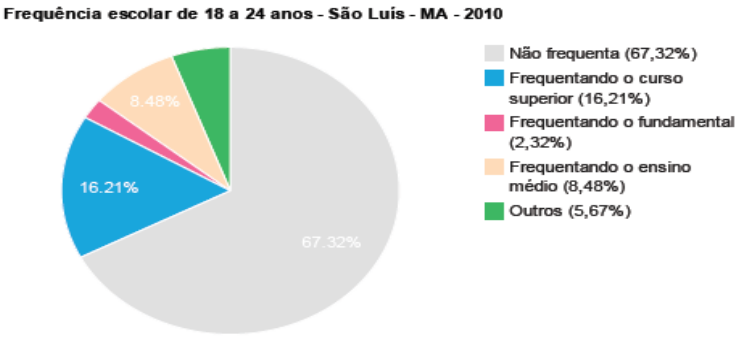
Figura 11 – Frequência escolar de 15 a 17 anos em São Luís/MA, 2010.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Em 2010, o percentual de alunos de 18 a 24 anos cursando o ensino superior foi de 16,21%. Nesse ano, 67,32% de jovens na faixa etária de 18 a 24 anos não frequentavam escola e apenas 8,48% dos alunos frequentavam o ensino médio. No ensino fundamental, eram 2,32% dos alunos nessa faixa etária (figura 12).

Figura 12 – Frequência escolar de 18 a 24 anos em São Luís/MA, 2010.



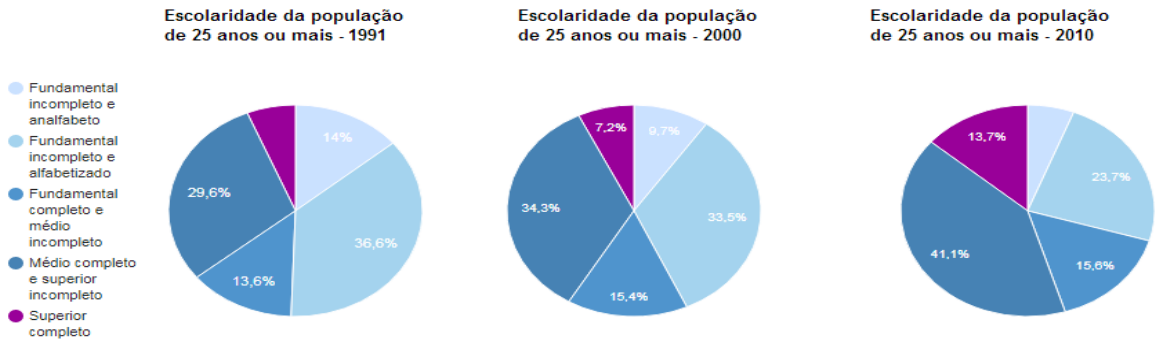
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Um importante indicador de acesso a conhecimento é verificado na escolaridade da população adulta, que também compõe o IDHM Educação.

Entre 2000 e 2010, o percentual da população de 18 anos ou mais de idade, com ensino fundamental completo, passou de 59,58% para 73,45% no município. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 5,92% eram analfabetos,

70,41% tinham o ensino fundamental completo, 54,79% possuíam o ensino médio completo e 13,73%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27% (figura 13).

Figura 13 – Escolaridade da população de 25 anos ou mais anos. São Luís/MA, 1991, 2000, 2010.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Os anos esperados de estudo indicam o número de anos que a criança que inicia a vida escolar, no ano de referência, e deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 9,59 anos para 9,84 anos, no município, enquanto na UF passou de 6,87 anos para 9,26 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 8,63 anos, no município, e de 6,29 anos, na UF (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013).

São Luís possui um considerável número de escolas públicas e particulares, universidades, faculdades e institutos federais. Dados do IBGE demonstram 476 escolas de ensino fundamental e 147 instituições de ensino médio, no ano de 2015.

Tabela 33 – Perfil da escolarização. São Luís/MA, 2015.

EDUCAÇÃO	
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade	**96,8** %
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental	**4,6**
IDEB – Anos finais do ensino fundamental	**4**
Matrículas no ensino fundamental	**142.310** matrículas
Docentes no ensino fundamental	**7.358** docentes
Matrículas no ensino médio	**52.739** matrículas
Docentes no ensino médio	**3.809** docentes
Número de estabelecimentos de ensino fundamental	**476** escolas
Número de estabelecimentos de ensino médio[2015]	**147** escolas

Fonte: IBGE.

O município apresenta as seguintes instituições de ensino superior públicas:

- Federais

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

IFMA – Instituto Federal do Maranhão

- Estaduais

UEMA – Universidade Estadual do Maranhão

UNIVIMA – Universidade Virtual do Maranhão

O município apresenta as seguintes instituições de ensino superior privadas:

CEST – Faculdade Santa Terezinha

FSL – Faculdade São Luís

UNDB – Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

UNICEUMA – Centro Universitário do Maranhão

FAMA – Faculdade Atenas Maranhense

FACAM – Faculdade do Maranhão

IESEMA - Instituto de Estudos Superiores do Maranhão

UVA-IDEM - Universidade Vale do Acaraú

Centro Universitário UNISEB COC

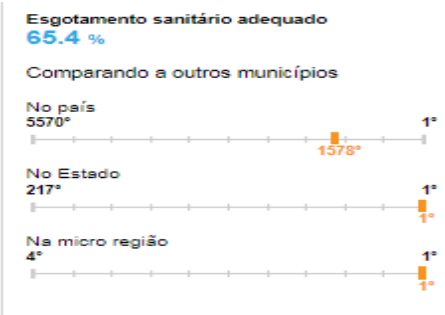
Faculdade Maurício de Nassau

Faculdade Pitágoras

Faculdade Florence

Quanto ao território e ambiente, segundo o IBGE, São Luís apresenta 65.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. Quando comparado com os outros municípios do Estado, São Luís fica na posição 1 de 217, e 1.578 de 5.570, em relação aos outros municípios do país (figura 14).

Figura 14 – Esgotamento sanitário adequado, São Luís/MA, 2010.



Fonte: Censo IBGE.

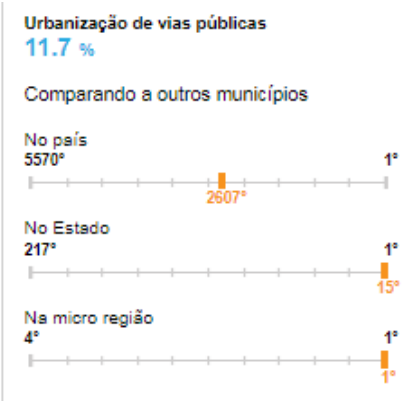
De acordo com o IBGE, São Luís apresenta 32.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização. Comparando a outros municípios fica na posição 172 de 217 no Estado e 4.783 de 5.570 no Brasil (figura 15).

Figura 15 – Arborização de vias públicas, São Luís/MA, 2010.

Fonte: Censo IBGE.

São Luís, segundo IBGE, possui 11.7% de domicílios urbanos e vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio), ficando na posição 15 de 217 no Estado e 2.607ª de 5.570ª em relação às outras cidades do Brasil (figura 16).

Figura 16 – Urbanização de vias públicas, São Luís/MA, 2010.



Fonte: Censo IBGE.

Relacionado à habitação, em 2010, o percentual de domicílios com água encanada representou 83,18%, com energia elétrica foram 99,89% e, 92,95% da zona urbana foram beneficiados com coleta de lixo. Em 1991, o percentual de domicílios com coleta de lixo foi 64,61% e 70,32% possuíam água encanada. (tabela 34).

Tabela 34 – Indicadores habitação, São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010.

Indicadores de Habitação	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	70,32	63,75	83,18
% da população em domicílios com energia elétrica	99,04	99,67	99,89
% da população em domicílios com coleta de lixo (somente população urbana)	64,61	75,92	92,95

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

São Luís apresenta um total de 413 localidades, sendo 231 distribuídas na zona urbana e 182 na zona rural. Com uma superfície total de 828 Km², a zona urbana conta com 463 Km² e a zona rural 365 Km². Dos 421.174 mil prédios relacionados, a maioria, 84,90%,concentra-se na zona urbana (tabela 35).

Tabela 35 - Total de localidades, superfície e prédios por zona urbana e rural, São Luís/MA, 2018.

ZONA	LOCALIDADES	SUPERFÍCIE	PRÉDIOS	%
URBANA	231	463 Km²	357.548	84,90
RURAL	182	365 Km²	63.626	15,10
TOTAL	413	828 km²	421.174	100

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

O município de São Luís, administrativamente, apresenta-se dividido em 07 Distritos, a saber: Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, COHAB, Bequimão, Tiririca l e Vila Esperança.

Figura 17 – Mapa município de São Luís/MA, por Distrito, 2018.

Na zona urbana, os Distritos que possuem maior quantidade de prédios são Bequimão (26%) e Tirirical (22,5%), seguidos pelo Distrito Cohab (17%) e Coroadinho (14%). O Distrito Vila Esperança é predominantemente rural e representa apenas 3% dos prédios urbanos, em uma área de 14 Km² (tabela 36).

A maior concentração populacional correspondente a zona urbana está no Distrito Bequimão (26%), com uma população de 241.092 habitantes, seguido pelos Distritos Tirirical (22,5%), com 207.672 habitantes e Cohab (17%), com 159.570 pessoas. A menor população em zona urbana, com 26.274 habitantes, que representa, encontra-se no Distrito Vila Esperança (3%).

Tabela 36 – Total de localidades, superfície, prédios e habitantes por Distrito, zona urbana, São Luís/MA, 2018.

Zona urbana	Km^2	Localidades	Prédios	%Prédios	Habitantes	%Habitantes
Distrito 01- Centro	41	20	31.947	9	82.821	9
Distrito 02 – Itaqui Bacanga	36	18	30.250	8,5	78.422	8,5
Distrito 03 - Coroadinho	74	37	50.559	14	131.070	14
Distrito 04 – Cohab	80	40	61.552	17	159.570	17
Distrito 05 – Bequimão	121	64	92.998	26	241.092	26
Distrito 06 – Tirirical	90	45	80.107	22,5	207.672	22,5
Distrito 07 - Vila Esperança	14	7	10.135	3	26.274	3
TOTAL	**463**	**231**	**357.548**	**100,00**	**926.921**	**100,00**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

Na área rural, a maior concentração de prédios está no Distrito Vila Esperança (54%), distribuídos em uma área de 188 km², seguido do Distrito Itaqui-Bacanga (28%), com 110 km² e Distrito Tirirical (17%), em uma área de 49 Km².Ainda referente à população rural, o Distrito Vila Esperança, com 89.409 habitantes, apresenta o maior contingente populacional (54%). Outros dois distritos, Itaqui-Bacanga (28%) e Tirirical (17%) também são

representativos. Enquanto que, o Distrito Coroadinho (1%) é menos expressivo, e os Distritos Cohab e Bequimão não têm representação na zona rural (tabela 37).

Tabela 37 – Total de localidades, superfície, prédios e habitantes por Distrito, zona rural, São Luís/MA, 2018.

Zona Rural	Km²	Localidades	Prédios	%Prédios	Habitantes	%Habitantes
Distrito 01 – Centro	-	-	-	-	-	-
Distrito 02 – Itaqui Bacanga	110	54	18.065	28	46.831	28
Distrito 03 – Coroadinho	18	9	338	1	876	1
Distrito 04 – Cohab	-	-	-	-	-	-
Distrito 05 – Bequimão	-	-	-	-	-	-
Distrito 06 – Tiririca	49	24	10.735	17	27.831	17
Distrito07 – Vila esperança	188	94	34.488	54	89.409	54
TOTAL	**365**	**182**	**63.626**	**100,00**	**164.947**	**100,00**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

O Distrito Centro possui uma extensão territorial de 42Km². Dentre as suas localidades, o Bairro Centro é o mais populoso, com 22.526 habitantes, seguido dos Bairros Liberdade e Monte Castelo, com 13.846 habitantes e 9.849 habitantes (quadro 14).

Quadro 14 - Distrito Centro/Zona Urbana. Superfície – 42Km². São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADE	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	012	APEADOURO	BAIRRO	1.311	3.398
02	031	BELIRA	BAIRRO	444	1.151
03	042	CAMBOA	BAIRRO	1.293	3.352
04	073	COREIA DE BAIXO	BAIRRO	384	995
05	074	COREIA DE CIMA	BAIRRO	510	1.322

06	080	DIAMANTE	BAIRRO	733	1.900
07	087	FÉ EM DEUS	BAIRRO	1.128	2.924
08	091	FLORESTA	BAIRRO	1.247	3.233
09	100	GOIABAL	BAIRRO	744	1.929
10	122	LIBERDADE	BAIRRO	5.341	13.846
11	124	LIRA	BAIRRO	1.109	2.875
12	125	MACAUBA	BAIRRO	547	1.418
13	126	MADRE DE DEUS	BAIRRO	781	2.025
14	134	MONTE CASTELO	BAIRRO	3.799	9.849
15	268	RETIRO NATAL	BAIRRO	1.499	3.886
16	046	CENTRO	BAIRRO	8.689	22.526
17	085	SITIO DO MEIO	BAIRRO	874	2.266
18	210	VILA BESSA	BAIRRO	487	1.266
19	301	VILA GORETE	BAIRRO	150	389
20	226	VILA PASSOS	BAIRRO	877	2.274
TOTAL	-	-	-	**31.947**	**82.821**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

O Distrito Itaqui-Bacanga possui uma superfície de 35 km² na área urbana. Os bairros Anjo da Guarda e Vila Embratel possuem a maior representação populacional, com 20.355 e 14.728 habitantes (quadro 15).

Quadro 15 – Distrito Itaqui Bacanga/Zona Urbana. Superfície – 35 km². São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADE	CATEGORIA	PRÉDIO	HABITANTE
01	011	ANJO DA GUARDA	BAIRRO	7.852	20.355
02	032	BOM FIM	BAIRRO	402	1.042
03	256	CAMPUS UNIVERSITÁRIO (UFMA)	BAIRRO	47	122
04	267	FUMACÊ	BAIRRO	925	2.398
05	266	GANCHARIA	BAIRRO	662	1.716
06	334	RESIDENCIAL ANA JANSENI	BAIRRO	619	1.605
07	568	RESIDENCIAL LUÍS BACELAR	BAIRRO	1.028	2.665

08	237	RESIDENCIAL PARAÍSO	BAIRRO	791	2.051
09	299	RESIDENCIAL RESENDE	BAIRRO	496	1.286
10	179	SÁ VIANA	BAIRRO	1.683	4.363
11	194	SÃO RAIMUNDO	BAIRRO	1.468	3.806
12	028	VILA BACANGA	BAIRRO	1.088	2.821
13	212	VILA EMBRATEL	BAIRRO	5.681	14.728
14	219	VILA IZABEL	BAIRRO	1.602	4.153
15	263	VILA JAMBEIRO	BAIRRO	375	972
16	222	VILA MAURO FECURY I	BAIRRO	798	2.069
17	318	VILA MAURO FECURY II	BAIRRO	3.171	8.221
18	223	VILA NOVA	BAIRRO	1.562	4.049
TOTAL	-	-	-	**30.250**	**78.422**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

Localizado em área rural, o Distrito Itaqui-Bacanga possui 55 localidades, distribuídas em uma área de 97 Km². Do total de 46.831 moradores, o Povoado Vila Maranhão possui a maior representação (3.715). Esta localidade apresenta também o maior número de prédios (quadro 16).

Quadro 16 -Distrito Itaqui Bacanga/ Zona Rural. Superfície– 97 Km². São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADE	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	003	ALTO DA ESPERANÇA	POVOADO	901	2.336
02	005	AMAPAURA	POVOADO	168	436
03	036	ARGOLA DE TAMBOR	POVOADO	1.034	2.681
04	035	BOUQUEIRÃO	POVOADO	62	161
05	038	CAJUEIRO	SITIO	303	786
06	043	CAMBOA DOS FRADES	SITIO	84	218
07	565	COLLIER I	POVOADO	321	832
08	052	CONCEIÇÃO	POVOADO	124	321
09	496	FABRIQUETA	POVOADO	676	1.752
10	098	GAPARA	SITIO	1.040	2.696
11	558	GUARIMANDUBA	POVOADO	48	124
12	497	ILHA DA PAZ	POVOADO	918	2.380

13	105	ILHA DO MEDO	POVOADO	06	16
14	104	ILHA DUAS IRMÃES	POVOADO	05	13
15	296	ILHA GUARDA AMOR	POVOADO	03	08
16	111	ITAQUI	POVOADO	408	1.058
17	561	JACU	POVOADO	66	171
18	559	JARDIM S. JOAQUIM	POVOADO	161	420
19	123	LIMOEIRO	SITIO	13	34
20	255	LONDRES	SITIO	05	13
21	538	MÃE CHICA	POVOADO	660	1.711
22	135	MURTURA	SITIO	205	531
23	138	OUTEIRO	SITIO	205	754
24	140	PALMEIRAL	SITIO	05	13
25	142	PARNUAÇU	SITIO	147	277
26	151	PIANCÓ	SITIO	429	1.112
27	153	PINDOBA	SITIO	47	122
28	328	PORTO DO ITAQUI	PORTO	42	109
29	162	PORTO GRANDE	POVOADO	380	985
30	327	PORTO PONTA DA MADEIRA	PORTO	51	132
31	498	RESIDENCIAL PARAÍSO I	POVOADO	1.092	2.831
32	178	RESIDENCIAL PRIMAVERA	POVOADO	323	837
33	499	RIACHO DOCE	POVOADO	241	625
34	535	RIO DOS CACHORROS	POVOADO	308	798
35	500	SÁ VIANA I	POVOADO	775	2.009
36	177	SANTA CRUZ	POVOADO	16	41
37	536	SANTA RITA	POVOADO	83	215
38	182	SANTO ANTONIO	SITIO	64	166
39	560	SITINHO	POVOADO	566	1.467
40	567	SÃO BENEDITO	POVOADO	181	469
41	189	SÃO JOÃO	SITIO	171	443
42	566	SÃO MATEUS	POVOADO	72	187
43	192	SÃO RAIMUNDO	SITIO	46	119
44	197	TAIM	SITIO	145	376
45	200	TAMANCÃO	POVOADO	86	223
46	309	TELHA	SITIO	06	16
47	523	VILA ARIRI	POVOADO	1234	3.199
48	524	VILA CERÂMICA	POVOADO	243	630
49	525	VILA DOM LUÍS	POVOADO	723	1.874

50	502	VILA EMBRATEL I	POVOADO	819	2.123
51	501	VILA JAMBEIRO I	POVOADO	378	980
52	517	VILA MADUREIRA	POVOADO	122	316
53	221	VILA MARANHÃO	POVOADO	1.433	3.715
54	537	VILA PROMETIDA	POVOADO	38	99
55	562	VILA TIRADENTES	POVOADO	336	871
TOTAL	-	-	-	**18.065**	**46.831**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

A zona urbana do Distrito Coroadinho apresenta uma superfície de 75 Km², sendo dividida por 37 localidades. Com uma população total de 131.070 pessoas, os Bairros Coroadinho e Fátima, apresentam 16.099 e 13.800 habitantes, sendo os mais populosos (quadro 17).

Quadro 17 – Distrito Coroadinho/Zona Urbana. Superfície – 75 Km². São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADES	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	002	ALEMANHA	BAIRRO	2322	6020
02	325	ALTO DO PARQUE TIMBIRA	BAIRRO	636	1649
03	016	AREINHA	BAIRRO	2782	7212
04	086	BAIRRO DE FÁTIMA	BAIRRO	5323	13800
05	024	BARÉS	BAIRRO	1553	4026
06	025	BARRETO	BAIRRO	2104	5454
07	034	BOM JESUS	BAIRRO	2844	7373
08	045	CARATATIUA	BAIRRO	955	2476
09	051	COHEB DO SACAVÉM	BAIRRO	1578	4091
10	053	CONCEIÇÃO	BAIRRO	1356	3515
11	276	CONJ. SALINA DO SACAVÉM	BAIRRO	97	251
12	075	COROADINHO	BAIRRO	6210	16099
13	076	COROADO	BAIRRO	1896	4915
14	089	FILIPINHO	BAIRRO	534	1384
15	117	JOÃO PAULO	BAIRRO	3062	7938
16	118	JORDÔA	BAIRRO	658	1706

17	471	OUTEIRO DA CRUZ	BAIRRO	118	306
18	143	PARQUE AMAZONAS	BAIRRO	896	2322
19	144	PARQUE DOS NOBRES	BAIRRO	458	1187
20	254	PARQUE NICE LOBÃO	BAIRRO	933	2419
21	472	PARQUE PINDORAMA	BAIRRO	273	708
22	145	PARQUE TIMBIRA	BAIRRO	257	666
23	569	PINDORAMA	SITIO	67	174
24	023	PRIMAVERA	BAIRRO	965	2502
25	167	REDENÇÃO	BAIRRO	730	1893
26	238	RESIDENCIAL VALE VERDE	BAIRRO	513	1330
27	174	SACAVÉM	BAIRRO	2114	5480
28	474	SALINA DO SACAVÉM	BAIRRO	833	2160
29	475	TÚNEL DO SACAVÉM	BAIRRO	1183	3067
30	208	VENEZA	BAIRRO	1415	3668
31	216	VILA DOS FRADES	BAIRRO	2076	5382
32	188	VILA DOS NOBRES	BAIRRO	1321	3424
33	503	VILA GOV. JOSÉ REINALDO TAVARES	BAIRRO	247	640
34	218	VILA IVAR SALDANHA	BAIRRO	1.002	2.598
35	264	VILA NATAL	BAIRRO	265	687
36	326	VILA SÃO JOÃO	BAIRRO	334	866
37	239	VILA SÃO SEBASTIÃO	BAIRRO	649	1682
TOTAL	-	-	-	**50.559**	**131.070**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

Na área rural, com uma extensão de 19 Km², o Distrito Coroadinho possui 09 (nove) sítios, totalizando um contingente de 876 pessoas e 338 prédios (quadro 18).

Quadro 18- Distrito Coroadinho/Zona Rural. Superfície – 19 Km². São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADES	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	029	BATATÃ	SITIO	15	39
02	088	FERVENTA	SITIO	50	130
03	092	FLOR DO CINTO	SITIO	190	493
04	099	GARANJAL	SITIO	02	5
05	121	LAPA	SITIO	02	5

06	127	MAMÃO	SITIO	04	10
07	170	RIO DA PRATA	SITIO	33	86
08	090	SITIO DO FÍSICO	SITIO	26	67
09	154	SITIO PIRANHENGA	SITIO	16	41
TOTAL	-	-		**338**	**876**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

A zona urbana do Distrito COHAB apresenta uma área de 83 km², distribuída em 40 localidades, sendo os Bairros Turu e Vila Luizão os mais representativos, em número de prédios e pessoas (quadro 19).

Quadro 19 – Distrito: Cohab /Zona Urbana. Superfície – 83 Km².São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADES	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	018	AURORA	BAIRRO	2442	6330
02	485	BRISA DO MAR	BAIRRO	1081	2802
03	033	BOM JARDIM	BAIRRO	806	2090
04	234	COND. HILTON RODRIGUES	BAIRRO	100	259
05	280	CONJ. COHAB ANIL I	BAIRRO	458	1965
06	282	CONJ. COHAB ANIL II	BAIRRO	721	1869
07	284	CONJ. COHAB ANIL III	BAIRRO	2002	5190
08	285	CONJ. COHAB ANIL IV	BAIRRO	1588	4117
09	270	CONJ. COHATRAC I	BAIRRO	1233	3196
10	271	CONJ. COHATRAC II	BAIRRO	1291	3347
11	272	CONJ. COHATRAC III	BAIRRO	1025	2657
12	287	CONJ. COHATRAC IV	BAIRRO	2408	6243
13	061	CONJ. HABITACIONAL TURU	BAIRRO	1208	3132
14	063	CONJ. JARDIM DAS MARGARIDAS	BAIRRO	1036	2686
15	279	CONJ. JARDIM DE FÁTIMA	BAIRRO	342	887
16	064	CONJ. PLANALTO TURU I	BAIRRO	211	547
17	065	CONJ. PLANALTO TURU II	BAIRRO	1376	3567
18	066	CONJ. PLANALTO TURU III	BAIRRO	678	1758
19	273	CONJ. RES. PRIMAVERA I	BAIRRO	975	2528
20	078	CRUZEIRO DO ANIL	BAIRRO	2488	6450
21	082	DIVINEIA	BAIRRO	2024	5247

22	096	FORQUILHA	BAIRRO	3108	8057
23	110	ITAPIRACÓ	BAIRRO	1430	3707
24	137	OLHO DAGUA	BAIRRO	2994	7762
25	147	PARQUE VITÓRIA	BAIRRO	2596	6730
26	157	PLANALTO ANIL II	BAIRRO	1648	4272
27	158	PLANALTO ANIL III	BAIRRO	516	1338
28	159	PLANALTO ANIL IV	BAIRRO	652	1690
29	306	RECANTO DO TURU	BAIRRO	488	1265
30	302	RESIDENCIAL CANUDOS	BAIRRO	690	1789
31	492	RES. RIO PIMENTA	BAIRRO	463	1200
32	173	CHÁCARA BRASIL	BAIRRO	1022	2649
33	180	SANTA ROSA	BAIRRO	889	2305
34	483	SOL E MAR	BAIRRO	2053	5322
35	487	TERRA LIVRE	BAIRRO	1112	2883
36	207	TURÚ (BOA ESPERANÇA)	BAIRRO	4229	10963
37	514	TURÚI	BAIRRO	3782	9805
38	220	V. IZABEL CAFETEIRA	BAIRRO	2641	6847
39	484	VILA LITORÂNEA	BAIRRO	1286	3334
40	477	VILA LUIZÃO	BAIRRO	4160	10785
TOTAL	-	-	-	**61.552**	**159.570**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

Em sua área rural, que compreende 11 Km², O Distrito Cohab apresenta 05 localidades, totalizando 3.239 prédios e 8.675 habitantes (quadro 20).

Quadro 20– Distrito Cohab/Zona Rural. Superfície – 11 Km².São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADES	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	033	BOM JARDIM	POVOADO	774	2.073
02	306	RECANTO DO TURU	POVOADO	488	1.307
03	169	RETIRO	POVOADO	264	707
04	173	ROSANA	POVOADO	824	2.207
05	180	SANTA ROSA	POVOADO	889	2.381
TOTAL				**3.239**	**8.675**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

O Distrito Bequimão, zona urbana, apresenta-se dividido em 48 bairros, totalizando 66.103 prédios e 177.057 habitantes. O Bairro São Francisco, com 20.895 habitantes é o mais populoso, seguido do Bairro Vila Palmeira com 13.232 habitantes. Estes bairros seguem a mesma posição em número de prédios (quadro 21).

Quadro 21 – Distrito Bequimão/Zona Urbana. Superfície – 103 Km².São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADES	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	286	ALTO DO CALHAU	BAIRRO	680	1.821
02	533	BARRAMAR	BAIRRO	673	1.803
03	041	CALHAU	BAIRRO	1.007	2.697
04	050	COHAFUMA	BAIRRO	2.147	5.751
05	049	COHAMA	BAIRRO	1.727	4.626
06	233	COHASERMA	BAIRRO	372	996
07	054	CONJUNTO ANGELIM	BAIRRO	1.594	4.270
08	056	CONJUNTO BEQUIMÃO	BAIRRO	2.982	7.987
09	058	CONJUNTO COHAJAP	BAIRRO	659	1.765
10	060	CONJ. ENEY SANTANA - RADI.	BAIRRO	533	1.428
11	258	CONJ. MANOEL BEKMAN	BAIRRO	102	273
12	303	COND. IPEM BEQUIMÃO	BAIRRO	2.169	5.810
13	067	CONJ. RES. IPASE	BAIRRO	805	2.156
14	070	CONJ. VINHAIS	BAIRRO	2.145	5.745
15	304	CONJUNTO RES. RIO ANIL	BAIRRO	1075	2.879
16	236	CUNTIMDO PADRE	BAIRRO	272	729
17	323	CURVA DO NOVENTA	BAIRRO	327	876
18	1534	GRAN PARK PRIME	BAIRRO	3.084	8.260
19	293	ILHINHA	BAIRRO	1.982	5.309
20	469	JARDIM COELHO NETO	BAIRRO	304	814
21	114	JARDIM RENASCENÇA I	BAIRRO	2.186	5.855
22	300	JARDIM RENASCENÇA II	BAIRRO	2.704	7.243
23	131	MARANHÃO NOVO	BAIRRO	1.190	3.187
24	136	NOVO ANGELIM	BAIRRO	3.341	8.949
25	055	PARQUE ATHENAS	BAIRRO	672	1.800
26	473	PARQUE SHALON	BAIRRO	1.366	3.659
27	480	PLANALTO VINHAIS I	BAIRRO	844	2.261
28	481	PLANALTO VINHAIS II	BAIRRO	629	1.685

29	160	PONTO D' AREIA	BAIRRO	1.680	4.500
30	297	QUINTA DO CALHAU	BAIRRO	823	2.204
31	532	QUINTA DO CALHAU II	BAIRRO	481	1.288
32	294	RES. ANA JANSEN	BAIRRO	552	1.479
33	493	RES.VITÓRIA	BAIRRO	150	402
34	324	RES. VINHAIS	BAIRRO	572	1.532
35	332	RES.PINHEIROS	BAIRRO	948	2.539
36	166	RECANTO VINHAIS	BAIRRO	2.102	5.630
37	176	SANTA CRUZ	BAIRRO	2.408	6.450
38	187	SÃO FRANCISCO	BAIRRO	7.801	20.895
39	191	SÃO MARCOS	BAIRRO	745	1.995
40	250	SÍTIO SANTA EULALIA	BAIRRO	71	190
41	291	VILA CONCEIÇÃO	BAIRRO	1.603	4.294
42	308	VILA CRISTALINA	BAIRRO	864	2.314
43	196	VILA JARACATI	BAIRRO	1.098	2.941
44	319	VILA MARINHA	BAIRRO	311	833
45	320	VILA MENINO JESUS DE PRAGA	BAIRRO	405	1.085
46	225	VILA PALMEIRA	BAIRRO	4.940	13.232
47	321	VILA PROGRESSO	BAIRRO	493	1.321
48	322	VILA 25 DE MAIO	BAIRRO	485	1.299
TOTAL				**66.103**	**177.057**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

A área rural desse Distrito está representada em apenas 02 Km², sendo o Sítio Santo Antônio II, com 224 prédios e 600 habitantes a única localidade classificada (quadro 22).

Quadro 22 – Distrito Bequimão/Zona Rural. Superfície – 02 Km².São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADES	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	184	SANTO ANTÔNIO II	Sitio	224	600
TOTAL				**224**	**600**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

O Distrito Tirirical apresenta uma área urbana de 95 Km², dividida em 44 localidades. Dispõe de 68.519 prédios e 183.528 habitantes. O Bairro Vila Cidade Olímpica, ocupa a

primeira posição em quantidade de prédios e habitantes, seguido pelo Bairro João de Deus e Conjunto São Raimundo, respectivamente (quadro 23).

Quadro 23- Distrito Tiririca /Zona Urbana.Superfície – 95 Km².São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADES	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	330	AEROPORTO CUNHA MACHADO	AER.	58	155
02	281	ASSENT. RURAL DO VALIAN	PAD	372	996
03	022	BAIXÃO	BAIRRO	384	1.029
04	026	BASE AÉREA	BAIRRO	190	509
05	265	CAMPUS UNIVERSITÁRIO-UEMA	BAIRRO	43	115
06	059	CONJUNTO COHAPAN	BAIRRO	549	1.471
07	062	CONJ. IPEM S. CRISTOVÃO	BAIRRO	1.318	3.530
08	478	CONJUNTO JAGUAREMA	BAIRRO	534	1.430
09	505	RESID. ALEXANDRA TAVARES	BAIRRO	459	1.229
10	068	CONJ. SANTOS DUMONT	BAIRRO	285	763
11	069	CONJ. SÃO RAIMUNDO	BAIRRO	4.139	11.086
12	295	DOM RICARDO	BAIRRO	286	766
13	310	JARDIM AMÉRICA I	BAIRRO	1.399	3.747
14	311	JARDIM AMÉRICA II	BAIRRO	691	1.851
15	312	JARDIM JENIPARANA	BAIRRO	528	1.414
16	115	JARDIM SÃO CRISTOVÃO	BAIRRO	2.602	6.970
17	313	JARDIM SÃO PAULO	BAIRRO	1.151	3.083
18	116	JOÃO DE DEUS	BAIRRO	4.369	11.702
19	146	PARQUE UNIVERSITÁRIO	BAIRRO	901	2.413
20	155	PIRAPORA	BAIRRO	1.030	2.759
21	156	PLANALTO ANIL I	BAIRRO	521	1.396
22	511	RECANTO DOS PÁSSAROS	BAIRRO	1.094	2.930
23	491	RESD. JOÃO ALBERTO DE SOUSA	BAIRRO	1.019	2.729
24	512	RESIDENCIAL ORQUÍDEA	BAIRRO	516	1.382
25	494	RESID. PONTAL DA ILHA	BAIRRO	1.589	4.256
26	289	RESID. SOL NASCENTE	BAIRRO	101	271
27	531	RESID. TIRADENTES	BAIRRO	1.529	4.095

28	181	SANTO ANTÔNIO	BAIRRO	1.677	4.492
29	185	SÃO BERNARDO	BAIRRO	3.451	9.244
30	186	SÃO CRISTOVÃO	BAIRRO	3.624	9.707
31	206	TIRIRICAL	BAIRRO	832	2.229
32	515	VILA AMÉRICA	BAIRRO	395	1.058
33	253	VILA AIRTON SENA	BAIRRO	362	970
34	211	VILA BRASIL	BAIRRO	2.100	5.625
35	248	VILA CASCAVEL	BAIRRO	1.952	5.228
36	314	VILA CORONEL RIOD	BAIRRO	2.069	5.542
37	316	VILA CIDADE OLÍMPICA	BAIRRO	11.501	30.806
38	213	VILA EDSON LOBÃO	BAIRRO	1.350	3.616
39	516	VILA GENIPARAMA	BAIRRO	404	1.082
40	315	VILA JANAÍNA CAFETEIRA	BAIRRO	3.682	9.862
41	227	VILA PAVÃO FILHO	BAIRRO	947	2.537
42	228	VILA SANTA CLARA	BAIRRO	1.950	5.223
43	317	VILA SANTA EFIGÊNIA	BAIRRO	1.791	4.797
44	103	VILA VITÓRIA	BAIRRO	2.775	7.433
TOTAL				**68.519**	**183.528**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

Na zona rural, o Distrito Tirirical apresenta uma área de 52 Km², distribuídos em 24 localidades, totalizando 21.392 prédios e 57.301 habitantes. A Vila Cidade Operária é a localidade mais populosa e a que dispõe do maior número de prédios, 31.606 e 11.800, respectivamente (quadro 24).

Quadro 24 - Distrito Tirirical/Zona Rural. Superfície – 52 Km².São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADES	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	009	ANGICAL	SITIO	08	21
02	013	VILA APRENDIZADO	POV.	149	399
03	508	ASSENT. CONCEIÇÃO	PAD	120	321
04	513	ASSENT. NOVA JERUSALÉM	PAD	116	311
05	027	BASE DA PETROBRÁS	POV.	57	153
06	039	CAJUPARI	POV.	370	991
07	040	CAJUPE	POV.	670	1.795
08	072	COQUILHO	POV.	512	1.371
09	235	COQUILHO I	SITIO	163	437

10	079	CRUZ. DE STª. BÁRBARA	POV.	1071	2.869
11	510	HAB. DESEMB. SARNEY COSTA	POV.	365	978
12	132	MATO GROSSO	SITIO	300	804
13	139	PALERMO	SITIO	17	46
14	283	RECANTO CANAÃ	POV.	366	980
15	488	RESID. ALEXANDRA TAVARES	POV.	285	763
16	535	RESID. NOVA VIDA	POV.	1.740	4.661
17	486	RES JOSÉ REINALDO TAVARES	POV.	667	1.787
18	175	SANTA BÁRBARA	POV.	405	1.085
19	195	SÃO RAIMUNDO DO MOTOR	SITIO	30	80
20	198	TAJAÇUABA	POV.	555	1.487
21	199	TAJIPURU	SITIO	378	1.013
22	277	VILA CIDADE OPERÁRIA	VILA	11.800	31.606
23	252	VILA MAGRIL	POV.	1.169	3.131
24	482	VILA NOVA BETEL	POV.	79	212
TOTAL				**21.392**	**57.301**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

O Distrito Vila Esperança dispõe de uma área de apenas 04 Km² na zona urbana, dividida em 02 localidades, as quais totalizam 2.964 prédios e 7.939 habitantes (quadro 25).

Quadro 25 – Distrito Vila Esperança/Zona Urbana. Superfície – 04 Km^2. São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADES	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	274	RESID. RECANTO VERDE	BAIRRO	834	2.234
02	217	VILA ITAMAR	BAIRRO	2.130	5.705
TOTAL				**2.964**	**7.939**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

Contudo, na sua área rural, o Distrito Vila Esperança detém 182 Km², sendo dividido em 83 localidades, que totalizam 29.023 prédios e 77.749 habitantes (quadro 26).

Quadro 26- Distrito Vila Esperança /Zona Rural – Superfície – 182 Km^2.São Luís/MA. 2018.

ITEM	CÓDIGO	LOCALIDADES	CATEGORIA	PRÉDIOS	HABITANTES
01	001	ALEGRE	SITIO	16	43
02	490	ALTO BONITO	POVOADO	222	595
03	004	AMAPÁ	ILHA	35	94
04	006	ANAJATIUA	SITIO	01	03
05	007	ANANANDIBA	POVOADO	180	482
06	008	ANDIROBAL	POVOADO	01	03
07	014	ARACAUA	POVOADO	01	03
08	015	ARAPIRANGA	POVOADO	02	05
09	017	ARRAIAL	POVOADO	401	1.074
10	518	ASSENTAMENTO GISELE	PAD	47	126
11	019	BACABAL	POVOADO	158	423
12	020	BACABALZINHO	POVOADO	115	308
13	546	BACANGUINHA	POVOADO	106	286
14	030	BELA VISTA	ILHA	03	08
15	232	CASSACO	SITIO	122	327
16	037	CAJUEIRO	POVOADO	256	686
17	044	CAMPINAS	SITIO	122	327
18	071	COQUEIRO	POVOADO	472	1.264
19	081	DISTRITO INDUSTRIAL	USINA	344	921
20	083	ESTIVA	POVOADO	1.135	3.040
21	084	ESTREITO	POVOADO	06	16
22	093	FONTINHA	ILHA	02	05
23	094	FORMIGUEIRO	POVOADO	17	46
24	095	FORMIGUEIRO I	POVOADO	15	40
25	097	FUNDÃO	POVOADO	02	05
26	509	HAB. DOS COOPERANTES	POVOADO	67	179
27	101	IGARAÚS	POVOADO	109	292
28	102	ILHA DA BOA RAZÃO	ILHA	22	59
29	106	ILHA PEQUENA	ILHA	17	46
30	107	INHAUMA	POVOADO	408	1.093
31	108	ITAPARI	POVOADO	36	96
32	109	ITAPERA	POVOADO	583	1.562
33	112	JACAMIM	ILHA	156	418

34	119	JUÇARAL	POVOADO	175	469
35	128	MANGALHO	SIT.	07	19
36	129	MARACANÃ	POVOADO	1.281	3.431
37	130	MARACUJÁ	POVOADO	460	1.232
38	541	MATINHA	POVOADO	234	627
39	545	MATINHA I	POVOADO	255	688
40	470	MARUAI	POVOADO	170	455
41	507	MATA DE ITAPERA	POVOADO	671	1.797
42	148	PEDREIRAS	ILHA	32	86
43	150	PEDRINHAS	POVOADO	1.283	3.437
44	161	PORTINHO	ILHA	78	209
45	149	PEDREIRAS	SIT.	52	139
46	163	PORTO GRANDE	SIT.	30	80
47	331	PORTO DA ALUMAR	PORT.	19	51
48	165	QUEBRA POTE	POVOADO	1.066	2.855
49	307	RESIDENCIAL 2000	POVOADO	817	2.188
50	544	RESIDENCIAL 21 DE ABRIL	POVOADO	227	612
51	479	RESIDENCIAL MAGNÓLIA	POVOADO	512	1.371
52	539	RESIDENCIAL MAGNÓLIA I	POVOADO	333	892
53	168	RIBEIRA	POVOADO	48	129
54	171	RIO DO MEIO	POVOADO	300	804
55	172	RIO GRANDE	POVOADO	897	2.403
56	249	SANTA HELENA	SITIO	289	774
57	536	SÃO JOAQUIM	POVOADO	55	147
58	540	SÃO JOAQUIM	SITIO	81	217
59	202	TAUA-MIRIM	ILHA	49	131
60	201	TAUAÇU	SITIO	11	29
61	203	TIBIRI	POVOADO	833	2.231
62	204	TIBIRIZINHO	POVOADO	1.202	3.220
63	495	TIMDIBA	POV.	313	838
64	205	TINAI	SITIO	123	329
65	209	VILA ALEGRIA	POV.	473	1.267
66	519	VILA APARECIDA	POV.	347	930
67	506	VILA BAGDÁ	POV.	164	439
68	298	VILA CABRAL	POV.	640	1.714
69	542	VILA COLLIER	POV.	531	1.422
70	504	VILA ELIZEU MATOS	POV.	158	423
71	214	VILA ESPERANÇA	POV.	2.313	6.195
72	215	VILA FUNIL	POV.	387	1.037

73	522	VILA GUARÁ	POV.	259	694
74	529	VILA INDUSTRIAL	POV.	606	1.623
75	537	VILA NATAL	POV	760	2.036
76	520	VILA NOVO HORIZONTE	POV.	191	512
77	224	VILA NOVA REPÚBLICA	POV.	1.619	4.337
78	528	VILA PRIMAVERA	POV.	504	1.350
79	543	VILA RICA	POV.	46	123
80	292	VILA SANTANA	POV.	293	785
81	333	VILA SAMARA	POV.	960	2.571
82	229	VILA SARNEY	POV.	1.442	3.862
83	530	VILA SHALON	POV.	248	664
TOTAL				**29.023**	**77.749**

Fonte- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária - Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Controle de Endemias.

Referente à economia Ludovicense, a mesma baseia-se no comércio, indústria, pesca e turismo.

No setor primário predomina a agricultura voltada para a produção agrícola, destinada ao abastecimento de parte da demanda da capital. Há também, pequenos estabelecimentos voltados à produção de grãos em regime de agricultura familiar.

O setor secundário ocupa parte da área rural, onde está localizado o Distrito Industrial, com a presença de importante usina de transformação da bauxita em alumínio e alumina, a ALCOA, de responsabilidade do Consórcio ALUMAR, além de outras indústrias nos gêneros de bebidas, alimentação, produtos metalúrgicos, cerâmica e o complexo portuário (AMBEV, ITAQUI e VALE). São intensas as atividades para exportação de minérios de ferro, manganês, alumínio primário, alumina, ferro gusa, dentre outros e a importação de produtos industrializados, bauxita, matérias-primas em geral e combustível.

Esse setor é responsável por alterações ocorridas na estrutura socioeconômica do município, devido à implantação de grandes projetos industriais que alavancaram os serviços de apoio às atividades industriais, principalmente estruturais, como: energia, rodoferrovia e o setor aeroviário.

O setor terciário em São Luís vem apontando para o fortalecimento da indústria do turismo, com o incremento do setor hoteleiro, de restaurantes e outros serviços, que se desenvolvem em torno do turismo, sobretudo, após o seu reconhecimento pela Organização das Nações Unidas(UNESCO), como *Patrimônio da Humanidade.*

A cidade tem vivenciado nas últimas décadas desequilíbrios econômicos, resultante do processo acelerado de urbanização. Junto ao crescimento populacional, também vem se ampliando os mais diversos problemas relacionados ao déficit dos serviços públicos essenciais, como: saúde, moradia, educação, saneamento básico, transporte, segurança e o uso do solo.

Com relação ao mercado de trabalho, observa-se mudanças no perfil do trabalhador, devido ao processo de transformação econômica no país, a partir dos anos de 1990, caracterizando-se por ser profundamente excludente, devido à falta de qualificação, aliada à pobreza e miséria da região. Estima-se que 150 mil pessoas, em idade produtiva encontram-se fora do mercado formal de trabalho em São Luís. Outra significativa parcela desenvolve atividades consideradas subemprego como: ambulantes, e trabalhos informais e esporádicos.

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais, ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa, passou de 67,19% em 2000 para 68,40% em 2010. Nesse mesmo período, a taxa de desocupação (percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 21,16% em 2000 para 11,96% em 2010 (tabela 38).

Tabela 38 – Ocupação da população de 18 anos ou mais. São Luís/MA, 2000 e 2010.

	2000	**2010**
Taxa de atividade	67,19	68,40
Taxa de desocupação	21,16	11,96
Grau de formalização dos ocupados – 18 anos ou mais	50,51	56,81
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo	65,97	78,07
% dos ocupados com médio completo	49,08	61,64
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até um salário mínimo	50,27	19,17
% dos ocupados com rendimento de até 2 salários mínimo	75,80	69.78

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

A renda *per capta* média de São Luís cresceu 116,73% nas últimas duas décadas, passando de R$ 371,59 em 1991 para R$ 502,14 em 2000, e para R$ 805,36 em 2010. A extrema pobreza, caracterizada pela proporção de pessoas com renda familiar *per capta* de até

R$ 70,00, em agosto de 2010, passou de 16,20% em 1991 para 13,02% em 2000, e para 4,53% em 2010. A desigualdade se manteve nesse período, com índice de Gini (instrumento que avalia o grau de concentração de renda, apontando a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos, variando de 0 a 1) variando de 0,61 em 1991 para 0,65 em 2000, e para 0,61 em 2010 (tabela 39).

Tabela 39 – Renda, Pobreza e Desigualdade. São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010.

	1991	2000	2010
Renda *per capta* (em R$)	371,59	502,14	805,36
% de extremamente pobres	16,20	13,02	4,53
% de pobres	40,50	34,90	13,81
Índice de Gini	0,61	0,65	0,61

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Segundo o IBGE, em 2016, o salário médio mensal em São Luís era de 3.1 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 33.2%. Considerando os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, havia 38.8% da população nessas condições (tabela 40).

Tabela 40 – Trabalho e Renda, São Luís/MA, 2016.

TRABALHO E RENDIMENTO	
Salário médio mensal dos trabalhadores formais (2016)	3,1 salários mínimos
Pessoal ocupado (2016)	359.947 pessoas
População ocupada (2016)	33,2%
Percentual da população com rendimento nominal mensal *per capta* de até 1/2 salário mínimo (2010)	38,8%

Fonte: IBGE.

Em relação ao salário médio mensal dos trabalhadores formais, comparando a outros municípios do estado, São Luís ocupava a posição 5 de 217, e em relação ao país ficava na posição 135 de 5570 (figura 18).

Figura 18 – Salário médio mensal dos trabalhadores formais comparando a outros municípios. São Luís/MA, 2016.

Fonte: IBGE.

A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total do estado era de 33.2%, em 2016. Na comparação com os outros municípios do estado, São Luís ocupava a posição de 1 de 217, e 333 em relação a população do pais (figura 19).

Figura 19 – População ocupada comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2016.

Fonte IBGE.

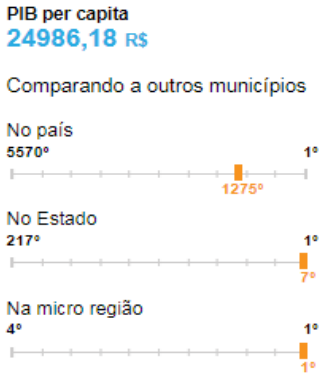
Considerando os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, apresentava 38.8% da população nessas condições, em 2016, o que colocava São Luís na posição 216 de 217, dentre as cidades do estado e na posição 2897 de 5570, dentre as cidades do Brasil (figura 20).

Figura 20 – População com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2016.

Fonte IBGE.

Em 2015, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capta* de São Luís em comparação com os outros municípios do estado ocupava a posição 7 de 217, já em relação as cidades do país ficava na posição 1275 de 5570 (Figura 21).

Figura 21 – PIB *per capta* comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2015.



Fonte: IBGE.

Tabela 41 – Aspectos econômicos, São Luís/MA, 2014/2015.

ECONOMIA	
PIB *per capta* (2015)	24.986,18 RS
Percentual das receitas oriundas de fontes externas (2015)	59,3%
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (2010)	0,768
Total de receitas realizadas (2014)	2.402.323,00 R$ (x 1000)
Total de receitas realizadas (2014)	2.287.524,00 RS (X1000)

Fonte: IBGE.

O percentual de receitas oriundas de fontes externas, em 2015, representou 59,3%. Comparando a outros municípios do estado, São Luís ocupava em 2015 a posição 163 de 217, já em relação às cidades de todo o país ficava na posição 4827 de 5570 (Figura 22).

Figura 22 – Receitas oriundas de fontes externas comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2015.

Fonte: IBGE.

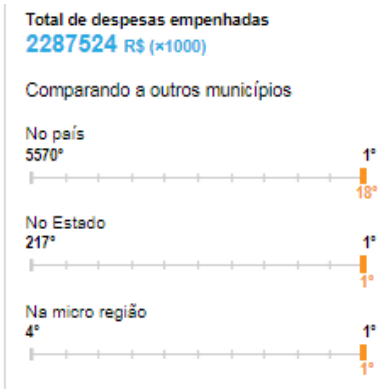
Considerando o total de receitas realizadas, São Luís ocupou, em 2014, a primeira posição em relação aos 217 municípios do estado. Quando comparado ao total de cidades do país ficou na posição de 20 de 5570 (Figura 23).

Figura 23 – Total de receitas realizadas comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2014.

Fonte: IBGE.

São Luís ocupou em 2014 a posição 1 de 217 municípios do estado no total de receitas empenhadas. Quando comparado às outras cidades do país ficou na posição de 18 de 5570 (Figura 24).

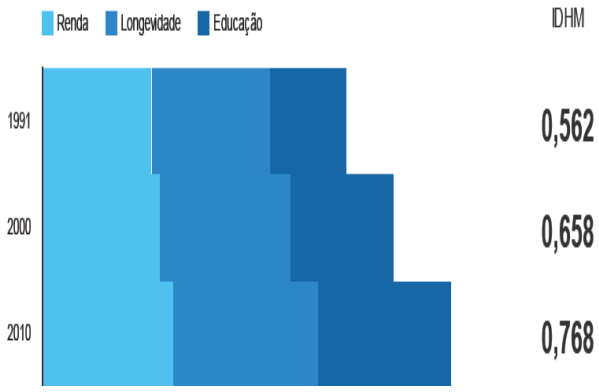
Figura 24 – Total de receitas empenhadas comparando a outros municípios, São Luís/MA, 2014.



Fonte: IBGE.

O IDHM de São Luís foi de 0,768, em 2010. O município está situado na faixa de IDHM entre 0,700 e 0,799, considerado alto. Na década de 1991 e 2000, a educação foi a dimensão que mais cresceu em termos absolutos (0,152), seguida também em termos absolutos pela longevidade (0,067) e renda (0,048). Entre 2000 e 2010, a educação continuou sendo a dimensão que mais cresceu em termos absolutos (0,170), porém a longevidade (0,067) e renda (0,067) obtiveram o mesmo crescimento (Figura 25 e tabela 43).

Figura 25 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

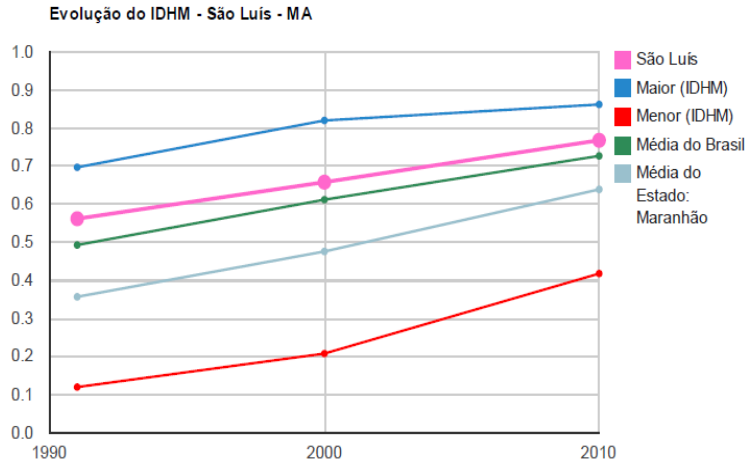
Tabela 42– Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes, em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010.

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,430	0,582	0,752
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	51,87	59,58	73,45
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	64,72	89,97	96,02
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais de ensino fundamental	44,58	65,56	88,14
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	27,21	46,04	67,20
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	19,98	28,59	53,07
IDHM Longevidade	0,670	0,737	0,813
Esperança de vida ao nascer (em anos)	65,18	69,19	73,76
IDHM Renda	0,617	0,665	0,741
Renda *per capta* (em R$)	371,59	502,14	805,36

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

O IDHM passou de 0,562 em 1991 para 0,658 em 2000, com uma taxa de crescimento de 17,08%. E de 0,658 em 2000 para 0,768 em 2010, com uma taxa de crescimento de 16,72% (Figura 26). Nos anos de 1991 a 2010 ocorreu um incremento no IDHM de 36,65%, abaixo da média de crescimento nacional (47,46%) e estadual (78,99%). O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 47,03%, entre 1991 e 2010 (Tabela 44).

Figura 26 – Evolução do IDHM. São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Tabela 43 – Taxa de Crescimento e Hiato de Desenvolvimento em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010.

	Taxa de Crescimento	Hiato de Desenvolvimento
Entre 1991 e 2000	+ 17,09%	+ 21,92%
Entre 2000 e 2010	+16,72%	+ 32,16%
Entre 1991 e 2010	+ 36,65%	+ 47,03%

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Tabela 44- Indicadores Sóciodemográficos e IDHM, em São Luís, 2010.

INDICADORES	
Esperança de vida ao nascer	73,76
Taxa de fecundidade total	1,75
Mortalidade infantil	18,10
Taxa de envelhecimento	5,19
% de pobres	13,81
Renda *per capta*	805,36
População rural	56.315
População total	1.014.837
População urbana	958.522
IDHM	0,768
IDHM Educação	0,752
IDHM Longevidade	0,813
IDHM Renda	0,741

Fonte: PNUD Brasil.

A gravidez na adolescência, apesar de ter sofrido redução de 5,56 em 1991 para 4,65 em 2010, ainda representa importante problema de saúde pública. Seus fatores condicionantes e determinantes são complexos, envolvendo questões sociais, culturais, familiares, econômicos, psicológicos, educacionais, dentre outros. Esse grupo etário apresenta expressiva vulnerabilidade e maior risco de intercorrências obstétricas e neonatais (Tabela 46).

Referente ao acesso a trabalho e renda, em São Luís, houve redução no percentual de vulneráveis à pobreza, de 63,91% em 1991 para 35,27%, em 2010. Nesse mesmo ano, quanto às condições de moradia, havia 7,43% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados (Tabela 46).

Tabela 45 – Vulnerabilidade Social, em São Luís/MA, 1991, 2000 e 2010.

Crianças e Jovens	1991	2000	2010
Mortalidade infantil	49,30	27,40	18,10
% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola	-	20,04	6,73
% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola	12,68	3,75	3,23
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham são vulneráveis á pobreza	-	19,20	13,65
% de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos	0,28	0,36	0,39
% de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos	5,56	6,88	4,65
Taxa de atividade – 10 a 14 anos (%)	-	3,72	4,75
Família			
% de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos	15,82	15,58	11,59
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	2,56	3,34	2,36
% de crianças extremamente pobres	21,65	18,61	7,34
Trabalho e Renda			
% de vulneráveis à pobreza	63,91	58,56	35,27
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	34,41	21,49
Condições de Moradia			
% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	6,78	16,10	7,43

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil.

2.7 Acesso a Ações e Serviços de Saúde

2.7.1 Atenção Básica (AB)

A AB caracteriza-se pelo conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

É reconhecida como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços

disponibilizados na rede, devendo ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No Brasil, a AB é normatizada por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo a Portaria consolidada nº 02, de 28 de setembro de 2017, a normativa vigente. Esta política apresenta a ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB, entretanto, reconhece outras estratégias de organização da AB nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da AB e do SUS, desde que tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em ESF.

Há orientação sobre a necessidade de integração entre a VS e AB como condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde, visando estabelecer processos de trabalho onde sejam considerados os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade é outro ponto relevante da PNAB.

Os serviços de saúde executados pela AB possuem caráter estratégico tanto para o funcionamento do SUS, organizado em redes e em níveis hierárquicos, quanto para a seu processo de gestão. Na medida em que o correto funcionamento das equipes de saúde tende a prevenir doenças e manter sob controle as condições crônicas de saúde, evita paralelamente o encaminhamento desnecessário de casos para o atendimento em especialidades e o aumento das filas para atendimento nos hospitais. Outro caráter estratégico do funcionamento adequado destas equipes é para a economia, ao reduzir a perda de mão-de-obra ativa por causas evitáveis.

Desta forma a AB se apresenta como solução viável para a manutenção do funcionamento sustentável do SUS e para o bem-estar da população, sendo que é necessário o investimento na estrutura, recursos humanos, logística e comunicação com os níveis de complexidade, permitindo a referência e contra-referências.

A relação da AB com o território se faz determinante para a efetividade de suas ações. Com isso, o conhecimento dos determinantes sociais, nos territórios, fundamenta o planejamento e execução dos serviços de saúde, desde as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aos atendimentos e procedimentos realizados pelas equipes. Devido a esta particularidade, cada equipe de saúde pode vir a apresentar características diferenciais no que se referem as suas estratégias para a oferta de cuidados básicos de saúde, considerando as necessidades e potencialidades do seu território. Esta diversidade nas estratégias é

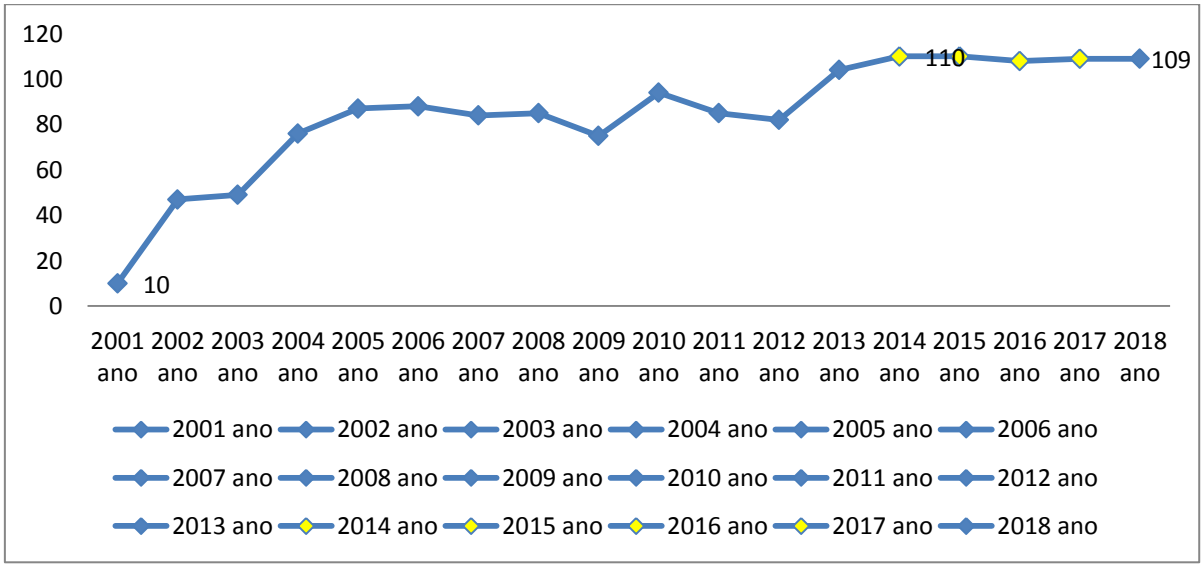
compreendida e avaliada por meio dos resultados apresentados nos sistemas de informação e nos indicadores de saúde.

No âmbito da AB existem ainda programas de saúde estratégicos que melhoram os processos de trabalhos ofertados nesse nível de atenção, como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Programa Mais Médicos (PMM), com o provimento de mão de obra médica para composição das equipes, além de configurações de equipes diferenciadas como as equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), que ampliam o escopo da oferta de serviços na AB, potencializando as ações e serviços ofertados, por meio de equipe especializada de retaguarda disponível na AB, além de equipes voltadas ao atendimento de populações específicas, como as Equipes de Consultório na Rua .

2.7.1.1 Estrutura e histórico da Atenção Básica de São Luís

A ESFfoi implantada no município de São Luís em 2001, inicialmente com10 equipes, para oferta de cuidados em saúde à população, com destaque para as ações de prevenção e promoção em saúde.Até o ano de 2014, percebe-se aumento no número de equipes e estagnação após esse período (gráfico 14).

Gráfico 14 - Número de equipes da ESF. São Luís/MA, 2001 a 2018.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde.

No momento, o município de São Luís apresenta cobertura de AB de 42,68%, o que revela a necessidade da continuidade do investimento nos serviços e equipes de AB, para ampliação não somente do percentual da cobertura, mas no acesso aos serviços de saúde. Estes serviços estão distribuídos em 55 unidades que ofertam serviços básicos de saúde, sendo 51 UBS e 4 unidades com perfil de média complexidade que também realizam AB, distribuídas nos 7 distritos sanitários do município (Centro, Coroadinho, Bequimão, Vila Esperança, Itaqui-Bacanga, Tirirical e Cohab) (quadro 27).

Quadro 27 - Distribuição de Unidades de Saúde e Equipes de Atenção Básica por Distrito Sanitário. São Luís/MA, 2017.

DISTRITOS	QUANTIDADE UNIDADES DE SAÚDE COM AB	QUANTIDADE EQUIPES AB
BEQUIMÃO	4	06 ESF/ 04 EACS
CENTRO	4	11 ESF/ 02 EACS
COHAB	6	14 ESF/ 02 EACS
COROADINHO	4	08 ESF/ 05 EACS
ITAQUI-BACANGA	8	17 ESF/ 1 AB
TIRIRICAL	17	37 ESF/ 03 EACS
VILA ESPERANÇA	12	17 ESF

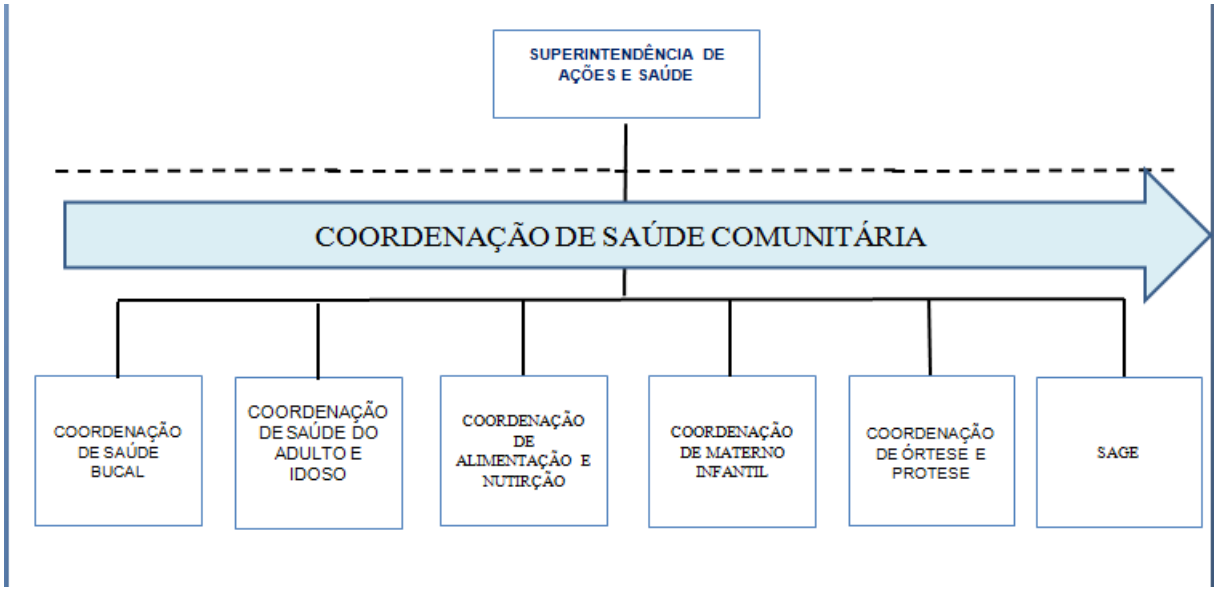
Fonte: Semus**.**

No município de São Luís, a AB está sob gestão da Superintendência de Ações e Saúde (SAS), com a ESF sob gerência da Coordenação de Saúde Comunitária. Esta coordenação é responsável pelo desenvolvimento do trabalho proposto pela Política Nacional da AB, assim como gestão dos programas estratégicos relacionados (figura 27).

Figura 27– Organograma da AB em São Luís/MA, 2018.

No contexto da SAS, a Coordenação de Saúde Comunitária é transversal às outras coordenações responsáveis pela operacionalização de políticas voltadas a populações – alvos, pois acomoda as ESF que são executoras dos programas e políticas.

Figura 28 - Organograma da Superintendência de Ações de Saúde.São Luís/MA, 2018.



2.7.1.2 Sala de apoio a gestão estratégica (SAGE)

A Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE) é um espaço dotado de visão integral e intersetorial, que partindo da análise e da avaliação permanente da situação de saúde, atuam como instância integradora da informação que gera a VS pública nas diferentes áreas e níveis, constituindo assim um órgão de assessoria direta capaz de aportar informação oportuna e relevante para apoiar, com uma base técnico-científica, o processo de tomada de decisões.

A partir dos dados disponíveis oriundos da alimentação do sistema e-SUS, podemos agrupá-los em módulos:

Sociodemográficos – Apresenta aspectos socioeconômicos, demográficos e territoriais que permitem identificar a situação conjuntural do município.

Ações em saúde – Possibilita o acompanhamento das metas físicas, coberturas e repasses financeiros relacionados às principais ações e programas da AB.

Situação de saúde – Disponibiliza indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados a doenças e agravos caracterizados como problema de saúde pública. Auxilia na elaboração de análises contextuais utilizadas na formulação de políticas e na avaliação de intervenções específicas no campo da saúde.

- ✓ Ações desenvolvidas pela SAGE

- Acompanhar a produção no e-SUS mensal das UBS e equipes de ESF, ESB, EACS, NASF;

- Acompanhar sistematicamente indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ do município;

- Capacitar profissionais das UBS nos sistemas de informação da AB;

- Manter Atualizado versões dos sistemas de informação da AB das UBS;

- Implantar o Prontuário Eletrônico do Cidadão nas UBS Informatizadas.

Considera-se fundamental que durante todo o processo sejam estabelecidas parcerias para a melhoria da qualidade da informação, promovendo a descentralização, com participação efetiva das equipes; que sejam unificadas as metodologias de captação, análise e tratamento de dados e informações que qualifiquem os resultados e legitimem os dados disponibilizados; que se torne possível a integração da área de VS às demais, bem como se possam integrar os colegiados regionais no processo de análise da informação, que deverá subsidiar os planejamentos participativos e o alcance de metas; e ainda, que haja condições de romper processos históricos de centralização da análise e uso das informações.

2.7.1.3 Equipes de Atenção Básica

O município de São Luís apresenta 110 equipes de ESF, o que equivale a um percentual de cobertura populacional de 37,29%, contando ainda com 16 equipes na modelagem de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), distribuídas nos 7 distritos de saúde do município de São Luís.

As ESF são compostas no mínimo por:

- Médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade;

- Enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família;

- Auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e

- Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Atualmente o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. É possível ainda, se ter equipes ampliadas com a agregação de profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e

auxiliar ou técnico em saúde bucal. A portaria atual permite que os Agentes de Combate às Endemias (ACE) também possam ser integrados às ESF.

Em relação à carga horária, as normativas recomendam a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas uma equipe, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) vigente.

As equipes de EACS se configuram como possibilidade transitória para a reorganização inicial da AB com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da AB. Estas são compostas somente por enfermeiros e ACS.

Quadro 28 - Número de habitantes, unidades de saúde, unidades de saúde com ESF, percentual de cobertura de ESF, número de ACS, percentual de cobertura de ACS, por distrito em São Luís/MA, 2017.

ZONA URBANA	*TOTAL HAB*	*UNIDADES DE SAÚDE*	*UNIDADES COM ESF*	*ESF*	*ACS*	*Pop adsc*	*%cobertura ACS*	*Pop São Luís*	*%cobertura ESF*
DIST.01-CENTRO	82.821	4	4	11	93	69750	84,22	38500	46,49
DIST.02 - ITAQUI BACANGA	125.253	8	7	17	111	83250	66,47	59500	47,50
DIST.03-COROADINHO	131.946	4	4	8	115	86250	65,37	28000	21,22
DIST.04-COHAB	159.570	6	6	14	87	65250	40,89	49000	30,71
DIST.05-BEQUIMÃO	241.092	4	4	6	53	39750	16,49	21000	8,71
DIST.06-TIRIRICAL	235.503	17	15	37	233	174750	74,20	129500	54,99
DIST.07-VILA ESPERANÇA	115.683	12	12	17	70	52500	45,38	59500	51,43
TOTAL	1.091.868	55	52	110	762	571.500	56,14	385000	37,29

Fonte: SISAB.

O quadro 29 apresenta o percentual de cobertura no município de São Luís, considerando a capacidade por ESF e por ACS. Como estratégia para mapeamento, considerando que só há registro em mapas manuais nas UBS, desenvolveu-se o mapeamento

de cada microárea para analisar a cobertura em plataforma do Google, e assim após agrupá-las foi possível melhor compreensão sobre as áreas com cobertura de São Luís. O que possibilita melhor direcionamento para o processo de (re)territorialização. Quanto à cobertura anual da ESF, apresenta-se o resultado detalhado na planilha abaixo.

Quadro29 - Ampliação da cobertura anual de ESF. São Luís/MA, 2014 a 2017.

METAS PROGRAMADAS E RESULTADOS ALCANÇADOS Plano Municipal de Saúde 2014-2017									
2014		2015		2016		2017		QUADRIÊNIO	
P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
37,50%	35,88%	53,00%	35,66%	60,00%	35,02%	---	35,04%	60,00%	35,04%

Fonte: SISAB.

Observa-se resultado estacionário no percentual de cobertura de ESF para o período de 2014 a 2018, em geral, por ausência de financiamento tripartite que permitam a implantação de novas UBS e equipes, visto que para o aumento do número de equipes haveria a necessidade de investimento em infraestrutura de UBS, além da necessidade de contratação de profissionais para integrarem as novas equipes.

2.7.1.4 Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF)

Os NASF foram criados pela Portaria Ministerial Nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços. São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimentos, entre elas Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Educação Física, Assistência Social, Nutrição e outras, que atuam em conjunto com os profissionais das ESF.

No município de São Luís, o programa foi implantado no ano de 2015. Atualmente, existem 13 equipes de NASF, modalidade 1, composta por 10 profissionais. Cada uma e apoiando 107 ESF (quadro 30)

Quadro30 - Distribuição das equipes de NASF por UBS Pólo e equipes matriciadas por Distrito. São Luís/MA, 2017.

Nº	DISTRITO	EQUIPE NASF (PÓLO)	Nº ESF MATRICIADAS	UBS CONTEMPLADA
01	BEQUIMÃO	CS AMAR	06	CS AMAR USF VILA LOBÃO CS RADIONAL
02	CENTRO	CS LIBERDADE	09	CS LIBERDADE CS BEZERRA DE MENEZES, USF SÃO FRANCISCO
03	COHAB	CS TURU	06	CS TURU CS DJALMA MARQUES
04	COHAB	CS GENÉSIO RAMOS FILHO	08	CS GENÉSIO RAMOS FILHO, CS COHAB ANIL CS SALOMÃO FIQUENE
05	COROADINHO	CS DR. ANTÔNIO GUANARÉ	08	CS DR. ANTÔNIO GUANARÉ CS JOÃO PAULO CS CARLOS MACIEIRA
06	ITAQUI BACANGA	CS VILA EMBRATEL	08	CS VILA EMBRATEL CS VILA BACANGA CS GAPARA
07	ITAQUI BACANGA	CS SÃO RAIMUNDO	09	CS SÃO RAIMUNDO CS YVES PARGA CS CLODOMIR PINHEIRO COSTA CS VILA NOVA
08	TIRIRICAL	USF PIRAPORA	09	USF PIRAPORA CS JOÃO DE DEUS CS SÃO CRISTÓVÃO CS VILA ITAMAR
09	TIRIRICAL	CS ANTÔNIO CARLOS REIS	09	CS ANTÔNIO CARLOS REIS (O - I) CS MARIA AYRECILLA NOVOCHADLO (O – II) CS JAILSON ALVES VIANA (O – III)
10	TIRIRICAL	CS SANTA BÁRBARA	09	CS SANTA BÁRBARA USF JARDIM SÃO CRISTÓVÃO CS NAZARÉ NEIVA

				USF SANTA CLARA
11	TIRIRICAL	CS JANAÍNA	09	CS JANAÍNA CS FABICIANA MORAES USF SANTA EFIGÊNIA
12	VILA ESPERANÇA	CS MARACANÃ	08	CS MARACANÃ CS PEDRINHAS I CS PEDRINHAS II CS LAURA VASCONCELOS USF COQUEIRO CS ITAPERA CS QUEBRA POTE
13	VILA ESPERANÇA	CS TIBIRI	09	CS TIBIRI CS THALES RIBEIRO GONÇALVES CS MARIA DE LOURDES RODRIGUES USF VILA SARNEY CS JOSÉ RIBAMAR FRAZÃO CORRÊA

Fonte: SEMUS.

O cronograma das ações de saúde das equipes de NASF é planejado mensalmente entre os profissionais desta equipe e os da ESF. As atividades são realizadas nas UBS e em outras áreas de atuação das ESF, como escolas, associações, igrejas, terminais de integração, praças e outros. As atividades de promoção e prevenção abrangem diversos grupos e faixas etárias e levam em consideração as necessidades da população atendida em cada UBS.

Os atendimentos, por equipe, apresentam média mensal de 200 atendimentos individuais, 30 atividades em grupo de aproximadamente 20 participantes, 20 atendimentos compartilhados e visitas domiciliares.

Com a implantação dos NASFs nos Distritos Sanitários do município de São Luís, houve um maior acesso da população a diferentes profissionais, de difícil acessibilidade na rede de saúde. Outro aspecto positivo dessa equipe foi a disseminação de conhecimentos através de ações sociais previamente planejadas de acordo com os perfis de cada comunidade.

Todas as intervenções realizadas visam a melhorar a qualidade de vida das pessoas, envolvendo o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, refletindo positivamente na vida dos usuários do SUS.

2.7.1.5 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

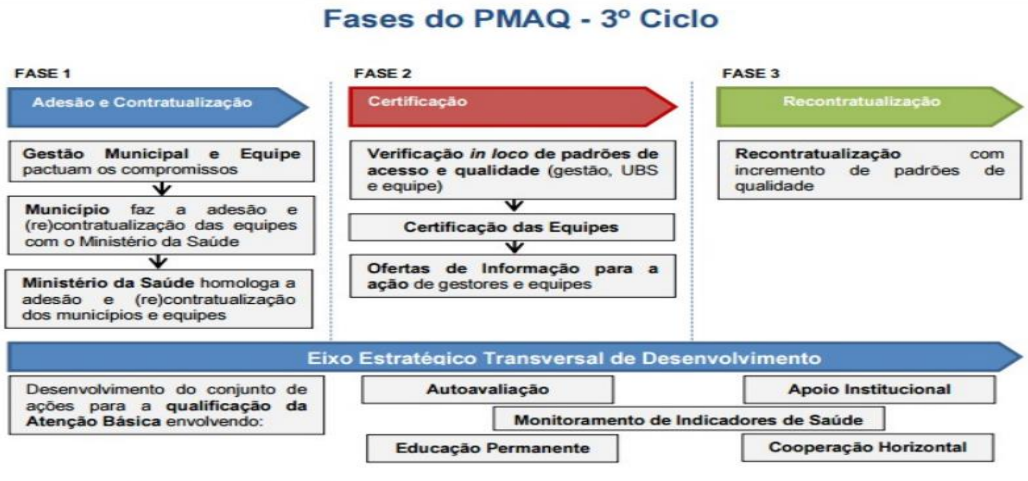
O PMAQ - AB é um programa que tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes de AB a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do seu território, por meio do desenvolvimento de uma cultura de negociação e contratualização de compromissos e resultados a serem alcançados, e da realização de ações voltadas para a melhoria do acesso e qualidade no SUS. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das ESF.

O programa propõe a institucionalização da avaliação dos serviços de saúde, buscando superar o entendimento do caráter não punitivo da avaliação. Desta forma, recomenda a realização de autoavaliação como instrumento que estimule o coletivo a analisar seu processo de trabalho, elencar prioridades para atuação, elaborar estratégias para superação dos problemas e alcance de metas e objetivos, acordados por esse mesmo coletivo, resgatando a função pedagógica da avaliação.

Além disto, o PMAQ - AB eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes, conforme estes atinjam melhora no padrão de qualidade do atendimento. Este recurso se denomina componente de qualidade do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável do PMAQ - AB e é repassado fundo a fundo, do FNS diretamente aos fundos municipais, por meio do bloco da AB conforme a Portaria GM/MS nº 1.645/2015.

O programa acontece em 3 fases diferenciadas e 1 eixo transversal. Atualmente ocorre a 2ª Fase do 3º Ciclo, ou seja, a Certificação das equipes de AB, de Saúde Bucal e de NASF (figura 29).

Figura 29 - Fases do PMAQ – 3º Ciclo.



Fonte: Manual Instrutivo do PMAQ / DAB / MS

Nacionalmente o PMAQ lançou seu 1º ciclo no ano de 2011. Atualmente encontra-se na fase de certificação do seu 3º ciclo, esta que teve adesão no ano de 2015. O município de São Luís somente iniciou sua participação no programa no ano de 2013, no 2º ciclo, com a adesão de 70 equipes de AB, sendo 27 de SB (quadro 31).

Neste 3º ciclo, o município de São Luís, apresenta a situação de 110 equipes com adesão no sistema, por iniciativa da gestão. Entre as equipes aderidas estão equipes de AB, de AB/SB e NASF, além de três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Entretanto, a manifestação da efetiva participação e envolvimento das equipes foi voluntária, por meio da assinatura do termo de adesão por um responsável escolhida por esta, somente aconteceu com 82 equipes.

Quadro 31 - Equipes de AB e SB, segundo Ciclo PMAQ. São Luís/MA.

SITUAÇAO DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS		
Ciclos do Programa	**Equipes de AB participantes**	**ESB participantes**
1º Ciclo	**-**	**-**
2º Ciclo	**70**	**27**
3º Ciclo	**82**	**39**

Fonte: PMAQ/AB.

2.7.1.6 Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)

O PMMB é uma importante iniciativa do MSque prevê o amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, através do provimento de profissionais médicos para composição das ESF atuantes em regiões onde há escassez desses profissionais, assim como maior investimento na infraestrutura das unidades de saúde.

Instituído por meio da Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, constitui-se em política pública do governo brasileiro com objetivo de suprir déficits do recurso humano médico no SUS, notadamente nas regiões mais vulneráveis do Brasil, no âmbito da AB, sendo uma estratégia para viabilizar a garantia mínima de pelo menos um profissional médico em cada município do Brasil e a ampliação da cobertura médica.

O programa apresenta 3 eixos estratégicos de atuação:

- Provimento emergencial de profissionais médicos em áreas de vulnerabilidade: com o intuito de diminuir a carência destes profissionais em regiões prioritárias para o SUS, reduzindo assim as desigualdades regionais na área da saúde;

- Educacional: que prevê o aumento do número de vagas e a reordenação da oferta de cursos de medicina e de vagas para residência médica, assim como o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País e ainda o aperfeiçoamento na área de AB em saúde dos médicos integrantes, mediante a integração ensino-serviço;

- Melhora da infraestrutura dos serviços de AB.

Em apenas dois anos (2013 a 2015), toda a demanda das prefeituras que aderiram ao Programa foi atendida, e, com isso, 63 milhões de brasileiros já estão sendo beneficiados com a presença dos médicos em 4.058 municípios do Brasil. Estima-se que, até o final de 2018, serão 70 milhões de brasileiros e brasileiras atendidos pelo Mais Médicos.

O município de São Luís aderiu ao programa no ano de 2013, ainda no 1º ciclo do mesmo, com um total de 13 médicos, renovando periodicamente sua adesão de acordo com os editais lançados. Atualmente o programa encontra-se no 15º Ciclo e o município conta com um teto máximo de 56 de profissionais em 2017. Enfatiza-se que o PMM contribui efetivamente para o fortalecimento da AB, visto que mais da metade das ESF são compostas por médicos participantes do Programa.

2.7.1.7 Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE foi instituído pelo Decreto Presidencial 6.286/2007 e surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da ação integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e UBS, realizadas pelas equipes de ESF.

Os objetivos do PSE são promover a saúde e a cultura de paz, articular as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública e fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde, que possam comprometer o desenvolvimento escolar.

As ações em saúde previstas no âmbito do PSE consideram a atenção, promoção e prevenção, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

Desta forma, as ações realizadas pelo PSE compreendem os seguintes eixos:

I - Ações de combate ao mosquito Aedes aegypti;

II - Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;

III - Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;

IV - Promoção da cultura da paz, cidadania e direitos humanos;

V -Prevenção das violências e dos acidentes;

VI - Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;

VII - Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;

VIII – Verificação e atualização da situação vacinal;

IX – Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;

X - Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;

XI – Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;

XII – Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

No município de São Luís o programa iniciou as atividades no ano de 2010, abrangendo 17 escolas. No ano seguinte, foram contempladas 26 escolas, beneficiando 11.905 alunos. No ciclo 2013-2014, houve um aumento de 19 escolas, passando a fazer parte do programa 45 escolas e um total de 15.482 educandos. No período entre 2014 e 2015, o PSE foi desenvolvido em 54 escolas, sendo beneficiados 35.533 estudantes e, na última pactuação, 2017-2018, atingiu-se 90 escolas e um total de 56.843 alunos (quadro 32).

Quadro 32 - Metas e resultados alcançados no PSE. São Luís/MA, 2014 a 2017.

METAS PROGRAMADAS E RESULTADOS ALCANÇADOS **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**									
2014		**2015**		**2016**		**2017**		**QUADRIÊNIO**	
P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
35533	19.934	39.086	13.202	42.995	10.561	43.386	16.164	43.386	16.164

Fonte: PMS e RAG.

No e-SUS AB/MS é possível visualizar a produção das ações do PSE. Porém, na versão do (PEC 2.2.12), vigente até julho/2018, não foi possível gerar relatórios do PSE onde se consiga visualizar o quantitativo de alunos beneficiados e suas respectivas escolas. Desta forma, este quantitativo e o controle das ações são feitos através de um instrumento de monitoramento interno da Coordenação de Saúde Comunitária, o qual as ESF informam

mensalmente o que está sendo realizado em cada escola pactuada. Assim, a contabilização dos alunos contemplados é realizada de forma manual e posteriormente informada no Relatório Anual de Gestão (RAG).

Considerando que o PSE é um programa intersetorial entre a Saúde e a Educação e a necessidade do alcance de um maior quantitativo de estudantes com as ações do programa, propõe-se que os temas abordados pelo PSE sejam efetivamente inseridos no Plano Político Pedagógico das escolas, bem como a sensibilização dos profissionais da Saúde e da Educação em desenvolverem continuamente as ações do programa a fim de que todos os alunos contemplados pelo PSE sejam beneficiados.

2.7.1.8 Coordenação de Assistência Nutricional

A alimentação e nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humanos, com qualidade de vida e cidadania. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 e revisada em 2011, tem 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 (VAN), a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Atualmente a Coordenação de Assistência Nutricional está estruturada no planejamento e execução das ações de Alimentação e Nutrição, além das estratégias adotadas em função dos Programas: Programa Bolsa Família (PBF), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Programa de Suplementação da Vitamina A. A equipe é composta por duas nutricionistas, uma assistente social e um enfermeira. Sendo compartilhadas as responsabilidades pelo Programa de Suplementação da Vitamina A, acompanhamento do PBF, Programa SISVAN WEB, e o apoio técnico voltado para as unidades desenvolverem ações nutricionais.

O PBF é destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda *per capita* de R$ 154,00 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro ao acesso às políticas públicas – saúde, alimentação, educação e assistência social.

São realizados acompanhamentos do PBF na Saúde, semestralmente, conforme orientações do MS. Considerando a série histórica de acompanhamento do PBF, na saúde, o

município vem alcançando uma média de, aproximadamente, 35% das famílias beneficiárias, cuja variação em parte é justificada pela mudança do quantitativo de famílias apontadas pelo MS, para acompanhamento em cada vigência, além de que contamos com o mesmo efetivo de cobertura da ESF, 35%. O MS estabelece um percentual mínimo de 30% de acompanhamentos do PBF na Saúde (quadro 33).

Quadro 33-Metas e resultados alcançados referentes ao PBF. São Luís/MA, 2014 a 2017.

Vigência	METAS PROGRAMADAS E RESULTADOS ALCANÇADOS NO PBF NO PMS 2014-2017									
	2014		2015		2016		2017		QUADRIÊNIO	
	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
1ª	**40%**	40,29%	**55%**	32,57%	**60%**	31,58%	**65%**	34,14%	**65%**	**34,65%**
2ª	**40%**	40,19%	**55%**	37,85%	**60%**	35,81%	**65%**	36,2%	**65%**	**37,51%**

Fonte: Sistema de Informação do PBF.

A Divisão de Assistência Nutricional vem buscando estratégias para elevação do percentual em questão, a exemplo de mutirões direcionados às áreas descobertas pela ESF, bem como solicitou ao MS chamada de beneficiários no extrato bancário para que compareçam às Unidades de Saúde para realizar o acompanhamento. São ainda, realizadas reuniões com os profissionais das Unidades de Saúde, tendo em vista orientações necessárias para as implementações do PBF, e o estabelecimento dos prazos conforme orientações do MS.A partir da segunda vigência de 2018, as informações do PBF deixam de ser inseridas no Sistema de Gestão e passam a ser inseridas no e-Gestor.

Também ocorre divulgação do período de acompanhamento em mídia de larga escala; divulgação dos mutirões e/ou ações, em carro de som nas áreas descobertas pela ESF; articulação com as outras instâncias responsáveis pela implementação do programa (Educação e Assistência Social); e articulação com universidades para disponibilização de estagiários (Nutrição e Enfermagem) para apoiar os mutirões.

- ✓ Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

O SISVAN Web é um programa destinado a avaliação do estado nutricional da população atendida na AB. Trata-se de um sistema informatizado que possui dois tipos de acesso: público e restrito, no qual tanto o profissional de saúde quanto a população estão aptos a acessá-lo. O acompanhamento é feito em duas modalidades, de acordo com a idade e a

situação do indivíduo. Atualmente todas as UBS de São Luís estão habilitadas para realizar tal acompanhamento.

A meta proposta pelo MS para avaliação nutricional é a seguinte:

- Crianças de 0 a 2 anos: aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses;
- A partir de 2 anos, adolescentes, adultos e idosos: 1 vez ao ano;
- Gestantes: 6 vezes durante o período gestacional.

A avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes compõe a VAN. Recomenda-se que nos serviços de saúde seja realizada avaliação de consumo alimentar e antropometria de indivíduos de todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) e que estas observações possam ser avaliadas de forma integrada com informações provenientes de outras fontes de informação, como pesquisas, inquéritos e outros Sistemas de Informações em Saúde (SIS) disponíveis no SUS.

Quadro 34 - Estado nutricional de crianças. São Luís/MA. 2014 a 2017.

CRIANÇAS									
Ano / Índice	**2014**	**%**	**2015**	**%**	**2016**	**%**	**2017**	**%**	**Total**
Peso muito baixo para a idade	27	0,94	38	0,92	51	1,34	24	0,84	150
Peso baixo para a idade	65	2,26	98	2,38	89	2,33	68	2,38	320
Peso adequado ou Eutrófico	2,433	84,45	3,508	85,23	3,230	84,69	2,482	86,78	11,653
Peso elevado para a idade	356	12,36	472	11,47	444	11,64	286	10	1.658
									13,781

Fonte: e – Gestor AB – SISVAN.

Quadro 35 - Estado nutricional de adolescentes. São Luís/MA. 2014 a 2017.

ADOLESCENTES									
Ano / Índice	**2014**	**%**	**2015**	**%**	**2016**	**%**	**2017**	**%**	**Total**
Magreza acentuada	344	1,83	295	1,51	291	1,69	224	1,63	1.154
Magreza	864	4,59	836	4,28	788	4,58	584	4,24	3.072
Eutrofia	13,828	73,53	13,970	71,6	12,422	72,14	10,043	72,92	50.263
Sobrepeso	2,710	14,41	3,156	16,18	2,625	15,24	2,048	14,87	10.539
Obesidade	876	4,66	1,076	5,52	924	5,37	748	5,43	3.624
Obesidade Grave	183	097	177	0,91	170	0,99	126	0,91	656
									69.308

Fonte: e – Gestor AB – SISVAN.

Quadro 36 - Estado nutricional de adultos. São Luís/MA. 2014 a 2017.

ADULTOS									
Ano / Índice	**2014**	**%**	**2015**	**%**	**2016**	**%**	**2017**	**%**	**Total**
Baixo Peso	1679	3,79	1581	3,06	1456	3,07	1150	2,93	5.866
Adequado ou Eutrofico	17763	40,09	20198	39,14	18173	38,26	14,538	37,07	70.672
Sobrepeso	15531	35,05	18850	36,52	17835	37,55	14.597	37,22	66.813
Obesidade grau I	6798	15,34	8,014	15,53	7387	15,55	6.483	16,53	28.682
Obesidade Grau 2	1843	4,16	2249	4,36	2017	4,25	1.852	4,72	7.691
Obesidade Grau 3	691	1,56	719	1,39	630	1,33	601	1,53	2.641
									182.365

Fonte: e – Gestor AB – SISVAN.

Quadro 37 - Estado nutricional de gestantes. São Luís/MA. 2014 a 2017.

GESTANTES									
Ano / Índice	**2014**	**%**	**2015**	**%**	**2016**	**%**	**2017**	**%**	**Total**
Baixo peso	171	18.69	537	19,24	492	19,73	333	18,88	1,533
Adequado ou Eutrofico	375	40.98	1.150	41,2	1.067	42,78	768	43,54	3,360
Sobrepeso	251	27.43	788	28,23	663	26,58	446	25,28	2,148
Obesidade	118	12.9	316	11,36	272	10,91	217	12,3	923
									7,964

Fonte: e – Gestor AB – SISVAN.

Quadro 38 - Estado nutricional de idosos. São Luís/MA. 2014 a 2017.

IDOSOS									
Ano / Índice	**2014**	**%**	**2015**	**%**	**2016**	**%**	**2017**	**%**	**Total**
Baixo peso	110	18,71	688	13,45	656	13,92	415	13,64	1,869
Adequado ou Eutrofico	197	33,5	2.162	42,25	1,928	40, 91	1,205	39,9	5,492
Sobrepeso	281	47,79	2,267	44,3	2,129	45,17	1,423	46,76	6,100
									13,461

Fonte: e – Gestor AB – SISVAN.

Pode-se observar que foi elevado o percentual de crianças com sobrepeso (10% a 12%), no período de 2014 a 2017 (quadro 34). Essa condição pode implicar em elevado percentual de adultos e idosos com sobrepeso/obesidade. Visto que, elevado peso na infância é fator de risco para tal condição na vida adulta.

No Brasil, jovens com idade entre 15 a 19 anos correspondem a 15,6% da população. A infância e a adolescência são períodos do ciclo de vida marcados por grande vulnerabilidade, por representarem fases em que o indivíduo está se desenvolvendo, física e cognitivamente, e merece cuidados e atenção intensivos e direcionados. Com isso, é estratégica e necessária uma educação voltada para a saúde, especialmente relacionado aos hábitos alimentares (GUIMARÃES, 2003).

Em São luís, de 14% a 16% dos adolescentes, nos anos de 2014 a 2017, apresentaram sobrepeso (quadro 35). As práticas alimentares adotadas atualmente na adolescência tem correspondido a dietas ricas em gorduras, açúcares e sódio, com pequena participação de frutas e hortaliças. Este quadro está relacionado à manifestação cada vez mais precoce de doenças crônicas entre os adolescentes, como obesidade e diabetes, o que envolve um grande impacto na condição de vida e saúde desses adolescentes, e na saúde pública. Nesse sentido, é fortemente estimulado o desenvolvimento de estratégias de intervenção nutricional, inseridas no campo da educação em saúde, como uma perspectiva para o controle dessa problemática, nessa fase da vida.

Excesso de peso e obesidade na população adulta correspondem à grave problema de saúde pública mundial. Entre 1980 e 2008, a média de Índice de Massa Corporal (IMC) para homens aumentou 0,4 kg/altura²(m) por década; para mulheres, 0,5 kg/altura²(m). Em 2008 estimou-se que aproximadamente 1,46 bilhão de adultos estavam com excesso de peso, e desses, 205 milhões de homens e 297 milhões de mulheres estavam obesos (Finucane et al, 2011). As maiores taxas de prevalência de peso e obesidade foram identificadas no continente americano (62% da população com excesso de peso e 26% com obesidade). No Brasil, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada de 2008 a 2009, mostrou que a prevalência de excesso de peso para os homens foi de 50,1% e 48% para mulheres.

Em São Luís, o índice de sobrepeso nos adultos, de 2014 a 2017, foi de 35% a 37%(quadro 36).O que mostrou elevado percentual da população adulta propensa à obesidade e maiores chances de adquirir doenças crônicos não transmissíveis, como por exemplo, Diabetes Mellitus (DM) e HA. Tais percentuais resultam, além de hábitos

alimentares baseados em alto valor calórico e alimentos processados, também do sedentarismo.

A gestação e os primeiros anos seguintes constituem-se em períodos de risco para o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade entre mulheres. Sobrepeso ou obesidade anteriormente à gestação, assim como o ganho de peso excessivo durante o período gestacional são fatores de risco importantes para complicações clínicas, principalmente no fim da gestação. Como DM e HA, os quais se apresentam de duas a seis vezes mais prevalentes. Além de complicações no pós parto, como macrossomia infantil. Observa-se que as gestantes, em São Luís, alcançaram de 25% a 28% de sobrepeso e de 10 a 12% de obesidade (quadro 37).

O hábito alimentar do idoso não é determinado somente por preferências ou mudanças fisiológicas, mas também por questões de integração social como isolamento social, dificuldades de acesso ao transporte, além das condições vulnerabilidade social, como vivendo em situação de pobreza e extrema pobreza. Tais fatores podem levar a um comprometimento na alimentação dos idosos, que podem resultar desde baixo peso à sobrepeso e obesidade. Em São Luís, no período de 2014 a 2017, os idosos apresentaram percentuais de 13% a 18% de baixo peso, e 44% a 47% de sobrepeso (quadro 38).

Com isso, observa-se que mostram-se elevados os percentuais de sobrepeso, em São Luís, no período de 2014 a 2017, em todas as faixas etárias, especialmente em adultos e idosos. O que leva a necessidade das ações de saúde do município, prioritariamente a AB, contemplarem maior enfoque no acompanhamento do ganho de peso da população nos territórios. Desenvolvendo ações educativas e de estímulo à mudanças de hábitos alimentares, considerando o contexto em que esses indivíduos estão inseridos, especialmente sua condição de renda e acesso aos diferentes tipos de alimentos.

2.7.2 Saúde Bucal

A necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal da população e a necessidade de incentivar a reorganização da mesma na AB foram os motivadores da implantação das ações da saúde bucal na ESF (FARIAS & SAMPAIO, 2011). Essa inclusão da saúde bucal na ESF foi impulsionada pela perspectiva da construção de políticas públicas de saúde que pudessem garantir a

integralidade do atendimento, compreendendo a saúde bucal como parte integrante do todo (MARTELLI et al., 2010).

Visando também a necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o MS propôs como estratégia de reorganização da AB à saúde, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no ESF. Essa inclusão de ESB na ESF teve a sua concretização através da Portaria 1.444/GM de 2000, na qual foi determinado o incentivo financeiro às ESB na ESF. Foram definidas duas modalidades de equipe, sendo a modalidade I composta de um cirurgião-dentista e um Atendente de Consultório Dentário (ACD) e a modalidade II de um cirurgião-dentista, um ACD e um Técnico de Higiene Dental (THD) (LOURENÇO et. al, 2009).

O Brasil Sorridente - Política Nacional de Saúde Bucal –consiste em um programa que visa desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal através de uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico no SUS.

O município de São Luís apresenta, atualmente, cobertura de Saúde Bucal de 29,07%. Se considerada somente a ESF tem-se uma cobertura de 13,06%.

Quadro 39 - Implantação das Equipe de Saúde Bucal. São Luís/MA, 2018.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
ESB - I	**541**	**47**	**41**
ESB - II		**0**	**0**

Quadro 40 -Procedimentos odontológicos realizados na Atenção Básica. São Luís/MA, 2014 a 2017.

ATENDIMENTOS	2014	2015	2016	2017
Número de Procedimentos odontológicos realizados na Atenção Básica	298.438	324.801	300.384	213.627

Fonte: e-SUS e BPA

Importante destacar que, no ano de 2017,os registros dos procedimentos odontológicos passaram a realizados, exclusivamente, no e-SUS. Essa inserção ocorreu gradualmente, após terem sido realizados treinamentos com os profissionais das equipes e

do sistema de informação, até que o e-SUS se tornasse o sistema de controle e registro regular das informações referente aos procedimentos odontológicos na AB.

2.7.3 Atenção às urgências/Rede de Atenção às Urgências

Instituída pela Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011, que Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências(RAU) no SUS, a qual tem como componentes e interface todos os serviços e ações que buscam contribuir para a integralidade do cuidado. A RAU foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deva ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior ou menor complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em RAU enquanto elos de uma rede de manutenção da vida, em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

A consolidação do processo de implantação da RAU se dá por meio das portarias:

- Portaria Nº 1.601, de 7 de julho de 2011 - Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA24) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da RAU, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

- Portaria Nº 2.026, de 24 de agosto de 2011 - Aprova as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da RAU.

- Portaria Nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 - Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS.

- ✓ Organização da RAU

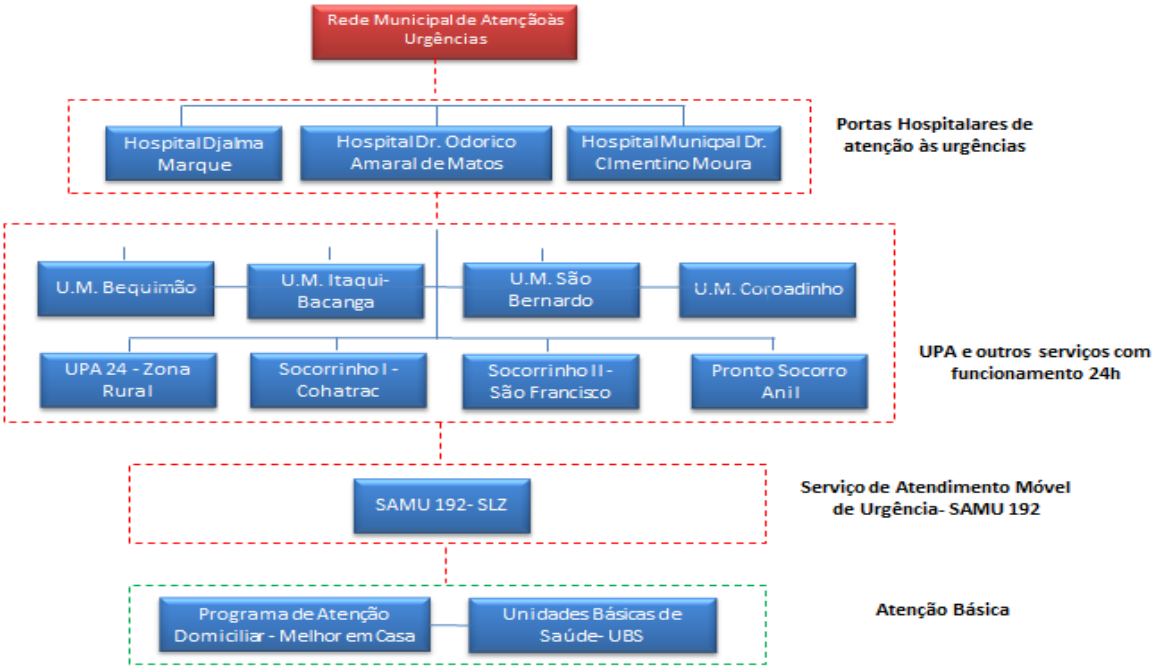
A RAU está organizada em conformidade com níveis de hierarquia, complexidade dos serviços de saúde e as interfaces, considerando o modelo de atenção às urgências, que preconiza as ações centradas no usuário. Também buscando garantir a universalidade, equidade e integralidade do cuidado, ampliar o acesso com acolhimento e classificação de risco, integrando as interfaces da RAS por meio da regulação. E considerando os princípios e diretrizes do SUS, além de documentos normativos, que regulamentam/orientam a implantação e funcionamento da RAU.

São componentes e interfaces da RAU e Emergências:

- AB: UBS
- UPA e outros serviços com funcionamento 24h
- SAMU 192
- Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências
- Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos
- Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), traumas
- Atenção domiciliar – Melhor em Casa

Considerando tais componentes, atualmente, a RAU de São Luís está constituída: UBS (sob responsabilidade da Superintendência de Ações em Saúde), UPA e outros serviços com funcionamento 24h (UPA da Zona Rural, Socorrinho São Francisco, Socorrinho Cohatrac, Pronto-Socorro Anil, Unidade Mista Bequimão, Unidade Mista Coroadinho, Unidade Mista Itaqui-Bacanga, Unidade Mista São Bernardo), SAMU 192, Portas Hospitalares de Atenção às Urgências (Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques - Socorrão I, Hospital Municipal de Urgência e Emergência Clementino Moura - Socorrão II, Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Odorico Amaral de Matos - Hospital da Criança - HC) e Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa) (figura 30).

Figura 30 - Rede Municipal de Atenção às Urgências. São Luís/MA, 2018.



- ✓ Componentes/interfaces que compõem a RAU:

- Atenção Básica

A AB objetiva a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Outros Serviços com Funcionamento 24 Horas

Criada pela Portaria Ministerial nº 1.020, de 13 de maio de 2009 e revogada pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, as UPAs desempenham importante papel na estruturação da RAU. Essa importância se dá pelo perfil da unidade de ser intermediária, servindo com uma espécie de elo entre a UBS e a Rede Hospitalar, além da competência de acolher pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento 24h, conforme atribuída pela referida portaria.

Assim, as UPAS são responsáveis por atender com qualidade as urgências e emergências médicas, com demanda espontânea ou referenciada por Unidades Básicas, priorizando o atendimento de casos mais graves de acordo com a classificação de risco.

Neste contexto, na rede municipal de saúde tem-se unidades que dão suporte e resolutividade aos casos de menor complexidade. São porta de entrada para RAU, nas quais são atendidas a demanda espontânea e referenciada. E ofertado à população serviços de clínica médica, exames laboratoriais, pequenas cirurgias, curativos, nebulização, atendimento odontológico e de ortopedia. São elas: UPA Zona Rural (Bairro Maracanã), Socorrinho Cohatrac (Bairro Cohatrac), Socorrinho São Francisco(São Francisco) e Pronto Socorro Anil(Bairro Anil).

- Unidades Mistas: caracterizadas como sendo, unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em AB e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, como unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) básico ou de rotina (Informações de Saúde/Tipos de Estabelecimentos/DATASUS/MS).

Embora esse tipo de estabelecimento não seja mais reconhecido perante o MS, essas unidades estão ainda presentes na rede municipal de saúde de São Luís, sendo consideradas como estratégicas para a consolidação da rede de urgência municipal. Em relação à estrutura física, as Unidades Mistas da rede são semelhantes, diferindo apenas pelo tipo dos serviços ofertados à população, em razão das especialidades ofertadas. As Unidades Mistas do município de São Luís são porta de entrada para RUE e oferecem especialidades que estão além das clinicas básicas, como é possível constatar nos serviços descritos a seguir:

- Unidade Mista Bequimão: localizado no Bairro Bequimão, oferta à população os serviços ambulatoriais nas áreas de: Clínica Médica Ginecologia, Cardiovascular/Angiologista, Obstetrícia, Gastroenterologista, Pediatria, Dermatologia, Nefrologia, Endocrinologia, Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia Infanto-Juvenil, Pneumologista, Pediatra, Oftalmologia, Cirurgião Torácico e Hebiatra Cardiologia. Além de atendimento de enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e exames laboratoriais.

- Unidade Mista Coroadinho: localizado no Bairro Coroadinho, oferta à população os serviços ambulatorial nas áreas de: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Cardiologia, Gastroenterologista, Ginecologia, Dermatologia, Psiquiatra, Odontologia, Urologia, Ortopedia, Traumatologia e exames laboratoriais.

- Unidade Mista Itaqui-Bacanga: localizado no Bairro Itaqui-Bacanga, oferta à população os serviços ambulatorial nas áreas de: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia, Dermatologia e Urologia, Cardiologia, Dermatologia, Psiquiatra, Odontologia, Ortopedia e Traumatologia. Além de atendimento de enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição e exames laboratoriais.

- Unidade Mista São Bernardo: localizado no Bairro São Bernardo, oferta à população os serviços ambulatoriais nas áreas de: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Cardiologia, Ginecologia, Obstetrícia, Dermatologia, Psiquiatra, Urologia, Odontologia, Ortopedia, Traumatologia, exames laboratoriais, além de atendimento de enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição.

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192

Instituído por meio do Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004 e redefinido pela Portaria nº 1.010 de maio de 2012, que trata das diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências, componente da RAU.

O SAMU São Luís é responsável pela regulação da Região de Saúde de São Luís, conforme pactuação. Além de São Luís, tem-se bases do SAMU nos municípios de São José de Ribamar e Paço do Lumiar, que atende além desses três municípios, também ao município de Raposa. Perfazendo uma população aproximada de 1.500.000 habitantes. Tem como missão prestar atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência com excelência. E como valor institucional o atendimento ao paciente de forma ágil e eficiente com profissionais e recursos tecnológicos adequados, respeitando os princípios éticos e humanos.

Assim, o SAMU/São Luís desenvolve suas ações estruturado em 5 (cinco) bases descentralizadas, estrategicamente distribuídas nos Bairros/Distritos: Unidade Mista São Bernardo/Bairro São Bernardo/Distrito Tirirical, Centro de Saúde Amar/Bairro Vicente Fialho/Distrito Bequimão, Cidade Olímpica II/Distrito Tirirical, UPA BR 135, Km 07 Parque Industrial/Distrito Vila Industrial e Centro de Saúde Clodomir Pinheiro Costa/Bairro Anjo da Guarda/Distrito Itaqui Bacanga. O processo de descentralização dos serviços contribuiu para reduzir o parâmetro tempo-resposta, fator decisivo na sobrevida do paciente.

A capacitação permanente dos profissionais é implementada por meio do Núcleo de Educação Permanente em Urgência (NEP/NEU). Regulamentado pela Portaria GM nº 2.048/2002 (Regulamento Técnico de Urgências).Além do atendimento pré-hospitalar e das ações educativas, o SAMU mantém em atividade os seguintes projetos:

- Projeto SAMU solidário: instituído e implementado pelo NEU, com o objetivo de ampliar a missão e objetivos de atuação do SAMU, realizando ações socialmente responsáveis que possam favorecer seus servidores, estudantes e profissionais da área da saúde e, sobretudo, a comunidade em geral. Iniciado no ano 2014, pela necessidade de capacitação dos servidores do SAMU São Luís, e ainda estender essa capacitação a outros profissionais da área da saúde. Trata-se de um curso de curta duração, com uma carga horária de 8 horas. Para inscrição, inicialmente doava-se 1 kg de alimento não perecível ou brinquedos para serem repassados a instituições de caridade. Atualmente, a inscrição está condicionada a doação de 1 (uma) cesta básica, e de acordo com a época do ano, essa doação poderá ser feita em brinquedos, material de higiene e material escolar.

- Projeto SAMU nas escolas: instituído e implementado pelo NEU, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, com o objetivo de divulgar o serviço prestado pelo SAMU a professores e alunos, da Rede Pública Municipal entre o 6º e 9º ano do Ensino Fundamental, com a possibilidade de ser estendido o atendimento, de acordo com a demanda, para as Redes Estadual e Particular.

A iniciativa visa sensibilizar as comunidades a respeito da incidência de trotes e suas consequências, prevenção de acidentes em ambiente escolar e doméstico, além de oferecer treinamento em urgência e emergência a professores e alunos dando orientações sobre como agir e acionar o socorro especializado, desenvolvendo assim o senso de responsabilidade e cidadania, tornando-os multiplicadores dessas informações.

- ✓ Portas hospitalares de entrada à atenção às urgências – grande portas de entrada da RUA em São Luís.

Considerando o Art. 11, Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 que define a constituição do componente hospitalar pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias, o componente hospitalar da RUE de São Luís encontra-se alicerçado sobre 3 (três) grandes unidades hospitalares: Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Odorico Amaral de Matos - HC, Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques (HMDM) - Socorrão I e Hospital Municipal de Urgência e Emergência Clementino Moura - Socorrão II, que são referência em urgências pediátricas e traumato-ortopedia para 217 municípios do Estado, conforme descritos:

- Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Odorico Amaral de Matos – HC: é uma Unidade de Saúde de Órgão Público Municipal Credenciado ao SUS, subordinada à SEMUS, referência no Estado do Maranhão para o atendimento pediátrico de urgência/emergência na faixa de 29 dias a 11 anos 11 meses e 29 dias. Possui 80 leitos operacionais.

O hospital dispõe das seguintes estruturas:

- Serviço de Emergência Hospitalar, que compreende: recepção/acolhimento e classificação de risco, organização do PS, possibilitando avaliação prévia do quadro clínico do paciente e ordenação do atendimento considerando a gravidade de cada caso.

- Internação

- Ambulatório - O atendimento ambulatorial é realizado no anexo do Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Odorico Amaral de Matos - HC, Centro de Saúde Paulo Ramos, Localizado na Rua do Passeio, os serviços ambulatoriais ofertados por esta unidade serão descritos mais adiante.

- SADT – O setor funciona 24horas, com farmacêutico presente e prestando assistência durante todo o horário de funcionamento. Atua na logística de aquisição, recepção, armazenamento, distribuição, dispensação e controle de medicamentos e correlatos. Além de realizar os exames de diagnóstico por imagem (ultrassonografia, atuando 24 horas por dia e nos 7 dias da semana), colaborando de forma ativa na tomada de decisão referentes às condutas terapêuticas. O SADT é constituído pelo laboratório de análises clínicas, serviço de imagem, métodos gráficos (eletrocardiograma).

Tabela 46: Produção ambulatorial do Hospital da Criança. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				
	2014	2015	2016	2017	Total
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	16.662	8.045	12.357	13.348	50.412
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	84.576	93.124	105.028	120.127	402.855
0204 Diagnóstico por radiologia	13.452	14.014	24.492	30.304	82.262
0205 Diagnóstico por ultrasonografia	264	409	537	678	1.888
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	81	70	0	3.126	3.277
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	423.738	586.922	956.462	689.446	2.656.568
0307 Tratamentos odontológicos	3.004	2.522	3.703	4.781	14.010
0414 Bucomaxilofacial	503	363	548	524	1.938
Total	**542.280**	**705.469**	**1.103.127**	**862.334**	**3.213.210**

FONTE: SAI.

Tabela 47: Produção hospitalar do Hospital da Criança. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	2.608	2.090	3.090	3.244	11.032
0304 Tratamento em oncologia	33	30	56	20	139
0305 Tratamento em nefrologia	7	2	12	15	36
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	27	24	40	21	112
Total	**2.675**	**2.146**	**3.198**	**3.300**	**11.319**

FONTE: SIHD.

- Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques - Socorrão I: órgão de natureza autárquica, possuindo personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimônio próprio, com sede e foro no Município de São Luís, vinculado à SEMUS e, tem por finalidade prestar assistência médico-hospitalar de urgência e emergência aos habitantes do Município de São Luís. Criado pela lei nº 2579, de 07 de maio de 1982, tendo alterada sua denominação pela lei nº 2580, de 07 de maio de1982, passou a integrar a rede municipal de saúde, em prédio doado pela Cruz Vermelha Brasileira.

Desde 25/10/2012 passou a integrar a RAU, cujo objetivo é garantir o atendimento humanizado ao paciente que, tendo recebido algum tipo de atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso a outros meios que atendam a sua condição de urgência. Em 2013, passou a Hospital Especializado tipo I, nos termos da Portaria MS 2.395 de 11/10/2011, com habilitação nos serviços de neurocirurgia. Sua estrutura física é organizada em dois pavimentos:

- Primeiro piso: Eixo azul - Composto por recepção, espaço de espera, 01 consultório de Classificação de Risco, 02 Consultórios Médicos, Consultório de Cardiologia, Consultório de Especialidades, Serviço de RX, Tomografia, Ultrassonografia, Laboratório de Análises Clínicas, Agência Transfusional, Posto de Medicação, Enfermaria 2. Eixo Vermelho - Área Vermelha, Área Amarela, Emergência Cirúrgica e Enfermaria 1.

Segundo piso: Unidades de Terapia Intensiva, Centro-Cirúrgico, Clínica Cirúrgica, Clínica de Neurocirurgia e a Farmácia Central.

- Serviços de apoio assistencial

A Farmácia Hospitalar é dirigida por um farmacêutico, ligado hierarquicamente à Diretoria Técnica do Hospital e atua de forma integrada com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente. O setor funciona 24horas, com farmacêutico presente e prestando assistência durante todo o horário de funcionamento. Atua na logística de aquisição, armazenamento, dispensação e controle de medicamentos e correlatos.

O SADT é constituído pelo laboratório de análises clínicas, serviço de imagem, métodos gráficos (eletrocardiograma) e endoscopia. O serviço de imagem colabora de forma ativa na definição das condutas terapêuticas. Engloba as modalidades de radiologia geral, tomografia computadorizada e ultrassonografia, atuando 24 horas por dia e nos 7 dias da semana. Tem como foco as demandas internas. Contudo, de acordo com as necessidades das Unidades da rede, também atende pacientes externos por meio de pré-agendamento,

realizado na Central de Autorização de Exames. São duas salas de radiologia, uma de tomografia, uma para endoscopia e outra para ultrassonografia. O hospital também dispõe de dois aparelhos de raio x portátil para a realização de exames em pacientes impossibilitados de serem removidos para as salas do setor de imagem, a exemplo daqueles que estão nas UTI's.

Quadro 41 - Distribuição de leito por clínica, Hospital Djalma Marques - Socorrão I. São Luís/MA, 2018.

SETOR	CADASTRADOS
Área vermelha	0
Área amarela	0
Área verde	20
Neurologia	5
Cardiologia	5
Psiquiatria	5
Cirurgia geral	66
Cirurgia vascular	0
Neurocirurgia	17
Pediatria Clínica	2
Pediatria Cirúrgica	28
UTI 1	8
UTI 2	4
Isolamento	1
TOTAL	**161**

Fonte: Socorrão I.

A equipe médica do Hospital conta com 22 especialidades, sob regime de plantão 24 horas e de parecer à distância (quadro 41).

Quadro 42- Distribuição de especialidades e horário de atendimento. Hospital Djalma Marques - Socorrão I. São Luís/MA, 2018.

Nº	ESPECIALIDADES	HORÁRIO DE ATENDIMENTO
1	Cirurgia geral	24 h
2	Cirurgia de cabeça e pescoço	segunda a sexta – manhã e tarde
3	Cirurgia de tórax	24 h – parecer
4	Cirurgia vascular	24 h – parecer
5	Cirurgia plástica	terça/quarta/quinta

6	Coloproctologia	24 h
7	Cirurgia pediátrica	24 h
8	Endoscopia	24 h
9	Cardiologia	24 h
10	Endocrinologia	terça e quinta(tarde), e sábado(manhã)
11	Hematologia	24 h
12	Neuropediatria	24 h
13	Neurologia	24 h
14	Neurocirurgia	24 h
15	Anestesiologia	24 h
16	Ortopedia	24 h
17	Otorrinolaringologia	manhã e tarde
18	Odontologia – pacientes internos	Parecer
19	Bucomaxilofacial	24 h – parecer
20	Urologia	24 h – parecer
21	Medicina intensiva	24 h
22	Psiquiatria – pacientes internos	Parecer
23	Oftalmologia	24 h – parecer

FONTE: SOCORRÃO I

Tabela 48 – Produção ambulatorial, Hospital Djalma Marques - Socorrão I. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPO	PERÍODO				
	2014	2015	2016	2017	Total
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	0	281	857	747	1.885
0201 Coleta de material	0	0	5	0	5
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	184.124	232.287	240.249	250.958	907.618
0204 Diagnóstico por radiologia	32.657	22.674	20.697	11.874	87.902
0205 Diagnóstico por ultrasonografia	3.549	3.069	2.257	1.546	10.421
0206 Diagnóstico por tomografia	10.122	10.101	7.638	12.784	40.645
0209 Diagnóstico por endoscopia	736	901	578	691	2.906
0214 Diagnóstico por teste rápido	0	247	655	375	1.277
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	397.002	341.004	376.923	416.096	1.531.025
0302 Fisioterapia	7.286	17.953	34.645	53.429	113.313
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	624	223	46	0	893
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele,	10.945	6.302	7.522	5.447	30.216

tecido subcutâneo e mucosa					
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	929	1.045	462	427	2.863
0405 Cirurgia do aparelho da visão	163	30	1	9	203
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	4.378	1.782	1.705	1.192	9.057
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	0	0	0	38	38
0410 Cirurgia de mama	2	8	6	1	17
Total	**652.517**	**637.907**	**694.246**	**755.614**	**2.740.284**

Fonte: SAI.

Tabela 49- Produção hospitalar, Hospital Djalma Marques - Socorrão I. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	3.458	3.643	3.620	3.733	14.454
0305 Tratamento em nefrologia	169	149	113	176	607
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	215	196	217	236	864
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	8	12	12	8	40
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	153	118	243	332	846
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	94	129	101	143	467
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	98	79	81	37	295
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1.031	1.059	1.046	1.098	4.234
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	953	1.211	1.036	666	3.866
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	150	160	169	167	646
0410 Cirurgia de mama	3	6	3	8	20
0412 Cirurgia torácica	306	290	243	191	1.030
0413 Cirurgia reparadora	174	141	170	199	684
0414 Bucomaxilofacial	2	0	2	0	4
0415 Outras cirurgias	830	845	754	624	3.053
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	0	0	11	52	63
Total	**7.644**	**8.038**	**7.821**	**7.670**	**31.173**

Fonte: SIHD.

- Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura- Socorrão II: Fundado em 1998, tornando-se referência para o atendimento de urgência e emergência na capital e interior, como "Porta de Entrada" em urgência e emergência. Oferta atendimento em traumatologia, ortopedia, vascular, cirurgia geral e terapia intensiva adulta. Está habilitado como Unidade de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, através da Portaria nº 378 de 13 de Abril de 2016, sendo, portanto, considerada referência nestas especialidades. Além das habilitações:

- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional (Portaria SAS nº 2545 de 26/12/2016);

- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Trauma-ortopedia (Portaria SAS/MS nº 378 de 15/04/2016);

- Unidade de Terapia Intensiva (UTI) TIPO II adulto (20 leitos) – sendo atualmente 30 em funcionamento. Sendo, portanto, 10 leitos sem habilitação (Portaria nº 362/00 - 2126/04 de 07/10/2004).

Tem como estrutura assistencial:

- Serviço Hospitalar de Emergência compreende: monitoramento e controle da superlotação, organização dos sistemas regionais de atenção às urgências, recepção/acolhimento e classificação de risco, organização do PS. Possui 25 leitos de observação cadastrados, além de 3 leitos de estabilização (ala vermelha) e 10 leitos de ala amarela, de forma que a capacidade operacional total do PS é de 37 leitos, distribuídos em dois eixos, sendo eles, o PS e a grande emergência.

- Gestão da Clínica compreende: gestão da clínica e segurança do paciente, organização e funcionamento da unidade de internação e regulação interna, alta da internação e do cuidado hospitalar e transferência do cuidado. Seguindo as diretrizes de qualificação propostas na portaria nº 2.395 de 2011, que organiza o componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência (RUE), foram implantados núcleos que contribuem diretamente para a gestão da clínica: Núcleo de Acesso à Qualidade Hospitalar (NAQH), Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Núcleo Interno de Regulação (NIR).

- Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico- possui SADT durante 24 horas, a fim de atender todas as necessidades dos pacientes atendidos. Atualmente dispõe de Serviço de Laboratório local e terceirizado, e Serviço de Imagem com realização de exames de Ultrassom, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e Endoscopia Digestiva.

Dispõem de serviço 24 horas, com farmacêuticos e bioquímicos presentes durante todo seu horário de funcionamento da unidade.

- Centro Cirúrgico - O Bloco Cirúrgico do Hospital Clementino Moura funciona 24 horas/dia atendendo pacientes advindos da capital e das mais diversas cidades do interior do Maranhão e conta com sete especialidades cirúrgicas atuando no bloco: cirurgia geral, ortopedia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia bucomaxilo e urologia. O Hospital possui 283 leitos (quadro 43).

Quadro 43 – Distribuição de leitos por setor. Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura- Socorrão II. São Luís/MA, 2018.

SETOR	NÚMERO DE LEITOS
Estabilização	04
Ala Vermelha	10
Emergência Clínica	16
Emergência Trauma	18
SRPA	10
Ortopedia	112
Clínica Cirúrgica	56
Clínica Médica	30
Semi-intensiva	08
UTI tipo II adulto	19
TOTAL	283

Fonte: CNES.

A equipe médica do Hospital Socorrão II conta com 14 especialidades, sob regime de plantão 24 horas e de parecer à distância (quadro 44).

Quadro 44 – Distribuição de leitos por especialidade. Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura- Socorrão II. São Luís/MA, 2018.

ESPECIALIDADE	ATENDIMENTO
Cirurgia geral	24 horas
Ortopedia	24 horas
Neurologia	12 horas
Anestesiologia	24 horas

Cirurgia Plástica	12 horas
Cirurgia Torácica	Parecer
Terapia intensiva	24 horas
Cirurgia vascular	12 horas e parecer
Neurologia	12 horas e parecer
Infectologia	6 horas
Cardiologia	12 horas
Nefrologia	12 horas
Radiologia	24 horas
Endoscopia digestiva	12 horas

Fonte: Hospital Clementino Moura - Socorrão II.

Tabela 50- Produção ambulatorial. Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura- Socorrão II. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	0	411	239	764	1.414
0201 Coleta de material	8	9	1	3	21
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	166.240	218.493	255.630	276.827	917.190
0204 Diagnóstico por radiologia	41.813	46.435	32.881	18.166	139.295
0205 Diagnóstico por ultrasonografia	3.960	3.040	1.696	1.998	10.694
0206 Diagnóstico por tomografia	13.228	20.591	19.934	16.843	70.596
0207 Diagnóstico por ressonância magnética	6.394	1.081	3.674	6.081	17.230
0209 Diagnóstico por endoscopia	0	90	244	351	685
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	3.764	3.451	3.711	3.666	14.592
0214 Diagnóstico por teste rápido	0	275	458	404	1.137
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	155.806	169.630	190.038	189.214	704.688
0302 Fisioterapia	0	220	14	0	234
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	962	1.543	1.061	1.559	5.125
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	54.146	26.607	11.064	10.354	102.171
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	65	42	16	36	159
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	15	16	26	23	80
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	23	24	19	19	85

0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	2.117	1.912	1.731	1.893	7.653
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	29	35	60	59	183
0410 Cirurgia de mama	0	3	4	4	11
0415 Outras cirurgias	225	259	724	752	1.960
0701 Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	0	1.990	1	12.382	14.373
Total	448.795	496.157	523.226	541.398	2.009.576

FONTE: SAI.

Tabela 51 - Produção hospitalar. Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura- Socorrão II. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	1.324	1.200	1.149	1.160	4.833
0304 Tratamento em oncologia	9	10	3	5	27
0305 Tratamento em nefrologia	94	90	82	117	383
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	869	710	454	633	2.666
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	103	133	136	113	485
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	103	142	54	1	300
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	195	176	95	54	520
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	46	54	51	31	182
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	911	931	991	1.024	3.857
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	1.916	2.179	2.233	2.300	8.628
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	78	68	91	129	366
0412 Cirurgia torácica	298	308	280	212	1.098
0413 Cirurgia reparadora	204	151	137	145	637
0414 Bucomaxilofacial	1	1	1	1	4
0415 Outras cirurgias	1.179	1.426	1.669	1.726	6.000
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	0	0	9	10	19
Total	**7.330**	**7.579**	**7.435**	**7.661**	**30.005**

FONTE: SIHD.

- ✓ Programa Melhor em Casa

O programa foi instituído em 2011 e integrado ao Programa SOS Emergências na RAU no âmbito do SUS, por meio da Portaria Ministerial nº 1.208 de 18 de junho de 2013.Tem como objetivo promover atendimento médico na residência dos indivíduos, os quais atendam aos critérios para que esse atendimento possa ocorrer fora do ambiente hospitalar. Contempla, principalmente, idosos, pacientes crônicos, em situação pós-cirúrgica e com necessidade de reabilitação motora, evitando internações hospitalares desnecessárias e contribuindo para reorganização/otimização dos leitos hospitalares, além de redução de índices de infecção hospitalar.

As equipes são formadas, prioritariamente, por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta. Outros profissionais como fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, odontólogo, psicólogo, assistente social e farmacêutico podem também compor as equipes de apoio.

Atualmente, tem-se o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da rede municipal de saúde de São Luís composto por 3 (três) Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e 1 (uma) Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). Implantadas no Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura- Socorrão I e Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marque- Socorrão II.

Como diagnósticos mais prevalentes identificados no município de São Luís, pelas EMADs, tem-se: Neurossequelados por AVC, Alzheimer, Parkinson, Paralisia Cerebral, Traumatismo, dentre outros. Atendendo um total de 115 paciente, o que representa a liberação desse mesmo total de leitos hospitalares para a ocupação por pacientes, com condições de maior gravidade e necessidade de atendimento em ambiente hospitalar.

2.7.4 Atenção a populações específicas

2.7.4.1 Atenção à saúde da mulher e da criança/Rede Cegonha

A equipe de Coordenação de Assistência Materno Infantil da SEMUS desenvolve as ações de saúde que contribuem para a atenção à saúde de mulheres, crianças e adolescentes, com redução da morbimortalidade por causas evitáveis, de forma integrada aos diversos níveis do sistema. É composta por Coordenador, Diretor da Divisão da Mulher, Diretor da Divisão da Criança e Adolescente, e seis técnicos, que planejam, monitoram e avaliam as

políticas, programas, ações e serviços, em articulação com os demais órgãos de saúde, favorecendo a promoção da assistência e atenção integral à mulher e criança.

Linhas de cuidados preconizadas pelo MS:

- ✓ Saúde da mulher

  - Atenção Clínico-ginecológica;
  - Planejamento reprodutivo;
  - Atenção obstétrica (pré-natal, parto e puerpério);
  - Câncer ginecológico (mama e colo do útero);
  - Atenção ao climatério;
  - Vigilância do óbito materno e de Mulher em Idade Fértil (MIF).

- ✓ Saúde da criança

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

- ✓ Saúde do adolescente

  -Promoção das Ações em Saúde para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens;
  - Crescimento e desenvolvimento;
  - Imunização;
  - Situação de risco (trabalho infantil, violências, usa de drogas, etc).

Referente à saúde da criança, aAB no município dispõe de assistência à puericultura, imunização, suplementação de vitamina A e ferro, incentivo ao aleitamento materno e orientação nutricional. Por meio do NASF, 60% das Unidades Básica de Saúde dispõem da oferta Triagem Biologia Neonatal (teste do pezinho). O serviço de referência em pediatria funciona nas 04 Unidades Mistas de Saúde e em ambulatórios de algumas UBS.

A taxa de mortalidade infantil em se mantido elevada, tendo no componente neonatal a maior influência para tal (quadro 45). O que mostra a necessidade de maiores intervenções nas ações de pré-natal, parto e cuidados com o RN.

Quadro 45 - Mortalidade neonatal por tempo de vida. São Luís/MA 2013-2017.

ANO	2013	2014	2015	2016	2017
Nº absoluto 0 a 6dias	167	162	157	144	148
Nº absoluto 7 a 28dias	48	44	58	32	39
29 dias a menor de ano	75	78	83	75	82
TX/1000-NV	16.9	17.2	17.5	16.1	17.3

Fonte: SIM

Todas as UBS oferecem algum tipo de atendimento ao adolescente, em parceira com o NASF e o PSE, como atividades relacionadas ao crescimento e desenvolvimento de adolescentes, saúde sexual e reprodutiva, prevenção de violências e acidentes, promoção da cultura de paz, redução do uso abusivo de álcool e outras drogas, buscando o diálogo familiar como estratégia fundamental na melhoria das relações afetivas entre pais, responsáveis e filhos e favorecendo comportamentos, hábitos e ambientes seguros e saudáveis para adolescentes.

O município dispõe de 02 serviços de referência para o adolescente (hebiatra): um na Unidade Mista do Bequimão e outro no Centro de Saúde da Radional.

O programa adolescentes multiplicadores em saúde vem sendo desenvolvido desde o ano de 2013, no distrito sanitário da Vila Esperança em parceria com PLAN, contemplando quatro UBS (Maracanã, Estiva, Pedrinhas e Coqueiro) e também o bairro de Inhaúma, todos na zona rural de São Luís.

Também a Plataforma dos Centros Urbanos, uma iniciativa da Organização das Nações Unidas (UNICEF), em parceria com o município, desenvolve ações voltadas para a redução dos homicídios de adolescentes, a promoção dos direitos da primeira infância, o enfrentamento da exclusão escolar e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes.

No eixo violência da criança e adolescente existe um fluxo de atendimento e notificação, como elemento norteador para os profissionais das unidades de saúde.

- ✓ REDE CEGONHA

A Rede Cegonha foi instituída no âmbito do SUS a partir da Portaria do MS nº 1459 de 24 de junho de 2011, tendo como objetivos:

I - 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;

II - organizar a RAS Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

I - Pré-Natal

II - Parto e Nascimento

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

- ✓ Conformação da Rede Cegonha na região de saúde de São Luís – MA

Habilitada por meio da Portaria Ministerial nº 1.595, de 2 de agosto de 2013**.**

A Rede de Atenção Materno Infantil/Rede Cegonha no Município de São Luís é composta de 57 unidades de saúde, 110 ESF, 46 ESB e 13 NASF, que constituem a AB. Além de 08 maternidades para atenção ao parto, nascimento e situação de abortamento.

As consultas de pré-natal de risco habitual seguem as instruções do manual preconizado pelo MS, contidas no Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher de São Luís, com os exames básicos do pré-natal sendo ofertados pelo município em seu próprio território, obedecendo ao fluxo pactuado.

Quanto ao pré-natal de alto risco foi pactuada a realização nas duas maternidades de alto risco (Hospital Universitário Unidade Materno Infantil-HUMI e Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão), referenciado pelas unidades básicas, de acordo com o mapa da vinculação. Sendo que os Distritos Sanitários Centro, Bequimão, Coroadinho e Itaqui Bacanga referenciam as gestantes para o HUMI. Os Distritos Sanitários COHAB, Vila Esperança e Tirirical referenciam as gestantes para a Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão. Para atendimento, a gestante é direcionada a maternidade de referência com o

encaminhamento do profissional de saúde da AB, caderneta da gestante e documentos para agendamento do atendimento, na própria Unidade de referencia.

- ✓ Proposta de vinculação das unidades de saúde para parto de risco habitual

Um dos eixos das políticas de atenção à saúde da mulher é a garantia de acesso das gestantes à maternidade na hora do parto. Essas políticas resultaram no compromisso de gestores da esfera federal, estadual e municipal relativo à sua implantação, incluindo as estratégias de superação de barreiras que dificultam o acesso da gestante à maternidade. A Lei n° 11.634/2007 delega ao SUS a responsabilidade da vinculação da gestante à maternidade na qual será feito o parto e o atendimento em casos de intercorrências, desde o início do pré-natal. O descumprimento dessa lei faz com que as mulheres peregrinem na hora do parto, o que contribui para aumentar a mortalidade materna e a mortalidade infantil no período peri e neonatal.

Em face dessa realidade, o município de São Luís realiza a vinculação das gestantes que realizam pré-natal nas UBS da rede municipal às maternidades, conforme disposto no quadro 46. A vinculação de referência para risco habitual das UBS de Raposa, São José de Ribamar e de Paço do Lumiar está representada no quadro 47.

Quadro 46– Vinculação/referência para gestantes de risco habitual das UBS de São Luís, por maternidade. 2018

HUUFMA	MATERNIDADE SANTA CASA	MATERNIDADE MARIA DO AMPARO	MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA	MATERNIDADE BENEDITO LEITE
CS da Liberdade CS São Francisco CS Bezerra de Menezes	CS de Itapera CS do Maracanã USF de Vila Sarney CS José de R. F. Correia CS de Quebra Pote CS Thales R. Gonçalves CS do Tibiri CS de Pedrinhas I CS de Pedrinhas II CS Mª de Lourdes CS Carlos Macieira	CS do Turu CS Djalma Marques CS AMAR USF de Vila Lobão CS do Radional USF de Pirapora CS de São Cristovão CS Jardim São Cristovão CS de Vila Itamar CS do Coqueiro CS de João de Deus CS Laura	CS Vila Bacanga (Embrião) CS de Vila Embratel CS de Gapara CS Clodomir P. Costa CS do São Raimundo CS de Vila Nova CS Yves Parga CS de Paraíso UM do Itaqui	USF de Cid. Olímpica I USF de Cid Olímpica II USF de Cid Olímpica III CS Fabiciana Moraes CS Santa Efigênia CS Nazaré Neiva CS Janaína CS Expedito Alves Melo

	CS AntonioGuanaré CS do João Paulo CS Paulo Ramos CS de Fátima CTA Lira UM do Coroadinho	Vasconcelos CS Santa Barbara CS Santa Clara CTA Anil UM do Bequimão	Bacanga	CS Genésio Ramos Filho CS da Cohab CS Salomão Fiquene UM do São Bernardo CS Coquilho

Fonte: SEMUS.

Quadro 47–Vinculação/referência para gestantes de risco habitual das UBS de Raposa, São José de Ribamar e de Paço do Lumiar, por maternidade. 2018.

MATERNIDADE SANTA CASA	MATERNIDADES DE SÃO JOSE DE RIBAMAR	MATERNIDADE BENEDITO LEITE
RAPOSA: UBS Terezinha Ribeiro Farias UBS Filomena Arcângela da Silva UBS Ozinho Clemente Costa UBS Carlos Vidal de Sousa UBS Maria Pereira da Cruz	Centro de Saúde Dr. Honório Gomes Posto de Saúde do Guarapiranga Posto de Saúde da Trizidela da Maioba Unidade de Saúde Alonso Costa Unidade de Saúde do Bom Jardim Unidade de Saúde Dr. Raimundo Balbino Unidade de Saúde do Jardim Tropical Unidade de Saúde do J.Câmara Unidade de Saúde do J. Lima Unidade de Saúde do Juçatuba Unidade de Saúde da Maiobinha Unidade de Saúde da Mata Unidade de Saúde da Matinha Unidade de Saúde do Miritiua Unidade de Saúde da Nova Aurora Unidade de Saúde do Nova Terra Unidade de Saúde do Novo Cohatrac Unidade de Saúde do Panaquatira Unidade de Saúde do Parque Araçagy Unidade de Saúde do Parque Jair Unidade de Saúde do Parque Vitoria Unidade de Saúde do Pintangueira Unidade de Saúde do Quinta Unidade de Saúde do Recanto Verde Unidade de Saúde do São José dos Índios	**PAÇO DE LUMIAR:** UBS Maiobão CS Vila São José CS Tambaú UBS Safira UBS Piramide

	Unidade de Saúde do São Raimundo Unidade de Saúde do Sitio do Apicum Unidade de Saúde do Turiúba Unidade de Saúde da Vila Cafeteira Unidade de Saúde da Vila Operária Unidade de Saúde da Vila São Luís Unidade de Saúde da Vila Sarney filho **PAÇO DE LUMIAR** UBS Iguaiba CS N.Sra. da Luz CS Mojó CS Maioba CS ItaperaMocajutuba CS Santa Rita de Cassia CS Cannaã UBS Pindora	

Fonte: SEMUS.

Quadro 48– Vinculação/referência para gestantes de alto risco das UBS, por maternidade, para a região de São Luís. 2018.

MATERNIDADE MARLY SARNEY	HUUFMA
Unidades de Saúde dos distritos:	Unidades de Saúde dos Distritos:
Cohab-Anil	Coroadinho
Tiririca l	Bequimão
Vila Esperança	Itaqui- Bacanga
São José de Ribamar	Centro
Paço de Lumiar	Raposa

Fonte: SEMUS.

A realização do parto normal nas maternidades de São Luís não difere também da maioria dos serviços de saúde no Brasil e tem se mostrado como um processo lento e, por vezes, difícil. Intervenções múltiplas e consistentes são fundamentais para obtenção do sucesso, tais como: melhoria da qualidade no pré-natal, preparo e incentivo das gestantes para o parto vaginal, difusão de protocolos clínicos e programáticos atualizados, manutenção do debate sobre a qualidade da assistência ao parto e nascimento nas instituições de saúde e nos fóruns profissionais, investimento financeiro nos hospitais, oficinas educacionais interativas, capacitação da equipe multiprofissional, entre outros. Muitas ações vêm sendo

realizadas nas UBS de São Luís concomitantes com as ações nas maternidades, porém, mudanças de práticas e ações dos profissionais ocorrem em médio e longo prazo, pois são influenciadas pela cultura entre os profissionais e usuárias do sistema. Em 2013, os partos normais representaram 52,4%, reduzindo para 44,1% em 2017 (tabela 53).

Tabela 52 - Percentual de nascidos vivos por parto normal, São Luís, 2013 a 2017.

ANO	2013	2014	2015	2016	2017
Parto Normal	52.4%	55.1%	53.9%	46%	44.1%

Fonte: SINASC

O acompanhamento desde a descoberta da gravidez é fundamental para diagnosticar possíveis riscos e garantir uma maternidade saudável, o percentual de nascidos vivos de mães residentes que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal, mede a cobertura do atendimento pré-natal, identificando situações de desigualdades de acesso à serviços de saúde. Neste aspecto, muitas ações têm sido realizadas e têm contribuído na melhoria das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal.

Na análise dos dados de consulta de pré-natal em São Luís, no período de 2013 a 2017, observa-se uma tendência decrescente dos nascidos vivos de mães que tiveram de 4 a 6 consultas de pré-natal. Saindo de 43,4% em 2013 para 35,9% em 2017, esses dados foram coletados na base municipal do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Porém, a categoria de 7 a mais consultas teve um gradativo aumento, partindo de uma proporção de 40,7% em 2013 para 51,4% em 2017 (tabela 54). O que indica melhora do acesso das gestantes à realização de exames laboratoriais, aspecto importante para a qualidade da realização do pré-natal.

Tabela 53 - Nascidos de mães que realizam 7 ou mais consultas de pré-natal. São Luís, 2013 a 2017.

Consulta Pré-natal	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
4-6 consultas	7457	43.4	6410	38.8	6672	39.3	5824	37.3	5585	35.9
7 e + consultas	7.004	40.7	7218	43.7	7597	44.7	7620	48.8	7988	51.4

Fonte dos dados na origem: SINASC

Para apoiar as ESF, assim como outras unidades de saúde (ambulatórios das maternidades Maria do Amparo e Nossa Senhora da Penha), que realizam pré-natal de risco

habitual, com o objetivo de qualificar a assistência prestada e facilitar a mulher gestante no cumprimento das consultas preconizadas no calendário do MS, foram implantados serviços de referências.

Por ser São Luís um dos poucos centros que apresenta resolutividade para o parto e nascimento de alto risco no Estado, recebe um quantitativo de gestantes que vêm de outros municípios e permanecem na cidade para realizar o parto, hospedadas em casa de familiares e/ou amigos. Esse fator dificulta a investigação dos óbitos maternos declarados como de residentes em São Luís, mas que, na verdade, são de outros municípios. Podendo assim interferir negativamente nesse indicador, tendo em vista que o registro dos óbitos poderá ser maior que o efetivamente ocorrido em residentes de São Luís. Embora essa situação possa ocorrer, verifica-se importe redução de óbito materno, de 2013 à 2017 (tabela 55). Decorrente das diversas ações implementadas pelo município, relacionadas à atenção à gestante, especialmente à sua vinculação à maternidade, assim como melhoras na oferta de exames laboratoriais e ultrassonografia à gestante e maior acompanhamento das mesmas.

Tabela 54- Óbitos maternos de residentes em São Luís/MA, 2013 a 2017.

ANO	2013	2014	2015	2016	2017
Nº absoluto	12	12	12	14	07
RMM/1000-NV	81.4	72.7	76.5	57.7	32.2

Fonte: SIM

O Mapa de vinculação da região de São Luís para o pré-natal, parto de risco habitual e parto de alto risco, encontra-se em processo de monitoramento para maior consolidação de vinculação da gestante, já que é um processo que acontece de forma gradual, levando em consideração a cultura e direito de escolha da mulher.

No município de São Luís foi implantado o Colegiado de Maternidades com realização de monitoramento das ações da rede ao nível de Região de Saúde. Além disso, é garantida a visita antecipada nas maternidades, as quais as unidades de saúde que realizam o pré-natal se encontram vinculadas, com o objetivo de estimular a vinculação e criar vínculo da gestante com o local do parto.

As UBS estimulam a formação dos grupos de gestantes, para que possam ser informadas quanto ao processo gestacional e incentivo ao parto normal. Com a elaboração e aprovação no colegiado do Protocolo Clínico e de Acesso de Saúde da Mulher, com fluxos

para ser utilizado na rede municipal e região de São Luís, houve avanços significativos na assistência à mulher.

O município garante às gestantes que realizam o pré-natal nas UBS, todos os exames preconizados pela rede cegonha e as mesmas são direcionadas ao laboratório de referencia, sem agendamento ou autorização prévia. Essa garantia deu-se em outubro de 2015.

As gestantes atendidas nas UBS municipais também estão vinculadas a uma unidade de realização de ultrassonografia obstétrica, com garantia do agendamento sem autorização prévia. Esse fluxo foi iniciado a partir de outubro/2015.

As UBS ofertam a coleta do exame citopatológico, com a leitura das lâminas no Laboratório Central do Município (LACEM). Há necessidade de ampliar o acesso das mulheres ao exame de rastreamento, com maior cobertura da AB e da rede laboratorial de realização de exames, diminuindo assim, o tempo entre coleta e resultado, o que repercute na adesão das mulheres, na capacidade de resolutividade e diagnóstico precoce de lesões. A baixa cobertura da AB no município concorre ainda como fator limitante, gerando uma demanda reprimida, aliada a falta de busca ativa das mulheres em idade compatível com a população alvo pelas ESF.

O Hospital da Mulher (HM) é um serviço de referência para o diagnóstico e tratamento das lesões precursora do câncer do colo do útero, que se encontra, no momento, realizando todos os procedimentos de diagnóstico, tratamento ambulatorial e cirúrgico das lesões positivas.

Houve avanços também na oferta do acesso ao exame de rastreamento da mamografia, com realização de campanhas para conscientização da necessidade de mamografia de rastreamento e também na busca ativa das mulheres na faixa etária alvo pela AB. O HM funciona ainda como serviço de referência de média complexidade para as lesões de patologias da mama, com encaminhamento ao Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (IMOAB),das mulheres com diagnósticos, por biópsia, de lesões malignas.

2.7.4.2 Atenção à saúde do adulto e idoso/Rede de atenção à pessoa com doenças crônicas

Esta área técnica desenvolve programas e estratégias voltadas para a saúde do indivíduo na fase de vida adulto ou idoso. Dessa forma, compete a ela definir, controlar, coordenar, supervisionar e avaliar as ações, programas e serviços desenvolvidos a este

público, contando com as seguintes subdivisões: Divisão de Assistência às Doenças Crônico-Degenerativas (Assistência à Saúde do Idoso; Controle de HA e DM; Controle da Asma; Controle da Obesidade; Controle do Tabagismo), Assistência à Saúde do Homem e Política de Equidade em Saúde e Política de Atenção Integral à população LBGT. Referente aos atendimentos a esses grupos etários e populações, verifica-se que ocorreu melhora no registro dos mesmos, no período de 2014 a 2017.

Quadro 49 - Atendimento individual por grupo na AB. São Luís/MA. 2014-2017.

Atendimento Individual	2014	2015	2016	2017
Idosos	655	21.888	43.184	63.220
Homem	376	32.931	92.118	122.574

Fonte: e-SUS.

Quadro 50 - Atendimento individual por condição de saúde na AB. São Luís/MA. 2014-2017.

Condições Avaliadas	2014	2015	2016	2017
Asma	24	1.085	1.603	1.879
Diabetes	473	11.195	21.368	30.270
Hipertensão arterial	1.004	27.321	47.193	63.102
Obesidade	214	2.509	4.821	6.615
Tabagismo	15	742	1.777	2.327

Fonte: e-SUS.

- ✓ Atenção à saúde do idoso

A Saúde do Idoso tem por objetivo a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. A população idosa é assistida nas UBS do município de São Luís/MA que desenvolvem ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

As UBS são orientadas/estimuladas para promover intervenções de promoção, prevenção e atenção à saúde do idoso. A fim de favorecer a identificação mais precocemente

do processo de fragilização do idoso; reabilitação funcional do idoso frágil; reinserção sócio-familiar; além de qualificar o atendimento de modo geral, evitando ou retardando a dependência, e a institucionalização.

Também instrumentalizar as equipes de AB, por meio de capacitações, para sua capacidade de resolução, favorecendo a criação de vínculos entre a unidade e o usuário; avaliando integralmente os idosos (avaliação clínica e exames complementares). Para a operacionalização dessas ações são disponibilizados instrumento para a identificação dos idosos frágeis e atenção para os riscos, assim como a Caderneta do Idoso e a Ficha de Avaliação Multidimensional do Idoso.

- ✓ Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM)

Objetiva, principalmente, estimular a detecção precoce e o acompanhamento adequado das pessoas com DM e HA, de forma a melhorar a qualidade de vida, prevenir complicações agudas, reduzir complicações crônicas, e com isso a morbimortalidade desses indivíduos, especialmente por complicações cardiovasculares.

Para os pacientes com diagnóstico de DM, além desse acompanhamento, o atendimento também considera a Lei Federal 11.347/2006 e Portaria nº 2.583 de 10/10/2007 do MS, que dispõe sobre medicamentos e insumos necessários para pacientes com DM.

Os portadores de DM insulino-dependentes são inseridos no Programa de Automonitoramento Glicêmico, passando a receber de forma regular os insumos (tiras, lancetas e seringas) e acompanhamento pela equipe multidisciplinar, presentes em uma das 21 UBS mais próxima de sua residência.

- ✓ Ações voltadas para prevenção e controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus

- Capacitação da equipe de saúde para qualificar o atendimento ao usuário HA e DM, para o Programa de Educação em DM, prevenção de agravos do “Pé Diabético”;

- Solicitar e acompanhar aquisição de insumos como lancetas, seringas e fitas reagentes para o exame de glicemia nas UBS para as Ações de Automonitoramento de Glicemia Capilar;

- Realização de ações de promoção e prevenção, com atividades individuais e de mobilização da comunidade;

- Ampliação de Unidades de Saúde para Ações de Automonitoramento Glicêmico.

- ✓ Atenção à saúde do homem

A Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos. Foi implantada em 2014 no município de São Luís para promover a melhoria das condições de saúde da população masculina contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso as ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

A PNAISH propõe, também, atividades de valorização da Paternidade Pré-Natal do Parceiro, tendo como foco enfatizar o envolvimento físico, emocional e social do pai na relação com seus filhos. Para atingir o objetivo geral de promover a assistência voltada para saúde do homem trabalhamos com 5 eixos temáticos da PNAISH:

- Acesso e Acolhimento: objetiva reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

- Saúde Sexual e Reprodutiva: busca sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.

- Paternidade e Cuidado: objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens com em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus filhos, destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e seus parceiros.

- Doenças prevalentes na população masculina: busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

- Prevenção de Violências e Acidentes: visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

Com a finalidade de favorecer a atenção à saúde do homem, são realizadas ações de capacitação dos profissionais das Unidades de Saúde sobre o Guia do Pré-Natal do Parceiro, e demais ações direcionadas à essa população; monitoramento dessas unidades para a execução dessas ações; valorização da paternidade responsável; sistematização/implementação do fluxo de acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde para população masculina; estímulo à participação e inclusão do homem nas ações de cuidado no âmbito da saúde sexual e reprodutiva; promoção de ações e orientações quanto à prevenção da violência.

- ✓ Promoção da equidade em saúde

É um conjunto de Políticas e Programas de Saúde, instituídos no âmbito do SUS, que tem como princípio a equidade e promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral no SUS às populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social.

Equidade é um dos princípios do SUS e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social. Parte da ideia diz respeito às necessidades, diversidade e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços públicos impactam diretamente na saúde.

O conceito de equidade também considera os impactos na saúde das diferentes formas de preconceito e discriminação social, como o racismo, a misoginia, a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) fobia e a exclusão social de populações que vivem em situação de rua ou em condições de isolamento territorial.

A Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em novembro de 2009, visa garantir a equidade na efetivação do direito humano à saúde da população negra em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não-transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional, como por exemplo a doença falciforme, miomatose, diabetes tipo 2, dentre outras.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais teve seu Plano Operativo pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT),

em novembro de 2011 e foi publicada por meio da Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011.

O Plano Operativo da Política tem como objetivo apresentar estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde desta população. Sua operacionalização se norteia pela articulação intra e intersetorial e a transversalidade no desenvolvimento de políticas públicas e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Na 14ª Conferência Nacional de Saúde, foi assinada também a Portaria nº 2.837 de 01 de dezembro de 2011, que redefine a composição e a missão do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT.

O Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, o qual visa reduzir as iniquidades em saúde e considerando as condições de saúde desfavoráveis dessa população, instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, com a finalidade de propor ações que promovam o acesso à atenção à saúde e colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do MS voltadas a esta população. Esta iniciativa se insere na dinâmica do SUS, considerando a importância da atuação de equipes interdisciplinares que prestem serviços de forma contínua, enfatizando a promoção da saúde, a prevenção e a AB e especializada, inclusive as ações de urgência e emergência.

O município de São Luís está processo de implantação/implementação da Política da Equidade nas UBS, com a realização de capacitação dos profissionais das equipes de saúde.

- ✓ Atenção ao portador de asma

O programa tem como objetivo atender ao paciente com asma, no intuito de reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida.

No nível de AB são realizados os atendimentos e cuidados relacionados aos casos de asma intermitente eleve. Os casos de asma moderada e grave são tratados na atenção secundária para atendimento com pneumologistas. Na atenção terciária são realizados os cuidados com os casos não controlados nos níveis anteriores, sendo estes de asma grave e de difícil controle. Dentre as ações desenvolvidas, tem-se a realização de educação permanente com os profissionais de saúde; acompanhamento e monitoramento das ações; implantação do Programa de Assistência ao Paciente Asmático; aquisição de equipamento permanente para diagnóstico; e implantação da Central de Espirometria e diagnóstico da Asma.

- ✓ Atenção ao tabagismo

O tratamento ao tabagismo apresenta ótimo custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionado às doenças crônicas. Diante disso, o MS publicou, no dia 05 de abril de 2013, a Portaria GM/MS nº 571, atualizando as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS.

Esta portaria revoga a Portaria nº 1.035/GM/MS, de 31 de maio de 2004, e a Portaria SAS nº 442, de 13 de agosto de 2004 e, com isso, novas diretrizes relacionadas ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é estabelecido, quanto à adesão ao programa, programação de medicamentos e responsabilidades.

O tratamento das pessoas tabagistas é possível ser realizado nas UBS, inclui avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva. As medicações estão disponíveis e são gratuitas. No município de São Luís foram realizadas capacitação de profissionais para o Programa de Prevenção do Tabagismo. O que favoreceu a ampliação dessas ações para mais unidades de saúde.

- ✓ Atenção à obesidade

O Plano Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade é uma das ações pactuadas no Plano Municipal de Enfrentamento das DCNTs 2013-2017, e tem como objetivo geral, prevenir e controlar a obesidade na população de São Luís. Desta maneira, efetivando promoção de ações e serviços destinados a prevenir e controlar a ocorrência de sobrecarga ponderal e a conscientizar a população sobre as causas da obesidade e suas consequências para a saúde em geral. Contribuindo para a diminuição dos fatores de risco para as DCNTs como a Diabetes tipo 2, Doenças Cardiovasculares e Neoplasias, por meio da adoção de hábitos saudáveis e em contrapartida, contrariando hábitos determinantes do excesso de peso. No município, foram realizadas capacitações dos profissionais referente ao Plano Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade, potencializando o cuidado a esses indivíduos, com ênfase na articulação com o NASF, para a realização dessas ações de prevenção sobrepeso e obesidade.

- ✓ **REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇAS CRÔNICAS**

As doenças crônicas constituem relevantes problemas de saúde pública, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus

decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento.

As condições crônicas apresentam elevada morbidade mortalidade cardiovascular e elevados custos para os sistemas de saúde. A HA, DM e Doença Renal Crônica (DRC), estão inseridos nesse cenário de agravos. Entre as principais causas das DCNTs estão os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

A DRC atinge milhares de pessoas em todo mundo, constituindo um problema de saúde pública. Segundo o mais recente levantamento da Sociedade Brasileira de Nefrologia, aproximadamente 13 milhões de brasileiros apresentam algum grau de problema renal, destes, 95 mil estão em estágio grave, dependendo de hemodiálise ou na fila do transplante, sendo crescente num ritmo de 10% ao ano. Os principais fatores de risco para DRC são DM, HA, história familiar de DRC e envelhecimento.

Dados do MS (vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL) demonstram que, no período de 2013 a 2016, São Luís apresentou um percentual decrescente de adultos, a partir de 18 anos, que se declararam fumantes, saindo de 8,1% em 2013 para 5,4% em 2016. Comportamento semelhante, observa-se em relação ao consumo excessivo de álcool, onde em 3013,21,3% de pessoas informaram ter esta prática, passando para 17,6% em 2016. No quesito atividade física, apesar da ocorrência do aumento progressivo no decorrer desses anos, no ano de 2013, apenas 30,9% das pessoas refeririam ser praticantes de exercícios físicos, enquanto em 2016, o percentual apresentado foi de 37,9%. Na contramão desses valores, no período, ocorreu aumento de pessoas com excesso de peso e obesidade (quadro 51).Com isso, percebe-se melhora referente aos percentuais de tabagismo, contudo a pouca adesão à atividade física, provavelmente, influencia negativamente nos percentuais de sobrepeso e obesidade, os quais se mantém crescentes.

Quadro 51 - Percentual de adultos, segundo os fatores de risco para as DCNTs. São Luís/MA, 2013 a 2016.

PERCENTUAL DE ADULTOS ≥18 ANOS, SEGUNDO OS FATORES DE RISCO				
TABAGISMO	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Fumante Atual	8,1	5,5	4,2	5,4
Ex-Fumante	1,4	0,7	0,6	0,6
ATIVIDADE FÍSICA	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Atividade Física no Lazer	30,9	36,9	44,3	37,9

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	2013	2014	2015	2016
Consumo Excessivo nos últimos 30 dias	21,3	16,8	19,2	17,6
EXCESSO DE PESO	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Excesso de Peso	47,1	46,4	55,9	47,9
Obesidade	13,2	14,6	15,3	15,6

Fonte: Ministério da Saúde, vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)

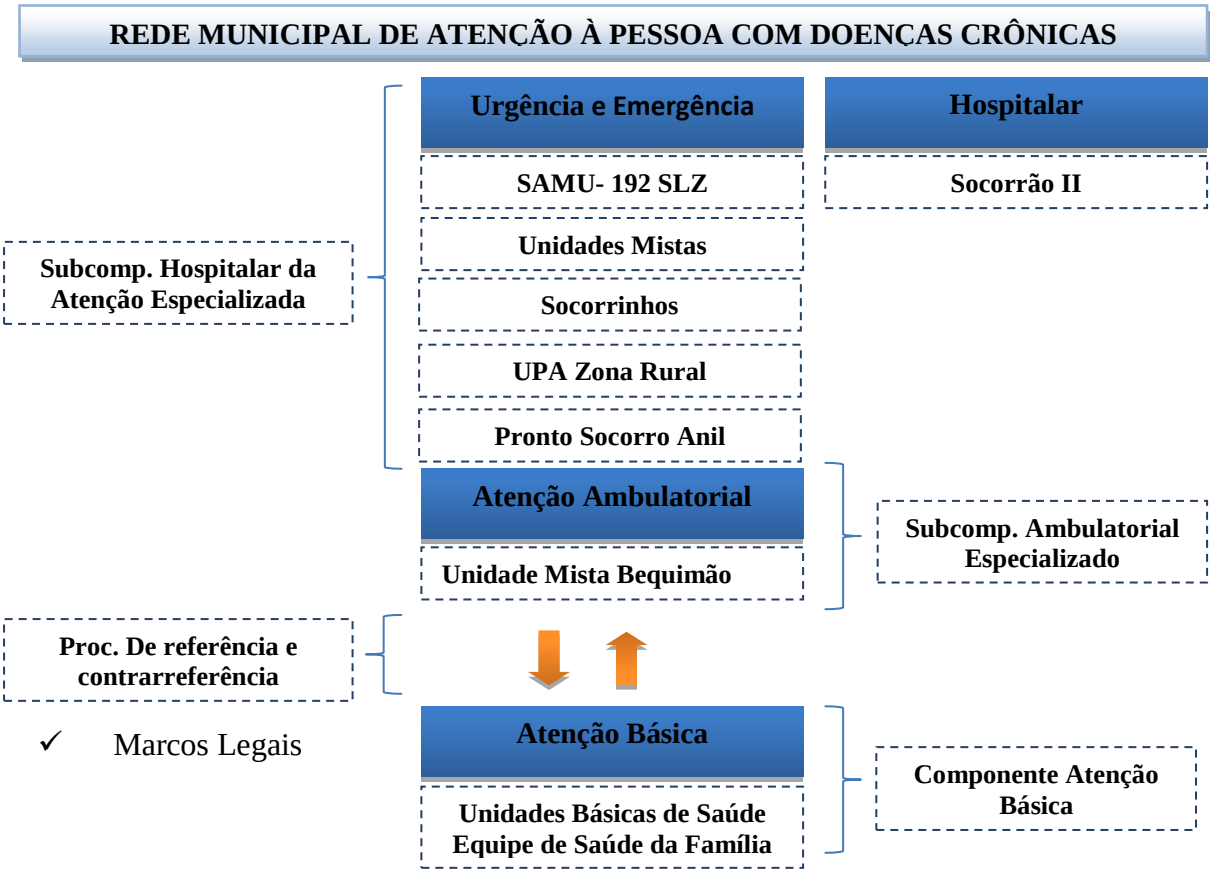
A maioria dos óbitos por DCNTs são atribuíveis às doenças do aparelho cardiovascular, câncer, diabetes e DRC. No período de 2014 a 2017, foram registrados 4.955 óbitos por DCNTs na Região de São Luís, dos quais, o município de São Luís respondeu por 4.154 óbitos. Como ocorre em todo o Brasil, a maior frequência correspondeu aos óbitos por neoplasias (1.970), seguidos das doenças do aparelho circulatório (1.291).

Quadro 52 - Óbitos por DCNTs em residentes. São Luís/MA, 2014 a 2017.

Município de Residência – São Luís	Ano				
	2014	2015	2016	2017	Total
Neoplasias (Cid 10: C00 a C97)	369	487	528	586	**1.970**
Doenças do aparelho circulatório	343	322	314	312	**1.291**
Doenças respiratórias crônicas	187	181	166	186	720
Diabetes	41	42	56	34	173

Tabwin - SIH/DATASUS/MS – Dados de 2017 sujeito a alteração.

Figura 31 – Rede Municipal de Atenção às Urgências à Pessoa com Doenças Crônicas. São Luís/MA.2018.



Portaria nº 1168/GM de 15 de junho de 2004, institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS;

Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, que define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus;

Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

Portaria nº 992/GM/MS, de 13 de maio de 2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;

Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS;

Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a RAU no SUS;

Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a PNAN;

Portaria nº 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a Linha de Cuidado do IAM e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;

Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC, no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC;

Portaria nº 971/GM/MS, de 15 de maio de 2012, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil;

Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

✓ Situação Diagnóstica da região de saúde para DRC de São Luís

A estimativa de pessoas com DRC para a região de saúde São Luís corresponde a 555 pessoas, segundo parâmetro da Portaria GM/MS nº 1.101/2002. Entretanto, no ano de 2017, um total de 9.292 pessoas fizeram tratamento de DRC nos serviços existentes em São Luís, número expressivamente acima do estimado, o que sobrecarrega gravemente esses serviços na região de saúde de São Luís (quadro 53).

Quadro 53 - Número de serviços existentes e pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de São Luís, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MAR. DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
ALCANTARA	4	13	12	0	0	**29**
PAÇO DO LUMIAR	123	276	121	12	72	**604**
RAPOSA	55	43	21	1	34	**154**
SÃO JOSÉ DE RIBAMAR	133	495	138	37	162	**965**
SÃO LUÍS	1.014	3.230	1.241	1.256	799	**7.540**
TOTAL	**1.329**	**4.057**	**1.533**	**1.306**	**1.067**	**9.292**

Os serviços de referência de São Luís também recebem uma grande demanda de pessoas de outras regiões do Estado para tratamento em DRC. As Regiões de Rosário, Itapecuru Mirim, Pinheiro, Chapadinha e Pinheiro foram as que, respectivamente, tiveram maior representatividade, conforme apresentado nos quadros abaixo.

Quadro 54 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Açailância, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
AÇAILÂNDIA	0	1	0	0	2	**3**
SUBTOTAL	**0**	**1**	**0**	**0**	**2**	**3**

Quadro 55 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Bacabal, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
ALTAMIRA DO MA	0	1	0	0	0	**1**
BACABAL	0	12	0	22	2	**34**
OLHO D'ÁGUA DAS CUNHÃS	0	2	0	0	0	**2**
SUBTOTAL	**0**	**15**	**0**	**22**	**2**	**37**

Quadro 56 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Barra do Corda, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
ARAME	0	0	0	0	1	**1**
GRAJAU	0	0	0	7	0	**7**
SUBTOTAL	**0**	**0**	**0**	**7**	**1**	**8**

Quadro 57 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Balsas, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
BALSAS	0	0	06	0	0	06
SUBTOTAL	**0**	**0**	**06**	**0**	**0**	**06**

Quadro 58 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Chapadinha, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
ANAPURUS	0	8	12	24	0	**44**
BREJO	0	0	44	0	0	**44**
CHAPADINHA	14	41	12	0	7	**74**
MATA ROMA	0	3	0	0	0	**3**
TUTÓIA	0	1	0	0	0	**1**
SUBTOTAL	**14**	**53**	**68**	**24**	**7**	**166**

Quadro 59 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Codó, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
SÃO MATEUS DO MA	0	25	13	0	0	**38**
CODO	0	7	0	0	0	**7**
SUBTOTAL	**0**	**32**	**13**	**0**	**0**	**45**

Quadro 60 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Itapecuru Mirim, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
ANAJATUBA	14	47	12	0	0	**73**
ARARI	0	26	30	0	0	**56**

ITAPECURU MIRIM	0	72	33	12	0	**117**
MIRANDA DO Norte	10	41	0	0	0	**51**
NINA RODRIGUES	3	3	0	0	0	**6**
PIRAPEMAS	0	12	0	0	0	**12**
PRESIDENTE VARGAS	0	11	0	0	0	**11**
SÃO BENEDITO DO RIO PRETO	0	4	0	0	0	**4**
URBANO SANTOS	5	10	12	0	0	**27**
VARGEM GRANDE	7	8	31	12	0	**58**
VITÓRIA DO MEARIM	28	12	14	0	10	**64**
BELAGUA	0	0	5	0	0	**5**
SUBTOTAL	**67**	**246**	**137**	**24**	**10**	**484**

Quadro 61 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Pedreiras, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
PEDREIRAS	3	0	0	0	0	**0**
SUBTOTAL	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**

Quadro 62 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Pinheiro, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
APICUM AÇU	0	0	8	0	0	**8**
BACURI	6	0	7	0	0	**13**

BEQUIMÃO	11	0	0	0	0	**11**
CEDRAL	5	0	1	0	0	**6**
CENTRAL	0	0	3	0	0	**3**
CURURUPU	21	11	0	0	0	**32**
MIRINZAL	11	0	0	12	0	**23**
PEDRO DO ROSÁRIO	0	5	5	0	0	**10**
SANTA HELENA	22	18	0	0	0	**40**
SERRANO	0	3	0	0	6	**9**
PERI MIRIM	14	12	6	0	0	**32**
PINHEIRO	23	105	12	3	3	**146**
TURIAÇU	0	0	6	0	0	**6**
SUBTOTAL	**91**	**154**	**48**	**15**	**9**	**317**

Quadro 63 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Presidente Dutra, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
GOV. ARCHER	0	2	0	0	0	**2**
GOV. LUÍS ROCHA	0	12	0	0	0	**12**
SUBTOTAL	**0**	**14**	**0**	**0**	**0**	**14**

Quadro 64 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Rosário, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA. DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
AXIXÁ	9	19	36	0	11	**35**
BACABEIRA	11	32	0	0	0	**43**
BARREIRINHAS	19	87	12	12	38	**168**
CACHOEIRA GRANDE	11	7	0	0	0	**18**
HUMBERTO DE	0	22	0	12	0	**34**

CAMPOS						
ICATÚ	17	16	0	0	5	**38**
MORROS	0	13	5	12	4	**34**
PRESIDENTE JUSCELINO	16	5	12	0	0	**33**
ROSÁRIO	43	106	19	0	0	**168**
SANTA RITA	15	52	15	04	10	**96**
SANTO AMARO	0	3	0	0	0	**3**
SUBTOTAL	**141**	**362**	**99**	**40**	**68**	**710**

Quadro 65 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Santa Inês, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
BACURITUBA	0	22	0	0	0	**22**
PINDARÉ	5	12	0	0	0	**17**
SANTA INÊS	0	38	15	2	0	**55**
SANTA LUZIA	0	14	03	0	0	**17**
SUBTOTAL	**5**	**86**	**18**	**2**	**0**	**111**

Quadro 66 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Viana, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
MATINHA	0	7	0	0	0	**7**
PALMEIRÂNDIA	0	0	9	11	0	**20**
PENALVA	0	12	0	0	11	**23**
SÃO BENTO	0	18	0	12	5	**35**
SÃO JOÃO BATISTA	0	0	0	0	3	**3**
SÃO VICENTE DE FÉRRER	5	12	0	0	0	**17**
VIANA	6	21	0	0	2	**29**
SUBTOTAL	**11**	**70**	**9**	**23**	**21**	**134**

Quadro 67 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de São João dos Patos, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP C.M	TOTAL
COLINAS	0	12	0	0	0	**12**
SUBTOTAL	**0**	**12**	**0**	**0**	**0**	**12**

Quadro 68 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes da região de saúde de Zé Doca, por Município. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
ARAGUANÃ	0	12	0	0	0	12
CÂNDIDO MENDES	0	10	0	0	0	10
CENTRO DO GUILHERME	0	12	0	0	0	12
MARANHÃOZINHO	5	0	0	0	0	5
SANTA LUZIA DO PARUÁ	0	1	0	1	0	2
ZÉ DOCA	0	2	0	1	0	3
SUBTOTAL	**5**	**37**	**0**	**2**	**0**	**44**

Quadro 69 - Número de pessoas em tratamento de DRC em São Luís, procedentes de outros Estados. 2017.

MUNICÍPIOS	INST. MA DO RIM	CENEFRON	CLIRIM	HUUFMA	HOSP. C.M	TOTAL
FORTALEZA- CE	0	03	02	0	0	05
SUBTOTAL	**0**	**03**	**02**	**0**	**0**	**05**

Quadro 70: Número de equipamentos de hemodiálise, por serviço de assistência à pessoa com DRC. São Luís/MA, 2017.

MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	MÁQUINA DE HEMODIÁLISE	RESERVA	HABILITADO EM USO

REGIÃO SÃO LUÍS	2457962	Centro de Nefrologia (CENEFRON)	76	04	X
	2309009	Clínica de Rim e Hipertensão Arterial LTDA	45	02	X
	2726653	Hospital Universitário	36	04	X
	2464594	Hospital Carlos Macieira	30	01	Não
	5744075	Instituto Maranhense do Rim	40	01	Não
TOTAL			**227**	**13**	**4 serviços**

No Hospital Universitário - Unidade Presidente Dutra, além do Serviço de Hemodiálise, merece destaque, o Serviço de Transplante Renal habilitado pelo MS como referência para o Estado. No período de 2015 a 2018 foram realizados 159 transplantes renais (quadro 71).

Quadro 71 - Transplantes renais realizados e fila de espera no Hospital Universitário Presidente Dutra. São Luís/MA, 2015 - 2018.

Nº de Transplantes Renais	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**Total**	**Fila de Espera**
	53	33	47	26	159	181

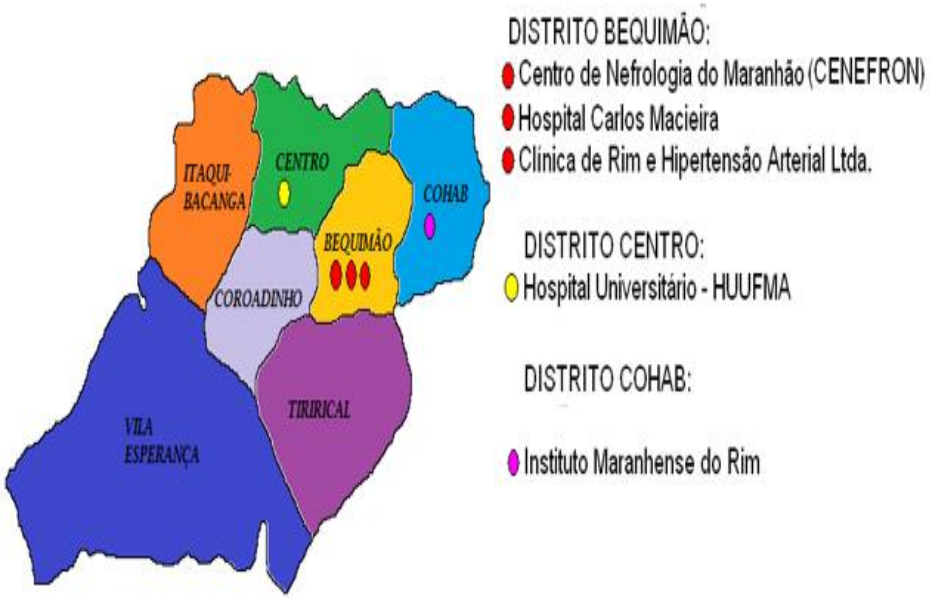
- ✓ Serviço de Referência em Hemodiálise:

As pessoas que necessitam do serviço de hemodiálise serão encaminhadas por meio da Central de Regulação de São Luís, para os Estabelecimentos abaixo mencionados:

Quadro 72 - Serviços de referência em hemodiálise, por gestão. São Luís, 2017.

ESTABELECIMENTOS	CNES	GESTÃO
Hospital Universitário HUUFMA	2726653	MUNICIPAL
Hospital de Referência Estadual de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira	2464594	ESTADUAL
Centro de Nefrologia (CENEFRON)	2457962	MUNICIPAL
Clínica do Rim e Hipertensão Arterial LTDA	2309009	MUNICIPAL
Instituto Maranhense do Rim	5744075	MUNICIPAL

Figura 32 - Serviços para tratamento de DRC em São Luís, por Distrito. 2018.



Quadro 73 - Estabelecimentos de saúde para confecção de fistula arteriovenosa de acesso à hemodiálise ou implante de cateter para diálise peritoneal. São Luís/MA.

UNIDADE DE SAÚDE	CNES	GESTÃO
Hospital Universitário/ HUUFMA	2726653	Municipal/Federal
Hospital de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira	2464594	Estadual
Santa Casa de Misericórdia do Maranhão	2456958	Municipal

Caso a Central de Regulação identifique a não disponibilidade de vaga necessária para o atendimento em uma das Unidades Especializadas em Nefrologia, este usuário será cadastrado em fila única de espera para posterior encaminhamento em função da necessidade de tratamento e do tempo em que este deve ser realizado, considerando a gravidade, aqueles em quadro crítico terão prioridade na fila única. A operacionalização do atendimento aos pacientes renais consta descrito em fluxo a seguir:

Figura 33: Fluxo de atendimento à DRC. São Luís/MA, 2018.

1° PASSO
Atenção Básica→Paciente busca atendimento em uma Unidade de Saúde

Realiza o diagnóstico precoce solicitando os exames para estratificação de rico atendendo os estágios pré – dialíticos das modalidades 1,2 e 3

2° PASSO
Paciente procura umas das 23 Unidades Marcadoras (CEMARC)

3° PASSO
Unidade marcadora após Autorização Médica efetua o agendamento no Sist. de Marcação (Consultas Especializadas)

4º PASSO: Unidade Especializada em DRC CS Paulo Ramos,

- Realizará assistência ambulatorial de forma multiprofissional, estágios 4 e 5, de acordo com protocolo e diretrizes terapêuticas, diagnosticando quanto à necessidade de TRS-diálise.
- Treinamento dialítico (DPI, DPA E DPAC)

PACIENTE RENAL CRÔNICO

5° PASSO: CentraldeMarcação (para cadastro)

Sem Indicação de Diálise(Conservador)

Com Indicação de Hemodiálise Diálise e Diálise Peritoneal

6º PASSO; Paciente encaminhado para Hospital Santa Casa, para:

- Acesso definitivo p/Hemodiálise: Fistula e Implante de Cateter peritoneal.

7°PASSO: paciente encaminhado para: CENEFRON,PRÓ-RENAL,INST.DO RIM,CLINICA DO RIM,HOSP C.MACIEIRA E HUUFMA

8º PASSO: Em caso de Intercorrências: Regulação de Urgência e Emergência, para:
- Hospital Municipal Djalma Marques
- Hospital Municipal Clem

9° PASSO: Central de marcação (para agendamento Junto – CNCDO)

Transplante para o HUUFMA

Unidade Especializada em DRC

10°PASSO: Contra-referência para Unidade Básica

2.7.4.3 Saúde mental/Rede de Atenção Psicossocial

Instituída pela Portaria Ministerial nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) consolida sua implantação com as portaria**s:**

- Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o repasse de incentivo de custeio para Serviço de Residência Terapêutica (SRT);

- Nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o financiamento dos CAPS no âmbito da RAPS;

- Nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que define normas de funcionamento e habilitação do serviço de referência de Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio;

- Nº 132, de 26 de janeiro de 2012, que institui incentivos financeiros de custeio para o componente Reabilitação Psicossocial;

- Nº 131, de 26 de janeiro de 2012, que institui incentivo financeiro para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas;

- Nº 123, de 25 de janeiro de 2012, que define critérios de cálculo de Consultório na Rua;

- Nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que define diretrizes para os Consultórios na Rua-CR;

- Nº 121, de 25 de janeiro de 2012, que institui Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas.

Como forma de fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental, o município de São Luís, vem ampliando o acesso aos serviços, por meio de uma rede assistencial, que conta com dezoito pontos de atendimento à saúde mental, sendo oito de gestão municipal e oito de gestão estadual, assim discriminados: Ambulatório de Saúde Mental (Ambulatório de Saúde Mental Dom João Antônio Farina, Centro de Saúde Clodomir Pinheiro Costa e Ambulatório do Hospital Nina Rodrigues); Serviço de Pronto-Atendimento em Saúde Mental (Urgência e Emergência do Hospital Nina Rodrigues); Internação Psiquiátrica Integral (Clínica São Francisco de Neuropsiquiatria e Clínica La Ravardiére); Internação Psiquiátrica semi-integral - Hospital Dia (Clínica Santa Marta); SRT (Tirirical, Bequimão e Ipase) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPS II, CAPS AD e CAPS i).

- ✓ Ambulatório de saúde mental

Os ambulatórios de saúde mental são serviços especializados em saúde mental, constituídos por equipe multiprofissional, ofertando atendimento às pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mediante agendamento prévio de consulta. Apresenta funcionamento diurno, nos cinco dias úteis da semana.

Tabela 55 - Produção ambulatorial do Centro de Assistência Dom João Antônio Farina. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	1034	509	945	1127	3615
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	33019	34422	41467	25201	134109
TOTAL	34053	34931	42412	26328	137724

Fonte: SAI.

Tabela 56- Produção ambulatorial do Centro de Saúde Clodomir Pinheiro Costa, São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	5177	10949	2143	7603	25872
0201 Coleta de material	743	241	177	361	1522
0214 Diagnóstico por teste rápido	975	990	273	262	2500
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	73419	45102	28595	25352	172468
0307 Tratamentos odontológicos	2370	699	0	68	3137
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	2896	2261	1797	1066	8020
0414 Bucomaxilofacial	457	163	0	24	644
TOTAL	86037	60405	32985	34736	214163

Fonte: SAI.

Tabela 57 - Produção ambulatorial do Hospital Nina Rodrigues. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	1710	1992	1456	1497	6655
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	0	2823	42773	48975	94571
0214 Diagnóstico por teste rápido	124	20	238	589	971
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	206739	253773	270291	296362	1027165
0302 Fisioterapia	478	0	0	0	478
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	3	0	0	0	3
TOTAL	209054	258608	314758	347423	1129843

Fonte: SAI.

- ✓ Serviço de pronto atendimento em saúde mental

Este tipo de serviço funciona no Hospital Nina Rodrigues. Presta atendimento ininterrupto, nos sete dias da semana, 24 horas por dia. É uma unidade com característica de Porta aberta.

- ✓ Internação psiquiátrica integral

Este serviço é prestado por estabelecimentos de saúde conveniados à SEMUS, os quais são a Clínica São Francisco de Neuropsiquiatria e a Clínica La Ravardiére. O acesso se dá por meio de encaminhamento do Hospital Nina Rodrigues.

Tabela 58 – Internação clínica do Hospital Nina Rodrigues. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	2873	2970	2957	2935	11735
TOTAL	2873	2970	2957	2935	11735

FONTE: SIHD.

Tabela 59– Internação clínica da Clinica La Ravardiere. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	3901	4051	4054	4053	16059
TOTAL	3901	4051	4054	4053	16059

FONTE: SIHD.

✓ Internação psiquiátrica semi-integral

O Hospital Dia em Psiquiatria é uma modalidade de atendimento que possibilita a atenção integral ao paciente e a família, evitando em muitos casos a internação. Esse é um tratamento intensivo sem afastar o paciente do convívio familiar.

Através de recursos terapêuticos (oficinas, grupos verbais, grupos de terapia ocupacional, atividades físicas, etc.) oferece atenção multidisciplinar focando o bem-estar psicossocial, a qualidade de vida e ressocialização do paciente.

O paciente tem acesso ao Hospital Dia, por intermédio de encaminhamento dos CAPS do município. Nessa modalidade de atendimento, o usuário permanece durante todo o dia no serviço, das 8 às 18 horas, nos cinco dias úteis da semana. Como unidade conveniada nesta modalidade temos a Clínica Santa Martha.

Tabela 60– Internação clínica da Clinica Santa Martha. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	3901	4051	4054	4053	16059
TOTAL	3901	4051	4054	4053	16059

FONTE: SIHD.

✓ Serviços de Residências Terapêuticas (SRT)

De acordo com normatização do SUS, constituem-se de moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

São Luís conta com 3 residências terapêuticas: Filipinho, São Cristóvão e Ipase.

Tabela 61 – Produção ambulatorial das Residências Terapêuticas. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	1076	2079	1988	4656	9799
TOTAL	1076	2079	1988	4656	9799

Fonte: SAI.

- ✓ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

É um serviço de assistência semi-integral, com funcionamento de 2ª a 6ª, de 8h às 18h, composto de equipe multiprofissional e que atua sob a ótica interdisciplinar, onde as oficinas terapêuticas constituem-se na principal forma de tratamento, que pode ser individual ou em grupo, de acordo com a indicação clínica. São serviços de saúde de caráter aberto e comunitário e realiza, prioritariamente, atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar. Atualmente, a rede municipal conta com: 01 (um) CAPS-II, 01 (um) CAPS Álcool e Droga-AD e 01 (um) CAPS infantil, conforme descritos a seguir:

- ✓ Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II)

Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Possui funcionamento diurno, nos cinco dias úteis da semana. A equipe multiprofissional é composta por 02 (dois) médicos psiquiatras, 02 (dois) enfermeiros, 02 (dois) assistentes sociais, 03 (três) terapeutas ocupacionais, 02 (dois) farmacêuticos, 06 (seis) técnicos de enfermagem, 02 (dois) psicólogos, 01 (uma) artista plástica, 01 (um) educador físico, 02 (dois) agentes administrativos, 01 (uma) cozinheira e 02 (dois) agentes de limpeza.

- ✓ Centros de Atenção Psicossocial AD (CAPS AD)

Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço aberto e de caráter comunitário. Apresenta funcionamento diurno, nos cinco dias úteis da semana. Tem uma equipe multiprofissional composta de 03 (três) médicos psiquiatras, 02 (dois) enfermeiros, (02) duas assistentes sociais, 04 (quatro) terapeutas ocupacionais, 03 (três) farmacêuticos, 04 (quatro) técnicos de enfermagem, 03 (três) psicólogos, 01 (uma) fisioterapeuta, 01 (uma) artista plástica, 02 (dois) educadores físico, 01 (uma) cozinheira, 02 (dois) agentes de limpeza, 06 (seis) agentes administrativos, 01 (uma) nutricionista e 01 (uma) cozinheira.

- ✓ Centros de Atenção Psicossocial i (CAPS i)

Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário, com funcionamento diurno, nos cinco dias úteis da semana.

Tabela 62 - Produção ambulatorial do CAPS (CNES - 3219712). São Luís/MA, 2014 a agosto de 2018.

PROCEDIMENTO	2014	2015	2016	2017	2018 até ago
0301080038 ACOLHIMENTO EM TERCEIRO TURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	1	0	0	0
0301080194 ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	102	407	456	1.733	4.142
0301080208 ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	370	590	548	1.661	2.959
0301080216 ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	165	566	676	701	1.568
0301080224 ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	111	103	83	91	252
0301080240 ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	15	8	0	0	1
0301080275 PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	159	129	5	30	30
0301080283 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	152	198	165	320	225
0301080291 ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	0	54	0	8	9
0301080348 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	2	23	50	110	719
0301080356 PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	0	0	5	2	6
Total	**1.076**	**2.079**	**1.988**	**4.656**	**9.911**

Fonte: Tabwin/SIA/Datasus/MS Obs.: Dados sujeitos a alterações.

Tabela 63 - Produção ambulatorial do CAPS AD. São Luís/MA, 2015 a 2018.

Procedimento[2008+	2015	2016	2017	2018 até agosto
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	1.402	0	0	0
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	979	0	0	0
0301040044 TERAPIA INDIVIDUAL	206	0	0	0
0301080011 ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)	352	33	46	0
0301080020 ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	3	0	0	0
0301080143 ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL	1.583	0	0	0
0301080151 ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II - SAUDE MENTAL	2.601	0	0	0
0301080160 ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	1.119	2.752	3.695	2.127
0301080178 ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	647	1.034	2.472	1.995
0301080194 ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	4.872	1.949	1.383	354
0301080208 ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	6.111	3.032	3.170	970
0301080216 ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	9.623	5.150	3.153	920
0301080224 ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	907	298	138	55
0301080232 ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	95	173	288	127
0301080240 ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	46	4	0	1
0301080259 AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES	4.960	7.526	7.987	4.209

INTRA E INTERSETORIAIS				
0301080267 FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	5.942	10.854	13.565	7.298
0301080275 PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	2.084	1.284	661	165
0301080283 PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	2.719	2.468	1.338	292
0301080291 ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	1.505	1.502	1.391	455
0301080305 MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	28	123	60	191
0301080313 AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	70	2.334	6.619	5.185
0301080321 ACOMPANHAMENTO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	265	88	0	0
0301080330 APOIO À SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1	21	0	1.322
0301080348 AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	650	1.395	1.437	406
0301080356 PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	174	58	20	0
0301080399 MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITALARES	0	0	0	25
0301100012 ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	9.214	1.081	0	0
Total	**58.158**	**43.159**	**47.423**	**26.097**

Fonte: Tabwin/SIA/Datasus/MS Obs.: Dados sujeitos a alterações.

2.7.4.4 Atenção à pessoa com deficiência/Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

O Setor de Órteses e Próteses da SEMUS teve início em outubro de 1998 apenas para dispensação de órteses, próteses mamárias, próteses ortopédicas, próteses auditivas, prótese ocular e materiais auxiliares de locomoção, vinculada à Superintendência de Ações em Saúde. Atualmente, conta com 02 Assistentes Sociais, 02 Psicólogas, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Estomaterapeuta, 03 Administrativos e 01 Auxiliar Operacional de Serviços

Diversos. 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 da gestão municipal, totalizando 174 municípios atendidos.

Em 2015, deu-se início a elaboração do Plano de Rede de Atenção atendendo à nova Portaria Ministerial nº 793/12. Foi criado o Grupo Condutor Regional de São Luís, com os municípios São Luís, São Jose de Ribamar, Paço do Lumiar, Raposa e Alcântara. Atualmente o Plano está para ser avaliado na CIB, já foi aprovado pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo Grupo Condutor Estadual. Nesse ínterim, o MS habilitou um Centro Especializado em Reabilitação (CER) III na APAE, como Centro de Reabilitação Física, Intelectual e Auditiva, sob gestão municipal, um CER III no Olho D'água como Centro de Reabilitação Física, Intelectual e Visual, sob gestão estadual.

O Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas está em fase de implementação. Em julho de 2015, o Hospital Universitário transferiu para o município de São Luís a dispensação de bolsas, com 590 usuários, e hoje constam 1.348 usuários.

Tabela 64 - Metas e resultados alcançados. Setor de Órtese e Prótese. São Luís/MA. 2014 a 2017.

METAS	METAS PROGRAMADAS E RESULTADOS ALCANÇADOS									
	2014		2015		2016		2017		QUADRIÊNIO	
	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A
Atender 1.600 pessoas/ano com órteses, próteses, materiais auxiliares de locomoção e consultas especializadas até 2017	1.200	660	1.400	2.497	1.500	1.483	1.600	3.188	1.600	3.188

Fonte: SEMUS.

Com a implantação da RAS da Pessoa com Deficiência, os serviços tendem a ter mais resolutividade, pois serão incluídos os Centros de Reabilitações que redefine o fluxo de atendimento e cria mais serviço especializado à pessoa com deficiência, além de garantir certa autonomia orçamentária para esses serviços.

- ✓ **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

- ✓ Marco legal

- Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS;

- Portaria n.º 835, de 25 de abril de 2012, que institui incentivo financeiro de investimento e custeio para o componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS.

- ✓ Componentes da rede de cuidado à pessoa com deficiência:

Atenção Básica - como ordenadora do cuidado desempenha importante papel como porta de entrada principal do SUS. Desta forma, o usuário iniciará seu atendimento prioritariamente nas UBS. As UBS, com suas respectivas equipes da Estratégia Programa Saúde da Família tem papel primordial na identificação do usuário a ser inserido nos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com acompanhamento na linha de cuidado e desenvolvimento dos protocolos clínicos. O componente AB na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como pontos de atenção as UBS e conta com:

- NASF;

- Atenção odontológica.

A AB na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência priorizará as seguintes ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência:

I - Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;

II - Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;

III - Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;

IV - Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;

V - Publicação do Caderno de AB para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência;

VI - Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;

VII - Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;

VIII - Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;

IV - Apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência;

X - Apoio e orientação, por meio do PSE, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

✓ Atenção Especializada - visa promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS. Os tipos de atendimentos realizados na atenção especializada compreendem consultas ambulatoriais de especialidades médicas e odontológicas, atendimentos de urgência e emergência, atendimentos em saúde mental, exames laboratoriais, 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 RAS. Os serviços de fisioterapia existentes no município e sua forma de gestão estão descritas. O componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências contará com os seguintes pontos de atenção:

- Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação;

- CER;

- CEO.

A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverá:

I - Responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;

II - Instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;

III - Ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;

IV - ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e

V - ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.

O Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência contempla a região de saúde de São Luís composta por 05 (cinco) municípios – Alcântara, Paço do Lumiar, Raposa, São José de Ribamar e São Luís, totalizando 1.331.181habitantes.

✓ Indicadores da Pessoa com Deficiência

De acordo com dados do IBGE, Censo 2010, o Brasil apresenta 23,9% da sua população com algum tipo de deficiência. O Nordeste, situa-se acima da média nacional, com 26,6% dos habitantes com essa condição. O Maranhão aponta que 9% de sua população possui algum tipo de deficiência (quadro 74).

Quadro 74 - Indicadores de deficiência. Brasil, Nordeste e Maranhão, 2010.

REGIÃO	VISUAL	AUDITIVA	MOTORA	MENTAL	TOTAL	% POPULAÇÃO
BRASIL	35.774.392	9.717.318	13.265.599	2.611.536	61.368.845	23,9
NORDESTE	11.247.306	3.071.353	4.125.241	826.170	19.270.070	26,6
MARANHÃO	1.339.391	349.618	460.270	96.685	2.242.964	9

Fonte: IBGE.

São Luís concentra maior número de pessoas com deficiências da Região de Saúde, proporcional ao número de habitantes, seguido pelos municípios São José de Ribamar e Paço do Lumiar (quadro 75).

Quadro 75 - Indicadores de deficiência. Região de Saúde de São Luís, 2010.

MUNICÍPIO	VISUAL	AUDITIVA	MOTORA	MENTAL	TOTAL
SÃO LUÍS	211.136	48.972	58.890	11.687	330.685
ALCÂNTARA	4.543	1.143	1.827	463	7.973
SÃO JOSÉ DE RIBAMAR	32.697	6.533	8.532	2.054	49.816
PAÇO DO LUMIAR	19.303	3.915	4.976	898	29.095
RAPOSA	5.569	1.150	1.752	265	8.736
TOTAL	273.248	61.713	75.977	15.367	426.305

Fonte: IBGE.

Os tipos de atendimentos realizados na atenção especializada compreendem consultas ambulatoriais de especialidades médicas e odontológicas, atendimentos de urgência e emergência, atendimentos em saúde mental, exames laboratoriais, 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 RAS. Os serviços de fisioterapia existentes no município e sua forma de gestão estão descritas (quadro 76):

Quadro 76– Relação dos estabelecimentos de saúde com serviço de fisioterapia e sua Forma de Gestão. São Luís/MA. 2018.

CNES	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	GESTÃO
905927	CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DO VINHAIS	ESTADUAL
2308789	CLINICA ELDORADO	ESTADUAL
2702886	COMPLEXO HOSPITALAR MATERNO INFANTIL DO MARANHAO	ESTADUAL
2697661	HOSPITAL AQUILES LISBOA	ESTADUAL
2458799	HOSPITAL DA CRIANCA DR ODORICO AMARAL DE MATOS	MUNICIPAL
5446546	HOSPITAL DA MULHER	MUNICIPAL
2646536	HOSPITAL DE CANCER DO MARANHAO DR TARQUINIO LOPES FILHO	ESTADUAL
2464594	HOSPITAL DE REF EST DE ALTA COMPLEXIDADE DR CARLOS MACIEIRA	ESTADUAL
3344614	HOSPITAL GERAL DA VILA LUIZAO	ESTADUAL
2697696	INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELO IMOAB	MUNICIPAL
2309254	MATERNIDADE DA COHAB MATERNIDADE MARLY SARNEY	ESTADUAL

2457776	MATERNIDADE MARIA DO AMPARO E AMB MARIA DA VITORIA	MUNICIPAL
2456958	SANTA CASA	MUNICIPAL
2307006	SARAH SAO LUÍS	ESTADUAL
2456907	UNIDADE MISTA DE SAO BERNARDO	MUNICIPAL
2455773	UNIDADE MISTA DO COROADINHO	MUNICIPAL
2458322	APAE – CER III	MUNICIPAL
7694547	CER III- OLHO D'ÁGUA	ESTADUAL
6905935	CEM DA CIDADE OPERÁRIA	ESTADUAL
9293159	CASA DE APOIO NINAR	ESTADUAL
9431039	SORRIR REFERÊNCIA PARA PESSOAS COM DEFCIÊNCIA	ESTADUAL

Fontes: SEMUS.

- Componente Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

O Plano de Ação de Urgência da região de saúde de São Luís, foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº 3101 de 28 de dezembro de 2012. Como portas de entrada pré-hospitalar encontram-se as UPA Araçagy, Cidade Operária, Itaqui – Bacanga e Parque Vitória, Vila Luizão, e ainda o Socorrinho I – UPA Cohatrac e o Socorrinho II - UPA São Francisco.

Como portas de entrada hospitalar, estão os 03 (três) grandes hospitais de urgência desta Capital: Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques - Socorrão I, Hospital Municipal de Urgência e Emergência Clementino Moura – Socorrão II e Dr. Odorico Amaral de Matos - HC. Há também as maternidades com triagem neonatal, de parto habitual e de risco.

Quadro 77 – Maternidades com triagem neonatal. São Luís/MA. 2018.

Estabelecimento de Saúde	**Teste do Pezinho**	**Teste da Orelhinha**	**Teste do Olhinho**	**Teste do Coraçãozinho**
Maternidade Marly Sarney – São Luís.	X	X	X	X
Santa Casa de Misericórdia	X			-
Maternidade Maria do Amparo e Ambulatório Maria da Vitoria- São Luís	X			-
Hospital Comunitário Nossa Senhora da Penha – São Luís	X			-
Hospital Universitário – Unidade Materno Infantil do MA	X	X		-

Maternidade Nazira Assub				-
Unidade Mista Dr. Neto Guterres – Alcântara	X			-
Unidade Mista Dias Pinheiro- Raposa				-
Hospital e Maternidade de São José de Ribamar	X	-	-	-

Fonte: SEMUS.

Quadro 78 – Unidades de Pronto Atendimento da Região São Luís. 2018.

CNES	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	GESTÃO
6851304	UPA VINHAIS	ESTADUAL
6826393	UPA PARQUE VITORIA	ESTADUAL
6568734	UPA ITAQUI BACANGA	ESTADUAL
6851312	UPA CIDADE OPERÁRIA	ESTADUAL
6847587	UPA ARAÇAGY	ESTADUAL
6165397	SOCORRINHO II	MUNICIPAL
2697955	SOCORRINHO I	MUNICIPAL
2455773	UNIDADE MISTA DO COROADINHO	MUNICIPAL
2464276	UNIDADE MISTA DO BEQUIMÃO	MUNICIPAL
2456915	UNIDADE MISTA DO ITAQUI BACANGA	MUNICIPAL
2456907	UNIDADE MISTA DE SAO BERNARDO	MUNICIPAL

Fonte: SEMUS

Quadro 79 – Estabelecimentos Hospitalares da Região São Luís. 2018.

CNES	ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	GESTÃO
905927	CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DO VINHAIS	ESTADUAL
9364439	HOSPITAL TRAUMA E ORTOPEDIA HTO	ESTADUAL
2702886	COMPLEXO HOSPITALAR MATERNO INFANTIL DO MARANHAO	ESTADUAL
2697661	HOSPITAL AQUILES LISBOA	ESTADUAL
2458799	HOSPITAL DA CRIANCA DR ODORICO AMARAL DE MATOS	MUNICIPAL
5446546	HOSPITAL DA MULHER	MUNICIPAL
2646536	HOSPITAL DE CANCER DO MARANHAO DR TARQUINIO LOPES FILHO	ESTADUAL
2464594	HOSPITAL DE REF EST DE ALTA COMPLEXIDADE DR CARLOS MACIEIRA	ESTADUAL
3344614	HOSPITAL GERAL DA VILA LUIZAO	ESTADUAL
2697696	INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELO IMOAB	FILANTROPICA

2456958	SANTA CASA	FILANTROPICA
2307006	SARAH SAO LUÍS	ESTADUAL
7694547	CER III- OLHO D'ÁGUA	ESTADUAL
6905935	CEM DA CIDADE OPERÁRIA	ESTADUAL
9293159	CASA DE APOIO NINAR	ESTADUAL
9431039	SORRIR REFERÊNCIA PARA PESSOAS COM DEFCIÊNCIA	ESTADUAL
2458322	CER III - APAE	MUNICIPAL

Fonte: CNES.

Quadro 80 –Maternidades de parto habitual e de risco. 2018.

Estabelecimento de Saúde	Parto habitual	Parto de risco
Maternidade de Alta Complexidade	X	X
Santa Casa de Misericórdia	X	
Maternidade Maria do Amparo e Ambulatório Maria da Vitoria- São Luís	X	
Hospital Comunitário Nossa Senhora da Penha – São Luís	X	
Hospital Universitário – Unidade Materno Infantil do MA	X	X
Maternidade Nazira Assub	X	
Maternidade Benedito Leite	X	X
Unidade Mista Dr. Neto Guterres – Alcântara	X	
Unidade Mista Dias Pinheiro- Raposa	X	
Hospital e Maternidade de São José de Ribamar	X	

Fonte: CNES.

A APAE São Luís, sob gestão municipal, foi habilitada em CER III (modalidades de reabilitação física, intelectual e auditiva), pela Portaria n° 1.422/2016 do MS, e o Centro de Reabilitação do Olho D'água, gestão estadual, foi habilitado pelo MS pela Portaria 1.421/2016 (modalidades de reabilitação física, intelectual e visual).

2.7.4.5 – Saúde da população negra

Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde[21].

A população negra, incluindo as comunidades tradicionais de matriz africana e quilombola, apesar da maioria em número de habitantes, apresenta indicadores sociais e culturais que expressam que esta população não tem usufruído de forma equânime das

riquezas do país, assim também, ao acesso a bens e serviços, consequência do processo histórico de exclusão e negação de direitos. Esta população detém indicadores que demonstram situação de vulnerabilidade, principalmente, no que diz respeito às doenças crônicas e infecciosas[22].

O MS, em 2009, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009 com vistas à promoção da equidade em saúde e orientado pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social.

Com a publicação dessa Política, reconheceu-se a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência.

A institucionalização da Política reafirmou as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – governo federal, estadual e municipal – na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe.

Seu propósito é garantir maior grau de equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional.

A política se insere na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem: utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial.

Segundo dados do IBGE, na distribuição da população, por cor ou raça (Ano base 2016) mais da metade da população brasileira (54,9%) é de pretos e pardos e a população branca (44,1 %). A cada dez pessoas, três são mulheres negras.

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades.

O princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos.

Segundo o Manual de Doenças Prevalentes em Afrodescendentes (MS,2001) as doenças genéticas ou hereditárias mais comuns da população negra são:

- Anemia falciforme: doença hereditária, decorrente de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos, no continente africano. A doença, que chegou ao Brasil pelo tráfico de escravos, é causada por um gene recessivo, que pode ser encontrado em frequências que variam de 2% a 6% na população brasileira em geral, e de 6% a 10% na população negra.

- Diabetes Mellitus tipo II: esse tipo de diabetes se desenvolve na fase adulta e evolui causando danos em todo o organismo. É a quarta causa de morte e a principal causa de cegueira adquirida no Brasil. Essa doença atinge com mais frequência os homens negros (9% a mais que os homens brancos) e as mulheres negras (em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas).

- Hipertensão arterial: a doença, que atinge 10% a 20% dos adultos, é a causa direta ou indireta de 12% a 14% de todos os óbitos no Brasil. Em geral, a hipertensão é mais alta entre os homens e tende ser mais complicada em negros, de ambos os sexos.

- Deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase: afeta mais de 200 milhões de pessoas no mundo. Apresenta frequência relativamente alta em negros americanos (13%) e populações do Mediterrâneo, como na Itália e no Oriente Médio (5% a 40%). A falta dessa enzima resulta na destruição dos glóbulos vermelhos, levando à anemia hemolítica e, por ser um distúrbio genético ligado ao cromossomo X, é mais frequente nos meninos.

- ✓ A saúde da população negra no Maranhão[22]

No Maranhão, observa-se o maior contingente de negros do país. São 5.005.543 habitantes, correspondendo a 77,5 % da população geral, portanto, a maioria encontra-se em

100% das regiões maranhenses. A branca com 1.454.184 corresponde a 22,5% do total de habitantes.

Em 27 de novembro de 2017, por meio do Decreto nº 33.661 foi instituída a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e das Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão e o seu 1º Plano Operativo com base nos princípios, diretrizes, objetivos e missão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

No estado, alguns dados do perfil epidemiológico têm confirmado a vulnerabilidade da população negra (considerando-se as categorias parda e preta), aos agravos e doenças, assim como para óbitos. Em 2017, dos 1.017 casos de óbitos 79,6 %, foram por diabetes mellitus, e dos 4.650 óbitos, 79% por doenças do aparelho circulatório. Existe alta prevalência de casos de AIDS, na série histórica do SINAN de 2000 a 2016. Em relação as hepatites virais, o percentual também se mantém elevado (77,7%), no período de 2007 a 2016 (SINAN,2017).

Com base em dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2017 e em análises econométricas dos micros dados do Censo Demográfico do IBGE e SIM/MS, a taxa de homicídios por 100 mil habitantes de negros por unidade da federação de 2005 a 2015, o Estado do Maranhão apareceu com uma variação de 123,5%, atrás apenas do Rio Grande do Norte (331,8%), Sergipe (196%), Ceará (149,7%) e Amazonas (124,5%).

Pesquisas psicológicas, sociológicas e antropológicas, indicam uma firme associação entre experiências de racismo e o maior risco de manifestação ou agravamento de problemas mentais, a exemplo do que tem sido constatado em número significativo de casos de depressão e de angústia psicológica.

No tocante a tuberculose, de 2001 a 2017, os casos notificados totalizam 25.997 casos, no Estado.

No Plano Estadual de Saúde 2016-2019, foram estabelecidas metas que objetivam a redução das taxas de mortalidade materno e infantil e o controle da HA, DM e hanseníase, construindo uma linha de cuidado. Observa-se que se torna imperativo o reconhecimento das especificidades, singularidades e vulnerabilidades da população negra, em relação aos agravos apontados.

- ✓ Saúde da população negra no município de São Luís

A população geral estimada do Município de São Luís, em 2017, foi de 1.091.868 habitantes. A divulgação anual das estimativas da população residente nos municípios

brasileiros obedece ao artigo 102 da Lei nº 8.443/1992 e à Lei complementar nº 143/2013. As estimativas populacionais são fundamentais para o cálculo de indicadores econômicos e sociodemográficos nos períodos intercensitários e são, também, um dos parâmetros utilizados pelo Tribunal de Contas da União (TCU) na distribuição do Fundo de Participação Municipal (FPM) e de Estados.

Os dados disponibilizados pelo censo IBGE (2010) apresenta a seguinte estratificação por raça/cor: branca – 34,10 %; preta -12,27 %; amarela – 1,01%; parda – 52,45% - indígena – 0,17%[23]. Observa-se, por este demonstrativo que a população (preta e parda) representa, aproximadamente, 65% da população total do município. Estes dados somente deverão estar atualizados e disponíveis quando da realização do próximo censo, programado para 2020.

A Portaria GM/MS nº 992 de 13 de maio de 2009 que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em seu Cap. III – das responsabilidades das esferas de gestão – item 2.3 estabelece como responsabilidade da esfera municipal:

I – Implementação desta Política em âmbito municipal;

II – Definição e gestão dos recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III – Coordenação, monitoramento e avaliação da implementação desta Política, em consonância com o Pacto pela Saúde;

IV – Garantia da inclusão desta Política no PMS e no PPA setorial, em consonância com as realidades e necessidades locais;

V – Identificação das necessidades de saúde da população negra no âmbito municipal, considerando as oportunidades e recursos;

VI – Implantação e implementação de instância municipal de promoção da equidade em saúde da população negra;

VII – Estabelecimento de estruturas e instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação do impacto da implementação desta Política;

VIII – Garantia da inserção dos objetivos desta Política nos processos de formação profissional e educação permanente de trabalhadores da saúde, em articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), instituída pela Portaria GM/MS N° 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007);

IX – Articulação intersetorial, incluindo parcerias com instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de implementação desta Política;

X – Fortalecimento da gestão participativa, com incentivo à participação popular e ao controle social;

XI – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e das ações de promoção da saúde integral da população negra;

XII – Apoio aos processos de educação popular em saúde pertinentes às ações de promoção da saúde integral da população negra; e

XIII – Instituição de mecanismos de fomento à produção de conhecimentos sobre racismo e saúde da população negra.

Um dos grandes desafios da gestão municipal é ampliar o olhar saúde para as especificidades dos povos e comunidades tradicionais, conhecimento e compartilhamento dos saberes, assim como a necessidade de repensar as práticas profissionais adotadas.

Existem basicamente três métodos de identificação racial que podem ser aplicados com variantes. O primeiro é auto atribuição de pertença no qual o sujeito da classificação escolhe o grupo do qual se considera membro. O segundo é a heteroatribuição de pertença na qual outra pessoa define o grupo do sujeito. O terceiro método é a identificação de grandes grupos populacionais dos quais provieram os ascendentes próximos por meio de técnicas biológicas como a análise do DNA[24].

No tocante a classificação “preta e parda” nos sistemas de informação, embora tenha havido progressos, o preenchimento do campo “raça/cor” ainda se observa baixo percentual de preenchimento. A quantidade de registros “em branco” ainda é bastante elevada.

Como causas determinantes e condicionantes de saúde consideram-se: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros.

Nesse sentido, podemos afirmar que o racismo é o principal determinante social em saúde para população negra[25], já que incide negativamente sobre todos esses fatores que compõem o conceito de saúde. A situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência, faz com que se reconheça que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde.

A Política de Atenção Integral de Saúde da População Negra tem como marca: o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional

como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Seu objetivo é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS.

A Portaria GM/MS nº 344 de 01 de fevereiro de 2017 que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde estabeleceu em seu Art. 1° que: A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão ***obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde***, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo IBGE e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

Atualmente, a fragilidade de dados disponíveis nos sistemas de informação, pela ausência do preenchimento do campo denominado raça/cor prejudica uma análise situacional da saúde da população negra, residente, no Município, mais consubstanciada.

É compromisso da gestão municipal promover o fortalecimento da AB, implementando as equipes de ESF ou outras estratégias, com vistas a mudança no modelo de atenção, bem como a efetivação das redes temática que garantam a integralidade e o acesso da população negra e comunidades tradicionais às ações e serviços de saúde, frente as responsabilidades do município com vistas a implementação e monitoramento da Política de Saúde Integral da População Negra.

Propõe-se também, a constituição de um *Comitê Técnico* para subsidiar o avanço da equidade na Atenção a Saúde da População Negra, conforme preconiza o "Manual de Gestores e Profissionais de Saúde" editado pelo MS/SGEP – 2017".

Apresentamos a seguir, alguns dados sobre morbidade e mortalidade da população negra (preta e parda) obtidos por meio dos Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (quadro 81).

Quadro 81 - Número de procedimentos dos principais agravos característicos na população negra (preta e parda), no atendimento ambulatorial, residentes em São Luís, 2014 a 2017.

CID Principal/Topografia	2014	2015	2016	2017	Total
Anemias hemolíticas	72.671	57.900	45.651	78.879	255.101
Diabetes mellitus	5	0	335	2.042	2.382

Doenças hipertensivas	670	120	473	2.925	4.188
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério.	19	0	19	0	38
Total	**73.365**	**58.020**	**46.478**	**83.846**	**261.709**

Fonte: SIA /DATASUS.

As principais causas de internação hospitalar na população negra/parda em São Luís, no período de 2014 a 2017 foram por Gravidez parto e puerpério (22,67%), seguidas de Neoplasias (tumores) (17,08%), Doenças do aparelho digestivo (13,83%), Doenças da pele e do tecido subcutâneo (8,73%) e Doenças do aparelho geniturinário (6,32%) (quadro 82).

Quadro 82 - Morbidade hospitalar relacionada à população negra (preta e parda), internações por capítulo-CID 10 e ano de atendimento, São Luís, 2014 -2017.

Capítulo CID-10	2014	2015	2016	2017	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	888	619	664	637	2.808
II. Neoplasias (tumores)	2.487	2.848	2.797	2.840	10.972
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	64	64	68	56	252
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	144	163	161	152	620
V.Transtornos mentais e comportamentais	867	739	745	618	2.969
VI. Doenças do sistema nervoso	72	76	125	127	400
VII. Doenças do olho e anexos	-	2	7	39	48
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	3	1	4	3	11
IX. Doenças do aparelho circulatório	179	550	803	661	2.193
X. Doenças do aparelho respiratório	1.322	1.048	448	391	3.209
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.529	2.282	2.605	2.469	8.885
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.007	1.071	1.491	2.037	5.606
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	97	53	101	157	408
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	880	1.061	1.094	1.022	4.057
XV. Gravidez parto e puerpério	5.546	3.092	2.965	2.957	14.560
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	18	98	429	524	1.069
XVII.Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	70	94	82	69	315
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e	125	171	209	222	727

laborat					
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	991	740	918	800	3.449
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	107	476	-	-	583
XXI. Contatos com serviços de saúde	47	245	429	362	1.083
Total	**16.443**	**15.493**	**16.145**	**16.143**	**64.224**

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/DATASUS.

Dados após 2015 sujeitos a retificação.

As principais causas de mortalidade geral na população negra (pretos e pardos) em São Luís, no período de 2014 a 2017 foram as Doenças do aparelho circulatório (25,0%); Causas externas de morbidade e mortalidade (20,6%), Neoplasias (tumores) (15,0%) e Doenças do aparelho respiratório (9,9%) (quadro 83).

Quadro 83 – Mortalidade geral, por causas específicas relacionadas à população negra (preta e parda), São Luís, 2014 a 2017.

Capítulo CID-10	2014	2015	2016	2017	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	194	239	272	254	959
II. Neoplasias (tumores)	619	639	633	670	2.561
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	15	15	25	21	76
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	217	239	290	241	987
V.Transtornos mentais e comportamentais	32	37	59	54	182
VI. Doenças do sistema nervoso	65	76	103	98	342
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	2	1	3
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.047	1.005	1.093	1.119	4.264
X. Doenças do aparelho respiratório	317	405	490	466	1.678
XI. Doenças do aparelho digestivo	237	233	243	236	949
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	18	12	35	56	121
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	20	19	13	15	67
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	82	102	117	114	415
XV. Gravidez parto e puerpério	10	12	11	5	38
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	96	107	103	109	415

XVII.Malf cong de formid e anomalias cromossômicas	39	51	42	59	191
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	54	55	85	76	270
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.079	935	794	702	3.510
Total	**4.141**	**4.181**	**4.410**	**4.296**	**17.028**

Fonte:SIM. Dados após janeiro de 2015 sujeitos a retificação.

Os principais atendimentos por agravos de notificação na população negra (preta e parda) em São Luís, no período de 2014 a 2017 foram: Atendimento Antirrábico (14.708), Dengue (7.260), Febre de CHIKUNGUNYA (3543), Tuberculose (2862), Doença aguda pelo ZIKA (2618) e AIDS (2.242) (quadro 84).

Quadro 84 – Série histórica de agravos notificados da população negra (preta e parda), residentes em São Luís, 2014 a 2017.

AGRAVOS NOTIFICADOS	2014	2015	2016	2017	TOTAL
AIDS	383	631	566	662	2.242
Gestante HIV	76	68	58	57	259
Hanseníase	518	583	490	530	2.121
Leishmaniose Tegumentar Americana	6	15	11	6	38
Leptospirose	33	23	20	19	95
Meningite	25	37	32	45	139
Sífilis em Gestante	163	243	232	240	878
Tuberculose	583	740	783	756	2.862
Varicela	14	2	0	0	16
Coqueluche	50	46	9	11	116
Sífilis Congênita	94	150	135	151	530
Leishmaniose Visceral	59	92	102	75	328
Doença Aguda Pelo Zika	0	29	2.363	226	2.618
Sifilis Em Adulto (Excluída a forma primaria)	41	42	47	18	148
Criança Exposta HIV	67	63	54	61	245
Dengue	611	1.733	4.084	832	7.260
Herpes Genital (Apenas o primeiro episodio)	34	22	6	9	71
Condiloma Acuminado (Verrugas Anogenitais)	57	47	49	41	194
Cólera	1	0	0	0	1
Acidente de Trabalho dom Exposição a Material	162	177	238	274	851

Biológico					
Acidente De Trabalho Grave	201	349	426	487	1.463
Hantavirose	1	0	34	0	35
Intoxicação Exógena	94	108	166	196	564
Tétano Acidental	1	5	1	0	7
Doencas Exantematicas	6	0	0	0	6
Hepatites Virais	293	200	206	116	815
Rotavirus	35	20	34	23	112
Atendimento Anti-Rabico	3.733	3.543	3.451	3.981	14.708
Acidente Por Animais Peçonhentos	19	25	13	86	143
Sífilis Não Especificada	55	176	178	282	691
Síndrome do Corrimento Uretral Em Homem	29	16	0	11	56
Febre de Chikungunya	1	120	3.083	339	3.543
Violência Interpessoal/Autoprovocada	224	573	707	441	1.945
Toxoplasmose	0	0	0	14	14
Toxoplasmose Congênita	1	0	24	8	33
Síndrome da Ulcera Genital (Excluido Herpes Genital)	4	1	3	0	8
Sindrome do Corrimento Cervical em Mulheres	105	294	261	254	914
Doença de Chagas Aguda	0	0	45	7	52
Ler Dort	0	0	1	1	2
Outras Febres Virais Especificadas Transmitidas Por Artropodes	0	0	0	3	3
Raiva Humana	0	0	0	1	1
Febre Amarela	0	0	0	1	1
TOTAL	**7.779**	**10.307**	**18.802**	**10.264**	**47.152**

Fonte: SINAN.

2.7.4.6 Atendimento ambulatorial: assistência básica e especializada/Unidades especializadas

- ✓ Hospital da mulher (HM)

Funciona como centro de referência. Foi estruturado para realizar serviço ambulatorial especializado, com atendimentos em ginecologia, mastologia, reumatologia, gastroenterologia, pneumologia, cardiologia, psicologia e serviço social. E dispõe de 57 leitos para internação. O hospital realiza ações de educação, prevenção, diagnóstico e tratamento à saúde, vigilância epidemiológica, consultas médicas de ginecologia, mastologia, clínica geral, hematologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia,

proctologia, neurologia, urologia e ortopedia. Também prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia, com oferta de tomografia com ou sem contraste, mamografia, ultrassonografia e raio-x.

Quadro 85- Produção ambulatorial do Hospital da Mulher. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0101 Ações coletivas/individuais em saúde	0	0	554	428	982
0201 Coleta de material	4.406	5.036	3.732	3.817	16.991
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	22.370	63.419	81.962	86.966	254.717
0204 Diagnóstico por radiologia	465	3.584	5.905	5.020	14.974
0205 Diagnóstico por ultrasonografia	3.147	4.950	6.332	4.122	18.551
0206 Diagnóstico por tomografia	330	5.301	9.551	2.701	17.883
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	1.713	761	1.403	1.217	5.094
0214 Diagnóstico por teste rápido	1.640	1	4	67	1.712
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	58.280	84.556	91.285	99.181	333.302
0302 Fisioterapia	0	0	252	225	477
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	30	55	77	18	180
0306 Hemoterapia	0	0	1.448	1.953	3.401
0309 Terapias especializadas	219	220	178	895	1.512
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	438	3.065	2.819	2.769	9.091
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	0	0	0	3	3
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	1	0	0	0	1
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	2	0	0	0	2
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	0	0	1	1	2
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	17	48	43	60	168
0410 Cirurgia de mama	1	2	0	3	6
0415 Outras cirurgias	150	1.550	1.998	3.401	7.099
TOTAL	**93.209**	**172.548**	**207.544**	**212.847**	**686.148**

FONTE: SAI.

Quadro 86 - Produção hospitalar doHospital da Mulher. São Luís/MA, 2014 a 2017.

SUBGRUPOS	PERIODO				Total
	2014	2015	2016	2017	
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	162	292	285	228	967
0304 Tratamento em oncologia	0	0	0	7	7
0305 Tratamento em nefrologia	4	22	9	1	36
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	2	4	3	1	10
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	0	1	6	1	8
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	0	0	3	3	6
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	9	16	108	193	326
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	0	2	5	6	13
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	27	89	164	164	444
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	4	8	44	74	130
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	232	636	723	613	2.204
0410 Cirurgia de mama	0	17	67	83	167
0413 Cirurgia reparadora	0	0	1	1	2
0415 Outras cirurgias	0	0	17	218	235
TOTAL	440	1.087	1.435	1.593	4.555

Fonte: SIH.

- ✓ Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (CAISCA)

São ambulatórios que assistem crianças e adolescentes até 17 anos e 11 meses, portadores de transtornos mentais e comportamentais, além de usuários/dependentes de substâncias psicoativas, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e outros problemas psicossociais. Funcionam em dois turnos, sendo: CAISCA/Clodomir Pinheiro Costa, no turno matutino e o CAISCA/Farina e Filipinho, no turno vespertino.

- ✓ Centros de Saúde (CS)

Unidade para realização de atendimentos de AB e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior (PT SAS 511 DE 29/12/2000).

A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas. A Superintendência de Assistência a Rede de Saúde tem sob sua responsabilidade o gerenciamento de 02 (dois) CS: sendo estes o CS Paulo Ramos e o CS de Fátima.

- ✓ CS Paulo Ramos

Localizado na região central de cidade, é anexo do Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Odorico Amaral de Matos - HC. Oferece à população os serviços ambulatoriais nas especialidades de dermatologia, pediatria, nefrologia, clínica geral, ginecologia, neurologia, cardiologia, cirurgia cardíaca, alergologia e gastroenterologia.

- ✓ CS Fátima

Localizado no Bairro de Fátima, oferece à população os serviços ambulatoriais nas especialidades de alergologia, clínica geral, cardiologia, cirurgia cardíaca, fisioterapia, nutrição, ginecologia, obstetrícia, pediatria, serviço social e terapia ocupacional.

- ✓ Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)

O CTA foi instituído para atuar no diagnóstico e prevenção de IST, constituindo-se em importante fonte de dados epidemiológicos.

Nos CTA's existentes na rede são ofertados os serviços de:

- Testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatite B e C, priorizando populações chave (usuários de drogas e população LGBT, profissionais do sexo masculino e feminino, através de coleta por punção digital;

- Orientações pré e pós-testes aos exames de Teste Rápido;

- Aconselhamento para gestão de risco;

- Assistência multiprofissional do cuidado ao portador de HIV sintomático;

- Dispensação de medicamentos para infecções oportunistas, com orientação farmacêutica.

- Incentivo a adesão ao tratamento;

- Distribuição de insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos e lubrificantes);

- Ofertar Profilaxia PEP;

- Rastreio e encaminhamento para Profilaxia PrEP;

- Oferta de vacinas para HPV e Hepatite B;

- Apoio Social sobre esclarecimentos e encaminhamentos dos Direitos Sociais ao portador de HIV/AIDS;

- Apoio às famílias dos usuários infectados pelo HIV/AIDS;

- Acompanhamento e apoio ao grupo adesão.

✓ Laboratório Central do Município (LACEM)

O LACEM, por meio da lei 4.122 de 23 de dezembro de 2002, foi incorporado na estrutura da SEMUS, como órgão de atuação específica na realização de exames laboratoriais, tendo sido instituído sua autonomia financeira e orçamentária com a Lei 4.975 de 24 de junho de 2008, contudo, esta independência financeira ainda não foi implantada de fato, devido à falta de estrutura física e de recursos humanos.

Atualmente, a rede laboratorial do LACEM conta com 13 unidades, distribuídas nos 07 (sete) distritos, a saber: 04 (quatro) unidades mistas (Itaqui Bacanga, Bequimão, Coroadinho e São Bernardo), 02 (duas) unidades de pronto atendimento (Socorrinho do São Francisco e Cohatrac), 03 (três) hospitais de urgência e emergência (HM, Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Odorico Amaral de Matos - HC e Hospital Municipal de Urgência e Emergência Clementino Moura - Socorrão II), 03 (três) CS (CS Yves Parga, CS Fátima e CS Vila Esperança) e o próprio Laboratório Central.

Quadro 87 – Exames realizados pelas Unidades de Saúde de São Luís. 2018.

Centros de Saúde e Unidades Mistas	Hospitais	LACEM
Hemograma completo	Hemograma completo	Hemograma completo
Tipagem sanguínea	Tipagem sanguínea	Tipagem sanguínea
VDRL	VDRL	VDRL
Exames bioquímicos	Exames bioquímicos	Exames hormonais
Baciloscopia	Urinálise	Exames imunológicos (hepatit, cito, rub e taxa)
Urinálise	Parasitológico de fezes	Exames bioquímicos
Parasitológico de fezes	Exames de Coagulação	Baciloscopia
	Gasometria	Citologia
		Malária
		Esquistossomose
		Dengue

Fonte: SEMUS.

- ✓ CEO

O CEO instituído pela Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, está inserido no Programa Brasil Sorridente - é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil, de modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o Brasil Sorridente reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do SUS.

Atualmente, a rede municipal de saúde conta com três CEO's:

- CEO Alemanha: localizado no Bairro da Alemanha, realiza os serviços de: endodontia, periodontia, odontopediatria, cirurgias bucais, próteses dentárias, dentística restauradora, radiologia e atendimento a pacientes especiais.

- CEO Filipinho: localizado no Bairro do Filipinho, realiza os serviços de: endodontia, periodontia, odontopediatria, cirurgias bucais, próteses dentárias, dentística restauradora, radiologia e atendimento a pacientes especiais.

- CEO Vila Esperança: localizado no Bairro da Vila Esperança, realiza os serviços de: endodontia, periodontia, odontopediatria, cirurgias bucais, próteses dentárias, dentística restauradora, radiologia e atendimento a pacientes especiais.

- ✓ Centros de Especialidades Médicas (CEM)

Os Centros de Especialidades Médicas (CEM) são uma estratégia importante da atenção secundária. São unidades ambulatoriais de alta resolubilidade que ofertam, num mesmo espaço, consultas e exames especializados, atendimento com equipe multiprofissional.

O acesso aos serviços acontece diretamente na unidade de saúde, portando documentos pessoais e encaminhamento médico. A consulta é agendada de acordo com a disponibilidade de dia e vaga.

Esse serviço está organizado em 02 (duas) unidades da Rede:

- CEM Filipinho: localizado no Bairro Filipinho, atende demanda espontânea e referenciada. Com perfil assistencial, especificamente ambulatorial, oferta à população os serviços nas áreas de: Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia Neurologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Proctologia, além do atendimento de: Enfermagem, Serviço Social e Nutrição.

- CEM Vila Esperança: localizado no Bairro Vila Esperança, atende demanda espontânea e referenciada. Com perfil assistencial, especificamente ambulatorial, oferta à população os serviços nas áreas de: Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Nefrologia, ginecologia/obstetrícia, clínica médica, além do atendimento de: Enfermagem, Serviço Social e Odontologia.

- ✓ Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI)

O Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) é uma unidade de saúde complementar da Rede de Especialidades, exclusiva para usuários a partir de 60 anos.

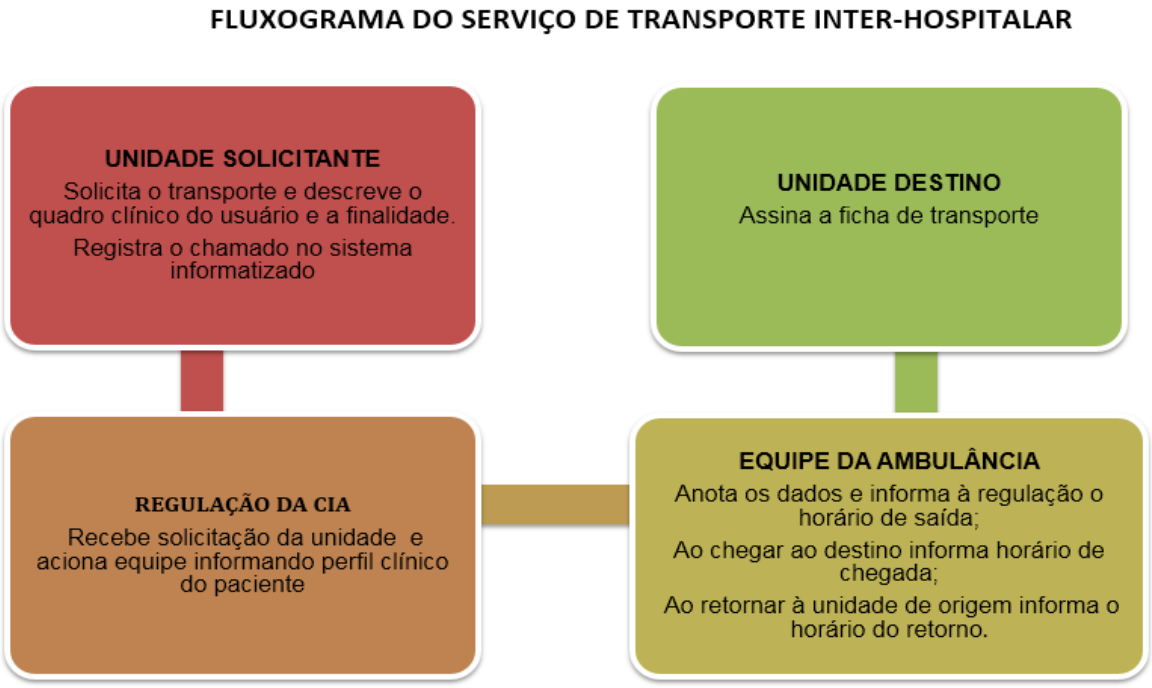
Neste Centro são oferecidos atendimentos ambulatoriais nas áreas de: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Obstetrícia. Além de atendimento de: Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Odontologia, e Terapeuta de Família.

- ✓ Central Interna de Ambulância (CIA)

Compreende a coordenação do serviço de transporte inter-hospitalar realizado por ambulâncias tipo A presentes nas seguintes Unidades: Unidade Mista do Itaqui-Bacanga, Unidade Mista do Bequimão, Unidade Mista do Coroadinho, Unidade Mista do São Bernardo, P.S. Anil, Socorrinho São Francisco, Socorrinho Cohatrac, HM, UPA Zona Rural, Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Odorico Amaral de Matos - HC, Hospital Municipal de Urgência e Emergência Clementino Moura - Socorrão II.

Atualmente a Central Interna de Ambulância (CIA) – São Luís/MA, funciona em uma sala nas instalações do SAMU – 192, fazendo a regulação de transporte em regime de plantão (24h). A comunicação entre a CIA e as equipes das ambulâncias, que conta com 13 (treze) veículos, é feita via telefone celular, sendo que os registros de transporte ocorrem em um sistema informatizado criado pela Superintendência de Informação da Saúde – SIS/SEMUS, que funciona em tempo real e o acesso dos usuários ocorre via internet, por meio de login e senha.

Figura 34 – Fluxograma do serviço de transporte inter-hospitalar. São Luís/MA, 2018.



Fonte:SEMUS.

2.7.4.7 Assistência Farmacêutica(AF)

Realiza a programação de medicamentos, com estimativas das quantidades que devem ser adquiridas para atender determinada demanda de serviços, em um período definido de tempo.

A programação possui influência direta sobre o abastecimento e sobre o acesso ao medicamento. Ou seja, é definir quando e quanto de cada medicamento deve ser adquirido. Essa aquisição consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida. Tem como objetivo suprir as necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo efetividade, mantendo a regularidade do sistema de abastecimento. Etapa que visa assegurar a qualidade dos medicamentos através de condições adequadas de armazenamento e um controle de estoque eficaz, bem como garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento ao usuário.

Quadro 88 - Quantidade de medicamentos e material médico dispensados para as farmácias básicas e hospitalares. São Luís/MA, 2016 e 2017.

DISPENSAÇÃO	2016	2017	2018 (jan-abr)
Medicamentos dispensados para as Farmácias Básicas	7.036.028	5.361.960	4.102.294
Materiais médico – hospitalares e medicamentos dispensados para as Farmácias Hospitalares	16.611.963	12.276.360	5.549.182

Fonte: SEMUS.

A dispensação consiste no ato farmacêutico onde o profissional assegura que o medicamento de qualidade seja entregue ao paciente mediante análise da prescrição, na dose prescrita, na quantidade adequada ao tratamento, acompanhado de informações e orientações.

Considerando que as unidades da rede municipal de saúde ainda não se apresentam informatizadas, esta coordenação já realizou a adesão ao sistema Hórus, que é o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, instituído pela Portaria Nº 271, de 27 de fevereiro de 2013, o qual foi desenvolvido para fornecer informações fidedignas sobre o acesso, o perfil de utilização, a demanda e o estoque de medicamentos e que estamos discutindo junto à Secretaria Adjunta de Administração e Financias a melhor forma de implantação. Vale ressaltar, que MS instituiu a Portaria nº 1.737, de 14 de junho de 2018, que altera a Portaria de consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para regulamentar os prazos máximos para transmissão dos dados compositores da base Nacional de dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica, o qual é de 270 dias contados a partir de 18 de junho do ano corrente (art. 394, inciso V).

Ações desenvolvidas:

- Publicação da Portaria de Medicamentos não Padronizados, que dispõe sobre o processo para aquisição de medicamentos não constante na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais(RENAME), no âmbito da SEMUS. Essa portaria visa nortear as prescrições de forma racional e buscar não comprometer o recurso da AF do município, além de auxiliar nos processos judiciais.

- Aprovação pelo CMS a 1ª Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) do município de São Luís. Esta relação visa nortear a aplicabilidade dos

recursos da AF e é uma orientação do MS, para que cada município estabeleça a sua baseando-se no seu perfil epidemiológico.

- Organização da política de medicamento estratégico da rede municipal de São Luís, com a elaboração e publicação de notas técnicas, somado a centralização de distribuição/dispensação dos medicamentos deste componente – Farmácia do estratégico.

I Nota técnica do Antimoniato de Meglumina (Glucantime) – LeishimanioseViceral

II Nota técnica do Oseltamivir – Doença H1N1

III Organização estrutural do Núcleo de Apoio às Demandas Judiciais (Farmácia do Judicial). Neste item, pretende-se a organização do fluxo de atendimento das demandas judiciais.

IV Termo de cooperação entre a SEMUS x DPE, com a finalidade de melhor atendimento aos assistidos do município de São Luís e minimizar a judicialização contra o município.

V Formação continuada para servidores que exercem suas atividades laborais nas farmácias básicas da rede municipal de saúde, em parceria com a Escola de Governo e Gestão Municipal(EGGEM).

VI Elaboração dos Planos Operacionais Padrão (POP'S) das farmácias da rede municipal de saúde.

2.7.5 Regulação e Controle do Sistema de Saúde

A Superintendência de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria (SCRAA) tem como principais processos de trabalho desenvolvidos por suas equipes, além de instrumentalizar o gestor municipal em suas tomadas de decisões, monitorar ações de programação de procedimentos de saúde, realizar a manutenção do CNES, a regulação do acesso da população aos serviços de saúde da rede própria e referenciada (ambulatorial, hospitalar e Tratamento Fora de Domicílio - TFD), realizar auditorias de todos os serviços de saúde, efetuar recepção e processamento dos dados referente à produção dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde ao SUS, promover a contratação de serviço privado complementar à rede pública de saúde, autorizar serviços de alta complexidade, dentre outros.

Esta Superintendência busca ainda verificar continuamente se os processos em execução e sob sua gestão estão em conformidade com o programado e/ou regulamentado e

se estão ocorrendo ou não inconformidades, mediante parâmetros ou metas previamente estabelecidas, consubstanciadas em legislações ministeriais ou correlatas, sendo estas ações concomitantes ou posteriores aos processos de execução, através de ferramentas de avaliação das áreas técnicas da SCRAA, tais como auditorias in loco, monitoramentos de metas, fiscalizações, controles, planejamentos estratégicos e relatórios dos sistemas de informações do DATASUS/MS.

- ✓ Apoio jurídico à SCRAA

A equipe de Apoio Jurídico à SCRAA tem papel fundamental na orientação das demais coordenações da Superintendência na instrução correta dos processos administrativos e acompanhamentos das unidades que integram a rede contratualizada de saúde pública sob gestão do município de São Luís, como também auxilia o Superintendente no melhor direcionamento dos processos de pagamento, contratação, revisão, realinhamento e rescisão contratual de sua esfera de competência.

- ✓ Programação e avaliação

As ações de programação e avaliação se norteiam em compreensão técnica baseada em legislação de parâmetros de necessidades, como referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde instituídas pelas portarias ministeriais, podendo estes sofrerem adequações de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros, buscando sempre equilibrar a necessidade pela capacidade instalada em conformidade com as normas operacionais e parâmetros das áreas específicas por serviço de saúde e também através da verificação do cumprimento/execução de metas pactuadas entre a SEMUS e os prestadores de serviços assistenciais de saúde.

Em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde e apoio do MS novos estudos estão sendo realizados para melhor compreensão e utilização dos parâmetros da Portaria de Consolidação nº 1 de 28 de Setembro de 2017 - Capítulo II - dos critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (Origem: Portaria MS/GM 1631/2015 – a qual tinha revogado a Portaria nº 1.101/GM/MS de 2002).

Foram realizadas no período de 2014 a 2017 ações de análises, pareceres técnicos e encaminhamentos à CIR e CIB mediante solicitações de habilitações dos serviços de saúde

sob Gestão Municipal em concordância com as exigências operacionais, legislações, políticas e parâmetros nacionais de credenciamentos de serviços junto ao MS.

Durante este período foram habilitadas ou renovadas as habilitações de 36 (trinta e seis) serviços assistenciais em saúde, conforme quadro abaixo:

- ✓ **Habilitações de serviços assistenciais em saúde**

- Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade;
- Referência Hospitalar em Atendimento Terciário a Gestação de Alto Risco;
- Triagem Neonatal Fase IV;
-Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo II;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Hemodiálise;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com Diálise Peritoneal;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia / Neurocirurgia;
- Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia / Neurocirurgia;
- Centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia com Serviço de Oncologia Pediátrica;
- Hospital Geral com Cirurgia Oncológica;
- Oncologia Cirúrgica Hospital Porte A;
- Serviço de Referência Para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero;
- Laqueadura;
- Vasectomia;
- CER - Modalidade Física;
- CER - Modalidade Intelectual;
- CER - Modalidade Auditiva;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional;
- Terapia Nutricional Enteral e Parenteral;
- Transplante de Córnea/Esclera;
- Transplante de Rim;
- Transplante de Fígado;
- Transplante de Coração;
- Banco de Tecido Ocular Humano;

- Exames de Histocompatibilidade Através de Sorologia e ou Biologia Molecular - Tipo II;
- Retirada de Órgãos e Tecidos;
- Transplante de Tecido Músculo Esquelético;
- Cadastramento de Doadores Voluntários de Medula Óssea e Outros Precursores Hematopoéticos;
- Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia;
- UTI II Adulto;
- UTI Neonatal Tipo II - UTIN II;
- Cuidados Intermediários;
- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo);
- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa);
- Videocirurgias;
- Laboratório de Exames Citopatológicos do Colo de Útero - Tipo I.

Considerando a constante atualização das normas e legislações do MS algumas habilitações tiveram alterações em suas nomenclaturas.

Para a melhoria do acesso e dos serviços prestados à população própria e referenciada do município de São Luís, com perspectiva de otimização da demanda nos próximos anos, encontra-se em trâmite nesta SEMUS novas habilitações e atualizações de habilitações de mais 11 serviços assistenciais em saúde, a saber:

- ✓ **Novas habilitações e atualizações de habilitações de serviços assistenciais em saúde que estão em trâmite.**

  - Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama
  - UTI Adulto Tipo II
  - Qualificação de Porta de Entrada Hospitalar de Urgência em Hospital Especializado Tipo II
  - Centro de Referência de Alta Complexidade em Oftalmologia
  - Hospital Dia – Procedimentos Cirúrgicos, Diagnósticos e Terapêuticos
  - Laqueadura e Vasectomia
  - Coleta de Vestígios de Violência Sexual
  - Processo Transexualizador
  - Tratamento de Glaucoma

- Assistência Ventilatória
- Atenção especializada às pessoas com deficiência auditiva

✓ Cadastro

Compete ao Gestor Municipal de São Luís realizar o cadastro e a constante atualização de seus dados diante da base nacional, no que se refere a estabelecimentos de saúde subordinados a essa gestão, incluindo profissionais, equipamentos, serviços, leitos, infraestrutura, equipes e demais informações constantes no estabelecimento, exceto aqueles sob Gestão Estadual e Dupla.

Na estratégia de trabalho do serviço desempenhado pelo cadastro municipal, algumas portarias ministeriais apresentadas no período de 2014 a 2017 tiveram grande impacto para melhoria das ações, destacando-se:

- Portaria Nº 118 de 18 de Fevereiro de 2014: Desativa automaticamente no CNES os estabelecimentos de saúde que estejam a mais de seis meses sem atualização cadastral.

- Portaria Nº 121 de 11 de Fevereiro de 2015: Substituição da atual tabela de vínculos dos profissionais do CNES.

- Portaria Nº 2.022 de 07 de Agosto de 2017: Altera o CNES no que se refere à metodologia de cadastramento e atualização cadastral, no quesito tipo de estabelecimento de saúde.

Quadro89 - Número de estabelecimentos, profissionais, serviços e equipamentos existentes no SUS. São Luís/MA, 2014 a 2017.

Competência	Equipamentos	Serviços	Profissionais	Estabelecimentos
DEZ/2014	3.282	271	18.276	863
DEZ/2015	3.310	268	18.365	906
DEZ/2016	3.414	287	18.804	957
DEZ/2017	4.234	302	19.708	1.036

Fonte: CNES.

Analisando a quantidade de profissionais cadastrados no CNES, na competência de dezembro de 2017, foi observado um total de 19.708, considerando a Gestão Municipal (SUS, Privado e Filantrópicos, além de profissionais com mais de um CBO e diversidade de vínculos) (quadro 89).

A quantidade de profissionais apresentada pelo Setor de Recursos Humanos da Esfera Municipal no período de dezembro de 2017 diverge da quantidade apresentada na Base Nacional CNES, justificada pela presença de profissionais com diversidade de vínculos e CBO (Artigo 02, da Portaria Nº 134 de 04 de Abril de 2011, que trata do cadastramento de profissionais de saúde em exercício). Assim, ao analisar dados profissionais por CPF, verificou-se o total de 9.726 profissionais cadastrados, incluindo Autarquia Municipal e Órgão Público de poder Executivo Municipal.

Parte do alcance dos objetivos da atividade deste serviço depende dos responsáveis pelos estabelecimentos manterem os dados de cadastros iniciados e atualizados conforme Portaria MS Nº 134/2011. Contudo, no aspecto de monitoramento e atualizações de cadastro, a gestão busca como meta atualizar todas as unidades da esfera municipal e autarquia municipal semestralmente, realizando visita in loco e recebendo documentações exigidas para tal processo. Vale destacar que o processo de atualização de cadastro é contínuo, podendo sofrer alterações diariamente.

A partir da Portaria MS Nº 1.559 de 1º de agosto de 2008, foi instituído a Política Nacional de Regulação do SUS (norma consolidada em Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017), a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilitasse a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

No âmbito da Gestão Municipal em São Luís têm-se três formas de Regulação Assistencial dos Serviços de Saúde, tendo como principal objetivo a organização, o controle e o gerenciamento dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

- ✓ Regulação ambulatorial

A regulação dos procedimentos ambulatoriais é exclusivamente de caráter eletivo, ocorre através da Central de Marcação de Consultas (CEMARC), utilizando o Sistema Nacional de Regulação (SISREG)onde os agendamentos são todos realizados de forma digital.

A SEMUS com o objetivo de atender os encaminhamentos dos usuários atendidos na AB, média e alta complexidade, além de atendimentos oriundos de unidades não SUS, conta com 23 unidades de saúde, com serviços de autorização de consultas, exames laboratoriais, radiológicos (incluindo raios-x, tomografia, ressonância magnética, ultrassonografia, mamografia), exames oftalmológicos e outros (quadro 90).

Quadro 90 - Unidades de Saúde com serviços de autorização de consultas e exames. São Luís/MA, 2018.

Unidades de Saúde	
1. Unidade Marcadora Central (exclusiva para atendimento a Idosos e Portadores de necessidades especiais)	13. Centro de Saúde Quebra Pote
2. Unidade Mista Bequimão	14. Centro de Saúde Santa Bárbara
3. Unidade Mista Coroadinho	15. Centro de Saúde Tibiri
4. Unidade Mista São Bernardo	16. Centro de Saúde Vila Itamar
5. Unidade Mista Itaqui-Bacanga	17. Centro de Saúde Vila Maranhão
6. Centro de Saúde Amar;	18. Centro de Saúde Vila Esperança
7. Centro de Saúde Cohab Anil	19. Hospital da Mulher
8. Centro de Saúde Fabriciana de Moraes (Cid. Operária)	20. Hospital Aldenora Belo
9. Centro de Saúde São Cristóvão	21. APAE
10. Centro de Saúde Salomão Fiquene; (Cohatrac)	22. Santa Casa de Misericórdia.
11. Centro de Saúde Estiva	23. Maternidade Maria do Amparo
12. Centro de Saúde Nazaré Neiva (São Raimundo)	

Fonte: SEMUS

Para garantir a integralidade da oferta foram realizados diversos avanços como o projeto de implantação do Sistema de Regulação de Consultas (SISREG) do MS, o qual aumentará o controle sobre os agendamentos, acompanhamentos, dando subsídios para as unidades de saúde visualizarem os serviços oferecidos, gerando aumento de oferta e diminuição das filas de espera e atendimento. Com isso, facilitando o acesso da população

aos serviços públicos de saúde do município de São Luís. Demonstra-se no quadro abaixo, o quantitativo de Ações de Atendimentos da Regulação Ambulatorial no período de 2014-2017 (quadro 91).

Quadro 91 - Número de usuários atendidos e procedimentos realizados, por meio da regulação ambulatorial, na gestão municipal. São Luís/MA, 2014-2017.

ANO	USUÁRIOS	PROCEDIMENTOS
2014	169.191	1.259.523
2015	164.147	1.252.719
2016	177.459	1.431.515
2017	172.679	1.368.317

FONTE:SCRAA.

A implementação do SISREG, sistema on-line, permitirá o gerenciamento de todo o Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. O sistema proposto pelo MS tem o objetivo de dar suporte tecnológico às Secretarias Municipais e Secretarias Estaduais de Saúde, além de ter um ambiente com informações atualizadas e com alta disponibilidade e facilidade de acesso.

Outra plataforma a ser implantada é o “Meu digiSUS”, que trata de uma nova plataforma móvel e de serviços digitais (um aplicativo) oficial do MS, onde o cidadão terá acesso às suas principais informações de saúde (Disponivel em: http://www.saude.gov.br; https://mobilems.saude.gov.br/), destacando-se:

- “Atendimento SUS” - é possível visualizar no SISREG os agendamentos de consultas e procedimentos realizados pelo cidadão na AB, média e de alta complexidade. Permite que os atendimentos sejam avaliados ou, ainda, que o MS seja informado quando o atendimento não for realizado.

- "Minha Saúde" - irá mostrar as informações gerais do cidadão, como lista de medicamentos que foram recebidos pelo programa "Aqui tem Farmácia Popular", lista de vacinas recebidas e outras novidades, dentre as quais se destacam a possibilidade de consultar a posição na lista de transplantes e denunciar o lançamento indevido de medicamentos em seu nome.

- "Serviços de Saúde" – essa informação permitirá consultar estabelecimentos de saúde próximos a sua localidade ou pelo tipo, além de permitir adicionar aos favoritos os mais relevantes.

Para garantir a segurança dos seus dados de saúde, em seu primeiro acesso, o cidadão deverá dirigir-se a uma unidade de saúde para atualizar seus dados no cadastro do Cartão Nacional de Saúde. Feito isso, poderá realizar seu cadastro seguindo as instruções de acesso no aplicativo**.**

A partir de 2018, com as mudanças de sistemas, gestão e processos na CEMARC foram percebidas diversas mudanças (quadro 92).

Quadro 92–Melhora dos processos de trabalho na central de marcação de consultas. São Luís/MA. 2018.

Antes	Atual
Desarticulação e descontinuidade no fluxo de agendamento	Melhorias no fluxo de agendamento
Filas extensas e pernoite dos usuários	Redistribuição de locais de marcação de atendimentos, com ampliação na oferta e acompanhamento das cotas de consultas
CEMARC Alemanha com agendamento de público específico	CEMARC Alemanha com atendimento exclusivo a grupos correspondentes à prioridades contempladas na legislação
Desconhecimento da oferta	Unidades com conhecimento oportuno das vagas disponibilizadas dentro do sistema
Desconhecimento do absenteísmo	Gestão de relatórios e acompanhamento em tempo real dos agendamentos realizados
CNES das unidades desatualizados	Melhoria na regulação ambulatorial, com melhora no processo de atualização do CNES

FONTE:SCRAA.

A partir dessas melhorias e implementação do novo sistema de regulação ambulatorial haverá qualificação da gestão e otimização do acompanhamento dos processos regulatórios com possibilidade de aumento de oferta em 30%, proporcionando um melhor atendimento da regulação do acesso aos serviços assistenciais em saúde, tornando-os mais dignos e humanizados à população própria e referenciada.

- ✓ Regulação hospitalar

A Central de Regulação de Leitos da SEMUS atualmente é interligada à Central Integrada de Leitos (CIL), conforme Acordo de Cooperação Técnica Nº 001/2017. O funcionamento da CIL se dá nas dependências do Hospital de Referência Estadual de Alta Complexidade Dr Carlos Macieira, durante 7 (sete) dias da semana e 24 horas por dia.

O sistema da CIL, coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde - SES/MA, operacionaliza a regulação e transferência dos pacientes para os leitos de retaguarda disponíveis nas Unidades de Saúde do SUS sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde e gestão da SEMUS, em consonância com diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Regulação pela Portaria nº 1559 GM/MS de 01 de agosto de 2008, de forma compartilhada entre SES e SEMUS.

A central de internações hospitalares é configurada com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros. Com a regulação prévia das internações hospitalares, o médico regulador avalia a capacidade resolutiva do hospital de origem e apenas decide pela transferência interhospitalar ou intermunicipal, caso os recursos locais sejam insuficientes para o atendimento qualificado ao usuário.

No período de 2014 a 2017, a regulação hospitalar sob a gestão municipal, por meio da SCRAA, registrou os seguintes procedimentos (quadro 93).

Quadro93 - Usuários atendidos por meio da regulação na gestão municipal. São Luís/MA, 2014-2017.

ANO	QUANTITATIVO DE SOLICITAÇÕES DE LEITO[1]	QUANTITATIVO DE PACIENTES ATENDIDOS[2]	%
2014	3.026	340	11,24%
2015	3.341	645	19,31%
2016	3.117	348	11,16%
2017	4.624	893	19,31%

FONTE: CIL.

[1]Número de solicitações por internações, reinternações de leitos/transferências recebidos pela Central)

[2]Número de solicitações atendidas e referenciadas pela equipe da Central)

Diante deste cenário, a Central de Regulação de Leitos enseja aumentar a proporção de atendimentos às solicitações por leitos, com o intuito de aumentar gradativamente o acesso do usuário em tempo oportuno, adequado e seguro ao recurso necessário. Diante da demanda crescente por Cuidados em Média e Alta Complexidade, objetivamos:

- Aumentar a rotatividade de leitos, através da adoção de protocolos e políticas institucionais em parceria com os hospitais, adequando a gestão de linha de cuidado, onde o Tempo Médio de Permanência (TMP) é utilizado como ferramenta de gestão da qualidade do cuidado oferecido em tempo esperado, fazendo parte do rol de indicadores de desempenho institucional (Conforme Portaria MS Nº 312/2002)

- Promover interação com a governança clínica através da interação da Direção Clínica/Técnica do Estabelecimento para adoção dos Rounds Terapêuticos Multidisciplinares para acompanhamento Plano Terapêutico Singular (PTS), onde se otimiza a gestão do cuidado e a segurança do paciente, desde o momento da admissão, transição do cuidado e alta hospitalar;

- Implantar Normas e Rotinas de Gerenciamento de Leitos através da sinalização das previsões de altas hospitalares, otimizando o processo de liberação/giro de leitos;

- Implantar o sistema CIL em todas as unidades de saúde, afim padronizar o processo gestão dos Leitos com a finalidade de diminuir o tempo de espera para atendimento das solicitações por transferência do paciente.

Projeção para otimização na Central de Leitos para otimização na liberação/regulação de leitos;

- Mapeamento da Capacidade Instalada e Recursos Tecnológicos Disponíveis, baseados em Cálculos de Parâmetros (Portaria MS Nº 1.631/2015);

- Equipes especializadas e qualificação do corpo clínico;

- Implantar/ Implementar de maneira sistemática o CENSO HOSPITALAR, com o objetivo de acompanhar os indicadores de eficiência do Processo de Internação Hospitalar;

- Definição de critérios de Gravidade dos pacientes, com adoção de Scores de Alerta Precoce, como por exemplo, MEWS (ModifiedEarlyWarning Score);

- Adoção e Monitoramento de Indicadores de Desempenho ressaltando Estrutura, Processo e Resultado.

- ✓ Tratamento Fora de Domicílio (TFD)

O TFD, instituído pela Portaria/SAS/Nº 55 de 24 de fevereiro de 1999 é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, assistência em saúde a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem quando esgotado todos os meios de atendimento.

O Serviço prestado através do TFD desta SEMUS tem como objetivo proporcionar atendimento em saúde nos níveis de média e alta complexidade aos municípios do Estado, de acordo com a pactuação vigente, PPI 2004, buscando dar maior resolutividade a todas as solicitações encaminhadas, elaborando e respeitando os processos de trabalho que contribuam para a melhoria do acesso dos usuários destes municípios, sempre em consonância com a Legislação Federal que regulamenta o TFD, bem como favorecer também uma maior orientação aos municípios no tocante à organização do TFD local visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde recebidos diariamente e de acordo com a proposta de regionalização de nosso Estado.

O Serviço de TFD oferece consultas, exames e tratamentos ambulatoriais, hospitalar/cirúrgico previamente agendados em sistemas de regulação da SEMUS segundo regras e critérios estabelecidas para o processo de admissão e atendimento em TFD (quadro 94).A referência interestadual nas áreas e assistências em saúde que não possuem atendimento previsto no município de São Luís é encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde.

Quadro 94 - Atendimentos realizados pelo TFD. São Luís/MA, 2014 a 2017.

ANO/COMPETÊNCIA	QUANTITATIVO DE ATENDIMENTOS
2014	55.700
2015	94.198
2016	64.002
2017	56.833

FONTE:SCRAA

Convêm considerar que no período de 2014-2017, na gestão municipal de saúde, foi registrado em sistema ambulatorial SIA/SUS, pelos instrumentos de registros de produção com identificação de procedência do paciente, que destes 23,64% dos procedimentos atendidos em São Luís foram de pacientes advindos de outros municípios/estados, e em âmbito hospitalar, o total foi de 41,28% de pacientes atendidos advindos de outros municípios/estados.

Algumas especialidades médicas solicitadas por meio do TFD encontram maior dificuldade para o atendimento, tanto da rede pública quanto da rede conveniada com a SEMUS, devido à escassez de profissionais e equipes técnicas especializadas para atuação e cobertura da demanda assistencial própria e referenciada. Dentre estas, destacam-se: Consultas nas áreas de Ortopedia Infantil e Adulto, Mastologia, Gastropediatra, Nefrologia Infantil, Cirurgia Plástica Adulto e Infantil, Endocrinologia Infantil, Bucomaxilo, Cirurgia Vascular Adulto e Pediátrico, Cardiopediatria, Coloproctologia, Cirurgia Cabeça e Pescoço Adulto e Infantil, Neurocirurgia, Neurologia Clínica e Neuropediatra, e Exames de Teste Ergométrico, Ecocardiograma Adulto, Endoscopia, Colonoscopia, Cintilografias, considerando a escassez de profissionais e equipes técnicas especializadas para atuação e cobertura da demanda assistencial própria e referenciada.

Entretanto a oferta de consultas e procedimentos desta SEMUS pelo TFD, conforme metas físicas estabelecidas em PPI 2004, a pacientes não residentes em São Luís, destacam-se as consultas nas áreas de Pneumologia, Oftalmologia, Pediatria, Dermatologia, Gastroenterologia, Ortopedia, Psiquiatria, Neurologia, Endócrino, Urologia, Infectologia, Nefrologia, Cirurgião Geral, Hematologia, Oncologia Cínica, Reumatologia, Otorrinolaringologia, Coloproctologia, Mastologia, Neurocirurgia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Bucomaxilofacial, entre outras, e também exames diagnósticos em especialidades, radioterapia, quimioterapia, terapias especializadas, laboratório em geral, exames radiológicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista, anatomia patológica e citopatologia, ressonância, tomografias, endoscopias, etc.

A meta do serviço de TFD para o quadriênio 2018-2021 é atender a todas as solicitações que chegarem dos municípios, realizando o agendamento dos procedimentos solicitados, sempre mediante a disponibilidade de vagas nos sistemas CEMARC e SISREG, com aprimoramento da gestão do sistema de saúde através da melhoria da gestão de processos, da regulação sobre os fluxos de pacientes, da qualidade da informação em saúde, fortalecendo as ações de regulação, controle, monitoramento, avaliação e auditoria,

garantindo acesso mais adequado aos serviços de média e alta complexidade e disponibilização de mais equipamentos e estrutura de atendimento de acordo com o crescimento da população.

- ✓ Análise e processamento de informações do SIA/SIH

O Serviço de Processamento de Informações do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e SIA da SCRAA/SEMUS é responsável por realizar o processamento da produção ambulatorial e hospitalar das unidades de saúde sob gestão municipal, como também, planejar, coordenar e avaliar a produção de dados de saúde e sistemas operacionais do SUS implantados, colaborar com as unidades de saúde na implantação de sistema de coleta de dados, organizar e atualizar as fontes de informações informatizadas (SIA e SIH), gerar e emitir a série numérica de Autorização de Internação Hospitalar(AIH) e Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) das autorizações de procedimentos em saúde, manter atualizadas as Programações Física Orçamentárias (FPO) dos estabelecimentos prestadores de serviços SUS e elaborar relatórios periódicos de informações relacionadas aos indicadores de produção e gerenciamento das metas físicas e financeiras (quadro 95).

Quadro 95 - Ações realizadas, SCRAA. São Luís/MA, 2014 a 2018.

ANO	Unidades de Saúde com FPO Programada	Unidades de Saúde com Produção Processada	%
2014	140	115	82%
2015	144	116	81%
2016	145	117	81%
2017	145	119	82%

Fonte: SCRAA.

Encontra-se em transição o processo de recepção da Produção Ambulatorial e Hospitalar por meio magnético para entrega via email. A SCRAA realiza capacitação de profissionais atuantes na área de registros de produção, como também, mantém atualizado os sistemas de captação de informação de todas as unidades de saúde, tendo sempre disponível os Relatórios Gerenciais dos Sistemas de Informação também para as áreas técnicas da SEMUS e demais órgãos públicos que necessitem das referidas informações.

- ✓ Auditoria

O Processo Auditoria é visto como um meio de ampliar o diálogo com as políticas públicas de modo a gerar melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem-estar social, e no acesso e na humanização dos serviços. Nesta perspectiva, o serviço de Auditoria se apresenta como ferramenta essencial para o gestor público na melhoria continua do seu processo de gestão através do acompanhamento, avaliação, controle e feedback das ações e serviços públicos

Consoante a Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores, a auditoria é o exame das operações, atividades e sistemas de determinada entidade, com vistas a verificar se são executados ou funcionam em conformidade com determinados objetivos, orçamentos, regras e normas (BRASIL, 2017). Pode ser conceituada também como o processo de exame independente de determinadas situações, objetivando a emissão de juízos sobre a conformidade com padrões, que são denominados de critérios de auditoria.

A atividade de auditoria, realizada no âmbito das unidades de auditoria em saúde, é crucial para a melhoria da qualidade das ações e dos serviços no SUS. Os relatórios produzidos pelas auditorias materializam-se em instrumentos utilizados para detectar irregularidades e oportunidades de melhoria na gestão do SUS, desde que elaborados observando-se princípios, métodos e técnicas apropriados. Por isso, constitui-se em um produto relevante, um instrumento informativo e construtivo, de alta credibilidade pública, reconhecidamente imprescindível na tomada de decisões dos gestores de todas as esferas do SUS.

A Coordenação Municipal de Auditoria da SCRAA, no município de São Luís-MA, foi implantada em dezembro de 2017, com o objetivo principal de promover a padronização dos processos de trabalho, qualificação, reformulação e normatização das ações de Auditoria em Saúde, contribuindo para a mudança sistêmica na cultura do “Processo Auditoria”, no entanto, focando em produtividade, alta performance e resultados.

Surgiu neste novo cenário, o enfoque na Construção de uma “Cultura de Inovação” cujo reflexo é perfil da Superintendência (SCRAA), estabelecendo uma mudança crescente e consistente na sinergia dos Processos de Trabalho, estabelecendo e fortalecendo o Nível Tático (Coordenações) e Nível Operacional.

Neste contexto, encontra-se em fase de Elaboração a Proposta para a implantação do “Planejamento Estratégico” com a definição de Missão, Visão, Valores, assim como a

estruturação de um Sistema de Métricas e Indicadores, cuja função principal é subsidiar ao gestor para a tomada de decisões assertivas.

Atualmente o Serviço de Auditoria Municipal conta com um quantitativo de 38 auditores. Sendo que, 24 auditores são do quadro de servidores efetivos da SEMUS e os demais dos quadros de cargos comissionados e contratos temporários (quadro 96).

Quadro 96 - Número de auditores, segundo formação, SCRAAS. São Luís/MA, 2018.

FORMAÇÃO	QUANTITATIVO
Enfermeiros	4
Fisioterapeutas	3
Médicos	25
Odontólogos	2
Administrador	3
Sanitarista	1
TOTAL	**38**

Fonte: SCRAA.

A Auditoria Municipal propõe realizar suas atividades por meio de controle e acompanhamento da produção ambulatorial e hospitalar, além de visitas in loco realizadas periodicamente, desempenhando papel fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados pelo SUS.

Foi proposto um novo organograma funcional, o qual se encontra em estudo para implementação, objetivando estabelecer um novo perfil estratégico para o setor de auditoria, subdividindo os processos de trabalho: Supervisão Distrital (nível tático), Escritório de Qualidade e Supervisão de Processos e Ouvidoria, e também proposta a Institucionalização da Coordenação Municipal de Auditoria, cujo principal objetivo é Unificar e Qualificar o "Processo AUDITORIA", padronizando e implementando novos processos de trabalho, reformular as ações da Auditoria e proporcionar uma mudança de paradigma, focando na produtividade, alta performance e resultados

Entre as atividades executadas pelos auditores, estão as Auditorias propriamente ditas, Visitas Técnicas, Pareceres Técnicos e Orientações Técnicas, Perícias Médicas para liberação de Exames de Média e Alta Complexidade, Perícia em Buco-Maxilo, Autorização-Regulação de Procedimentos Ambulatoriais e Cirurgias em Oftalmologia através do SISREG pelo time de Médicos Auditores-Reguladores, dentre outras.

Foi implementado o Componente Municipal de Auditoria (CMA) - Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS), com a publicação do Decreto Nº 50.645 de 10 de abril de 2018 e também do Regimento Interno da Auditoria no Diário Oficial.

O Serviço de Auditoria da SCRAA/SEMUS tem como perspectivas para quadriênio de 2018-2021 o aprimoramento dos formatos de Relatórios Mensais, buscando uniformidade, eficiência e efetividade neste processo, além da necessidade de adequar a metodologia de trabalho atual com a metodologia habilitada recentemente como componente municipal de auditoria – DENASUS, com realização de treinamentos contínuos, para capacitação no Sistema Nacional de Auditoria (SISAUD), programado para o mês de Outubro/2018 e consolidação do Componente Municipal de Auditoria, uma ferramenta essencial de apoio ao gestor na melhoria continua do processo de gestão, consubstanciando a transparência na realização dos serviços e na transferência de recursos.

Por fim, são eixos estratégicos da SCRAA a participação, comunicação, captação e produção de conhecimento por meio do desenvolvimento de suas ações estratégicas e intersetoriais, com mobilização e qualificação nos processos de formulação, implementação e gestão das políticas públicas.

2.7.6Vigilância em saúde

A Portaria nº 1.378/2013 define VS como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a 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 saber:

- A vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

- A detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;

- A vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;

- A vigilância das CDNT, dos acidentes e violências;

- A vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;

- A vigilância da saúde do trabalhador;

- Vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e

- Outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

2.7.6.1 Vigilância Epidemiológica

A VE consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Estratégias de prevenção e programas de controle específico de doenças requerem informações confiáveis sobre a situação dessas doenças ou seus antecedentes na população atendida. Sistemas de vigilância, portanto, são pessoas e atividades que mantêm esse processo e podem funcionar em níveis locais e internacionais. São funções da vigilância epidemiológica:

- Coleta de dados;

- Processamento de dados coletados;

- Análise e interpretação dos dados processados;

- Recomendação das medidas de controle indicadas;

- Retroalimentação do sistema;

- Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;

- Divulgação de informações pertinentes.

Por algum tempo prevaleceu à ideia de que a epidemiologia restringia-se ao estudo de epidemias de doenças transmissíveis. Hoje, é reconhecido que a epidemiologia, enquanto ciência trata de qualquer evento relacionado à saúde (agravo ou doença) da população. Suas aplicações variam desde a descrição das condições de saúde da população, da investigação

dos fatores determinantes de doenças, da avaliação do impacto das ações para alterar a situação de saúde até a avaliação da utilização dos serviços de saúde, incluindo custos de assistência. A epidemiologia contribui para o entendimento da saúde da população, partindo do conhecimento dos fatos que a determinam e provendo, consequentemente, subsídios para a prevenção das doenças.

A VE no município de São Luís apresenta as subáreas:

✓ Divisão de Doenças Transmissíveis (DT): responsável pelas ações de VEdos seguintes agravos/ programas/serviços:

- Programa de Controle do atendimento antirrábico humano;
- Programa de Controle das Arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika);
- Programa de Controle de Doenças Exantemáticas;
- Programa de Controle Hanseníase;
- Programa de Controle Tuberculose;
- Programa de Controle Esquistossomose;
- Programa de Controle de Leishmaniose;
- Programa de Controle de Leptospirose;
- Programa de Controle de Malária;
- Programa de Controle de Meningites;
- Vigilância da Paralisia Flácida Aguda;
- Vigilância dos óbitos infantis e em mulheres em idade fértil;
- Vigilância de doenças imunopreviníveis;
- Vigilância de doenças ocupacionais;
- Monitoramento de doenças diarréicas;
- Coordenação dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

✓ Divisão de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

Tem como eixos estruturantes: DCNTs, violências e acidentes. Responsável por atividades relacionadas à promoção da saúde e prevenção de DANTs. Além de desenvolver ações educativas; participar de campanhas de mobilização social, para incentivo a prática de atividade física e estímulo à cultura de paz; e implementar articulação com instituições públicas, filantrópicas e privadas, com vistas ao desenvolvimento de promoção e prevenção das DANTs. Coordena também as atividades dos Polos de Atividade Física e Incentivo à

Alimentação Saudável: Parque do Bom Menino; Vinhais, em parceria com a Secretaria Municipal de Segurança Alimentar (SEMSA); e Coroadinho, em parceria com o Centro de Saúde Carlos Macieira.

As DCNTs são as principais causas de mosbimortalidade no mundo, e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral. Caracterizam-se por ter uma etiologia complexa, com muitos fatores de risco, longo período de latência, curso prolongado da doença clínica e origem não infecciosa e, também, por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais. Sua ocorrência é muito influenciada pelos estilos de vida, assim como pelas desigualdades sociais. Os quatro principais grupos de DCNTs são as doenças do aparelho circulatório, o câncer, o diabetes e as doenças respiratórias crônicas.

O município desenvolve o "Dia Mundial da Saúde", que consiste em uma oportunidade importante de alertar a sociedade civil para temas-chave na área da saúde que afetam a humanidade, além de desenvolver atividades com vista à promoção do bem-estar das populações, tal como a promoção de hábitos de vida saudáveis. E também o "Dia Mundial da Atividade Física", que visa promover a prática de atividade física junto da população, assim demonstrar os benefícios da mesma à população.

Referente à violências, tem o sistema de VIVA, importante iniciativa para o enfrentamento dessa problemática no contexto do SUS, no Brasil.O VIVA foi estruturado em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo) e o componente 2 que trata da vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela).

O município de São Luís implantou o inquérito VIVA em 2008. Em 2017, para realização do mesmo foi realizada uma parceria com a Faculdade Estácio de Sá, sendo selecionado um total de 90 alunos para a atribuição de pesquisadores. Foram realizados um total de 2116 (duas mil cento e dezesseis) entrevistas. A pesquisa ocorreu no período de 5 de outubro a 3 de novembro (tabela 66).

Tabela 65- Resultado do Inquérito Viva, por unidade de saúde. São Luís/MA, 2017.

UNIDADE DE SAÚDE	TOTAL
Hospital Clementino Moura	484
Hospital D. marques	694

UPA Cidade Operária	261
UPA Araçagi	677
TOTAL	2116

Fonte: SVES

Os dados mostram que foram notificados, entre 2013 e 2017, 3.585 casos de violência, por meio de 35 unidades notificadoras na rede de saúde de São Luís. Contudo, observa-se que ocorrem subnotificações, o que dificulta a identificação mais fidedigna da situação de violências. Desta forma, a VE tem o papel de implantar/implementar a notificação na rede de saúde, contribuindo para subsidiar os mecanismos de medidas preventivas e protetivas. Percebe-se que no ano de 2016, houve melhora nas notificações, fato esse que se deve à intensificação das capacitações *in loco* e monitoramento (tabela 67 e tabela 68).

Tabela 66 - Casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada. São Luís/MA, 2013 a 2017.

ANO DA NOTIFICAÇÃO	TOTAL
2013	387
2014	432
2015	933
2016	1034
2017	799
TOTAL	**3585**

Fonte: SVES /SEMUS

Tabela 67 - Casos notificados de violência interpessoal e autoprovocada, por unidade de saúde. São Luís/MA, 2013 a 2017.

UNIDADE DE SAÚDE NOTIFICADORA	2013	2014	2015	2016	2017
2310066 Centro de Assistência D João Antonio Farina	27	3	0	7	4
5107911 Centro de Atenção Integral A Saúde do Idoso	14	1	1	3	0
2697998 Centro de Especialidades Medica do Filipinho	0	0	0	1	0
2310023 Centro de Saúde de Fátima - SAE	0	2	0	0	0
2455811 Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/HIV/AIDS	0	0	0	0	1
2456826 Centro de Testagem e Aconselhamento em	0	0	0	0	1

DST/HIV/AIDS					
2702886 Complexo Hospitalar Materno Infantil do Maranhão	0	0	0	2	2
5457068 Hospital Aliança	1	0	0	0	0
2697688 Hospital Comunitário Nossa Senhora da Penha	0	0	1	1	0
2646668 Hospital da Criança	0	0	12	1	0
2458799 Hospital da CriançaDr. Odorico Amaral de Matos	4	37	348	608	256
5446546 Hospital da Mulher	20	0	1	11	5
2646536 Hospital de Câncer do MaranhãoDr.Tarquínio Lopes Filho	0	0	0	1	0
2464594 Hospital de Ref.Est. de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira	0	0	3	8	1
3344614 Hospital Geral da Vila Luizão	0	0	2	0	2
6913652 Hospital Guarás	0	0	3	0	1
2308800 Hospital Municipalde Urg. e Emerg. Clementino Moura - Socorrão II	24	126	267	86	72
2308762 Hospital Municipal Djalma Marques - Socorrao I	109	84	93	68	82
2457768 Hospital Nina Rodrigues	0	0	0	0	18
2458292 Hospital Presidente Vargas	0	0	0	0	1
2308665 Hospital São Domingos	4	17	5	15	8
2726653 Hospital UniversitárioHUUFMA	127	94	144	175	241
2309254 Maternidade da Cohab Maternidade Marly Sarney	42	21	29	9	25
2457784 Pronto Socorro do Anil	0	0	0	0	7
2697955 Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho I	1	3	1	7	6
6165397 Unidade de Pronto Atendimento Socorrinho II	0	1	1	2	5
9144706 Unidade de Saúde 24 Horas da Zona Rural	0	0	0	7	2
2456907 Unidade Mista de São Bernardo	0	0	2	2	10
2464276 Unidade Mista do Bequimão	1	1	9	6	7
2455773 Unidade Mista do Coroadinho	1	3	0	1	5
2456915 Unidade Mista Itaqui Bacanga	0	0	3	2	1
6851312 UPA Cidade Operaria	0	21	7	5	6
6568734 UPA Itaqui Bacanga	0	0	0	3	11
6826393 UPA Parque Vitoria	12	18	0	2	18
6851304 UPA Vinhais	0	0	0	1	1
TOTAL	**387**	**432**	**933**	**1034**	**799**

Fonte: SVES /SEMUS

Foi implantado em 2011 o Projeto Vida no Trânsito, sendo de responsabilidade da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Sanitária (SVES)/DANTs. No desenvolvimento deste projeto foi criado o Comitê Municipal para o Planejamento e Desenvolvimento do Projeto Vida no Trânsito, por meio da Portaria nº 468, de 02 de outubro de 2012, constituído por 17 instituições, dentre elas: esfera federal, estadual, municipal e não- governamental.

Dentre as ações do Comitê Interinstitucional do Projeto Vida no Trânsito, foi realizada, em 2014, a Semana Nacional do Trânsito, com atividades educativas e mobilização social em escolas, empresas de transporte e faixas de pedestre, e finalização das atividades com passeio ciclístico envolvendo sociedade civil e as instituições públicas.

No ano de 2015, ocorreu ampliação de parcerias, com Universidades e Sindicatos dos Taxistas e Motociclistas, tornando as ações mais diversificadas, com o propósito de sensibilizar motoristas e pedestres para um trânsito mais seguro. Foi realizado pela SVES em parceria com o SEST/SENAT, o primeiro seminário para motoristas de órgãos públicos.

Em 2016, foi iniciada a implantação do banco de dados de acidentes. Essa ferramenta é essencial para favorecer a construção do diagnóstico da situação de segurança viária de do município. Sendo de responsabilidade da Subcomissão do Banco de Dados: DANTs/SVES, SMTT, DETRAN, sistemas de segurança no trânsito, CIOPS, SAI, SIH, Superintendência de Informação em Saúde, SIM, SAMU, Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques - Socorrão I).

As atividades do projeto, no ano de 2017, contemplaram mobilizações como: ações educativas, em faixa de pedestre e Semana Nacional do Trânsito. Além dessas ações, houve monitoramento e capacitação da equipe, pelo MS. A análise do banco de dados favoreceu a identificação mais fidedigna da informação sobre situação de morbimortalidade relacionadas ao trânsito. Após análise no banco de dados, verificou-se a ocorrência, em São Luís, de 115 óbitos em 2016 e 100 em 2017, em consequência do trânsito.

- ✓ Divisão de Imunização

O município de São Luís busca, junto às unidades de saúde, assegurar adequada e oportuna imunização da população, com a oferta dos imunobiológicos contemplados nos Calendários Nacionais de Vacinação.

A Divisão de Imunização tem como principais atividades a normatização das ações e atividades do Programa Nacional de Imunização (PNI), no município. Incluindo

organização/manutenção da rede de frio, distribuição e monitoramento dos imunobiológicos, além de insumos (impressos, seringas, agulhas).

Quando necessário, realiza avaliação e conduta frente notificações de alterações de temperatura, com exposição de imunobiológicos distribuídos às unidades de saúde. Também supervisão das salas de vacina, com suporte técnicos às unidades de saúde, e realização de capacitações dos profissionais de rede de saúde do município. E suporte nas notificações/investigações de eventos adversos pós-vacina.

No município são 63 salas de vacinação, distribuídas em 07 Distritos Sanitários, além de 01 Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). Dentre os sistemas de informações trabalhados, tem-se Sistema de Informação do PNI (SI-PNI), Sistema de Informação dos Eventos Adversos Pós Vacina (SI-EAPV), Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES).

As coberturas vacinais no município mantiveram-se oscilante nos anos de 2014 a 2017, com menores percentuais no ano de 2017. O que pode ter sido influenciado pela baixa cobertura de AB no município, e também por constantes desabastecimentos de imunobiológicos, no nível nacional, desde o ano de 2015 (tabela 69).

Tabela 68 - Cobertura vacinal em crianças de um ano de idade. São Luís/MA, 2013 a 2017.

IMUNO	2013	2014	2015	2016	2017
Pentavalente	82,75	77,95	87,20	85,13	70,20
Pneumocócica 10	75,16	71,80	85,10	89,78	76,56
Poliomielite	104,10	81,17	104,60	78,48	66,15
Triplice Viral	106,27	115,88	92,64	112,51	84,65

Fonte: SI-PNI

2.7.6.2 IST/AIDS e hepatites virais

São objetivos da Coordenação Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais:

- Elaborar, monitorar e acompanhar o Planejamento Estratégico para o controle, vigilância e promoção da atenção as IST, AIDS e Hepatites Virais bem como os Planos de Ações e Metas anuais para o enfrentamento da epidemia;

- Gerenciar a resposta local frente à epidemia de IST / AIDS, Sífilis e Hepatites Virais com a viabilização de ações para a sensibilização, mobilização e informação sobre prevenção das IST / AIDS e Hepatites Virais e promoção da saúde junto à população;

- Executar atividades de vigilância epidemiológica, tais como, monitoramento das notificações, sistemas de informação SINAN, vigilância dos óbitos, dos agravos Sífilis, AIDS e Hepatites virais, além de integração com outros bancos de dados SIM, SINASC, Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC).

- Contribuir na definição de diretrizes e prioridades da política municipal de IST, AIDS e Hepatites Virais;

- Realizar e matriciar o processo de descentralização para a rede municipal de saúde, das ações de prevenção, assistência, diagnóstico e tratamento as IST / AIDS e Hepatites Virais em conformidade com as pactuações e protocolos clínicos vigentes;

- Contribuir na fomentação junto a Rede de Saúde para a implementação da política de humanização e a qualidade da assistência prestada às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS IST e Hepatites Virais no município;

- Articular atividades com outras áreas técnicas, outros espaços governamentais e não governamentais, para implantação e implementação das diretrizes políticas definidas para o controle da epidemia;

- Realizar Supervisão sistemática nas unidades de saúde de São Luís no qual possui atendimentos de prevenção, controle, vigilância, tratamento diagnostico e assistência as IST, AIDS e Hepatites Virais.

- Analisar o perfil epidemiológico dos agravos notificados e elaborar o boletim epidemiológico do município;

- Realizar a farmacovigilância através dos sistemas de monitoramento.

- Realizar treinamentos, apoio técnico e educação continuada para os profissionais de toda a rede de saúde e de instituições parceiras;

- Fomentar e estabelecer parcerias com Organizações da Sociedade Civil (OSC), e empresas privadas para o fortalecimento das respostas comunitárias.

Os serviços em IST AIDS e Hepatites Virais ofertados na Rede de Atenção Primaria em São Luís realizam atendimentos ambulatoriais e ações executados pelas equipes Multidisciplinar para o controle das IST, AIDS e Hepatites Virais:

- Realiza Manejo Clinico das IST’s, garantindo consulta sem agendamento aos casos de IST’s sintomáticos, tratamento, aplicação da penicilina na unidade e dispensação de medicamentos para IST’s;

- Solicita exames de IST’s conforme recomendações do protocolo de manejo clínico as IST’s;

- Realiza teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatites B e C por punção digital, para população em geral;

- Encaminhamento para Testes confirmatórios laboratoriais de Sífilis, Hepatites B e C;

- Vinculação de resultados positivos para HIV assintomático e sintomático e Hepatites B e C, conforme fluxo de referência do município;

- Realizar visitas domiciliares (Quando autorizado pelo usuário do SUS) para atenção e cuidado das pessoas vivendo com HIV AIDS e Hepatites Virais oferecendo atendimentos básicos, conforme protocolos vigentes do MS;

- Institui ações de prevenção para Exposição Ocupacional e divulgar o fluxo e realizar vinculação de atendimento para exposição ocupacional e não ocupacional;

- Identifica espaços e realiza parcerias para disponibilização de insumos de prevenção (preservativos e lubrificantes) nas áreas de abrangência das unidades;

- Oferta de insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos e lubrificantes);

- Institui agenda de Trabalho de campo com as populações-chave e prioritárias em espaços identificados de sociabilidade de sua área adstrita;

- Oferta de vacinas para HPV e Hepatite A e B;

- Participa das Macro – campanhas pontuadas pelo Ministério as Saúde, Estado e Município;

- Realiza notificação dos casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST’s;

-Possui uma referência técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB.

✓ Serviço de Atendimento Especializado (SAE)- Centro de Saúde do Bairro de Fátima

A Unidade realiza atendimentos ambulatoriais no cuidado com a pessoa vivendo com HIV AIDS, sendo, HIV sintomático e outras IST's, atividades de prevenção e promoção junto à comunidade e população chave e prioritária:

- Atendimento ambulatorial com médico infectologista ao usuário adulto portador sintomático de AIDS;

- Atendimento ambulatorial com médico infectologista para adolescentes e jovens sintomáticos e assintomáticos com HIV/AIDS;

- Atendimento com médico infectologista para usuários no ambulatório de genotipagem para terapia de resgate para o HIV;

- Ambulatório para tratamento das Hepatites virais;

- Assistência multiprofissional do cuidado a pessoa vivendo com HIV AIDS e Hepatites Virais (enfermagem, psicologia, fisioterapia, farmácia e serviço social);

- Dispensação de medicamentos ARV e para infecções oportunistas, com orientação farmacêutica;

-- Realiza a farmacovigilância através dos sistemas de monitoramento;

- Realiza testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatite B e C, priorizando populações chave, através de coleta por punção digital;

- Realiza coleta local para exames diagnósticos frente a resultados reagentes de teste rápido para o HIV (CD4+ e carga viral), sífilis (VDRL), Hepatites B e C (sorologias) e coleta para exames de acompanhamento conforme orientação do protocolo de PEP;

- Orientações pré e pós-testes aos exames de Teste Rápido;

- Aconselhamento para gestão de risco;

- Realiza Manejo Clínico das IST's, garantindo consulta sem agendamento aos casos de IST's sintomáticos, tratamento, aplicação da penicilina na unidade e dispensação de medicamentos para IST's;

- Executa Estratégias da Política de adesão ao tratamento através da busca consentida, do aconselhamento individual, do grupo de adesão;

- Encaminhamento para exames de outras IST's e exames complementares ao atendimento do cuidado a pessoa vivendo com HIV obedecendo ao fluxo instituído nas Redes de Atenção a Saúde;

- Oferta de insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos e lubrificantes);

- Oferta PEP e acompanhar o encerramento dos casos;

- Rastreio e encaminhamento para Profilaxia Pré- Exposição (PrEP);

- Oferta de vacinas para HPV e Hepatite B;

- Trabalho de campo com populações-chave e prioritárias em espaços de sociabilidade;

- Apoio Social sobre esclarecimentos e encaminhamentos dos Direitos Sociais ao portador de HIV/AIDS;

- Apoio, psicológico, às famílias dos usuários infectados pelo HIV/AIDS e Hepatites Virais;

- Espaço de formação em serviço;

- Apoio matricial para a RUE, AB e demais redes de apoio;

- Articulação com OSC para ações de prevenção e apoio à testagem externa;

- Notificação dos casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST's;

- Possui uma referencia técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB;

- Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

✓ Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), e referência para prevenção combinada

O município possui dois Centros de Testagem (ANIL e LIRA) estas unidades realizam atendimentos ambulatoriais ao cuidado da pessoa com HIV assintomático e outras IST's, atividades de prevenção e promoção junto a comunidade e população chave e prioritária:

- Realiza testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatite B e C, priorizando populações chave, através de coleta por punção digital;

- Realiza coleta local para exames diagnósticos frente a resultados reagentes de teste rápido para o HIV (CD4+ e carga viral), sífilis (VDRL), Hepatites B e C (sorologias) e coleta para exames de acompanhamento conforme orientação do protocolo de PEP;

- Orientações pré e pós-testes aos exames de Teste Rápido;

- Aconselhamento para gestão de risco;

- Realiza Manejo Clínico das IST's, garantindo consulta sem agendamento aos casos de IST's sintomáticos, tratamento, aplicação da penicilina na unidade e dispensação de medicamentos para IST's;

- Atendimento ambulatorial com médico clínico geral ao usuário adulto e jovem vivendo com HIV assintomático;

- Assistência multiprofissional do cuidado a pessoa vivendo com HIV assintomático (enfermagem, psicologia, farmácia e serviço social);

- Dispensação de medicamentos ARV e para infecções oportunistas, com orientação farmacêutica;

- Realiza a farmacovigilância através dos sistemas de monitoramento;

- Executa Estratégias da Política de adesão ao tratamento através da busca consentida, do aconselhamento individual, do grupo de adesão;

- Encaminhamento para exames de outras IST's e exames complementares ao atendimento do cuidado a pessoa vivendo com HIV obedecendo ao fluxo instituído nas Redes de Atenção a Saúde;

- Oferta de insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos e lubrificantes);

- Vinculação de resultados positivos para HIV sintomático e Hepatites B e C;

- Ofertar PEP e acompanhar o encerramento dos casos;

- Rastreio e encaminhamento para PrEP;

- Oferta de vacinas para HPV e Hepatite B;

- Trabalho de campo com populações-chave e prioritárias em espaços de sociabilidade;

- Apoio Social sobre esclarecimentos e encaminhamentos dos Direitos Sociais da pessoa vivendo com HIV/AIDS;

- Apoio, psicológico, às famílias dos usuários infectados pelo HIV/AIDS;

- Espaço de formação em serviço;

- Apoio matricial para a AB e demais redes de atenção;

- Parceria com as OSC, Escolas, templos espaços e organizações religiosas, prostíbulos, bares, saunas, boates, e outros atores sociais para ações de prevenção e diagnostico as IST AIDS e Hepatites Virais;

- Notificação dos casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST's;

- Possui uma referencia técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB.

✓ Maternidade Materno Infantil

Unidade com perfil de Urgência e Emergência à gestante e casos de violência sexual em mulheres e crianças e ambulatorial de pré-natal de alto risco e criança exposta ao HIV, possuem atendimentos que fazem parte da Rede de Referência Municipal em IST, AIDS e Hepatites Virais:

- Oferta PEP para acidente ocupacional, violência sexual e relação sexual consentida;

- Realiza testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B no ambulatório do pré-natal de alto risco;

- Realiza testes rápidos triagem para HIV e Sífilis na Triagem do pré-parto;

- Realiza exames diagnósticos frente a resultados reagentes de teste rápido para o HIV (CD4+ e carga viral), sífilis (VDRL), Hepatites B e C (sorologias) e demais exames complementares conforme protocolo do pré-natal de alto-risco;

- Realiza pré-natal de alto risco para gestantes com HIV e Hepatite B e C;

- Oferta à terapia antirretroviral para o momento do pré-parto e parto e ao recém-nascido;

- Entrega da fórmula-láctea para o recém-nascido;

- Realiza as consultas subsequentes a criança exposta ao HIV;

- Notifica casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST's;

- Possui uma referência técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB;

- Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

✓ Maternidade Marly Sarney

Unidade com perfil de Urgência e Emergência à gestante e ambulatorial de pré-natal de alto risco, onde possuem atendimentos que fazem parte da Rede de Referência Municipal em IST, AIDS e Hepatites Virais:

- Oferta PEP para acidente ocupacional, violência sexual e relação sexual consentida, e realiza a vinculação para as unidades de referência para acompanhamento e encerramento dos casos;

- Realiza testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B no ambulatório do pré-natal de alto risco;

- Realiza testes rápidos triagem para HIV e Sífilis na Triagem do pré-parto;

- Realiza exames diagnósticos frente a resultados reagentes de teste rápido para o HIV (CD4+ e carga viral), sífilis (VDRL), Hepatites B e C (sorologias) e demais exames complementares conforme protocolo do pré-natal de alto-risco;

- Realiza pré-natal de alto risco para gestantes com HIV e Hepatite B e C;

- Oferta à terapia antirretroviral para o momento do pré-parto e parto e ao recém-nascido;

- Entrega da fórmula-láctea para o recém-nascido;

- Notifica casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST's;

- Possui uma referência técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB;

- Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

✓ Maternidade Maria do Amparo e Maternidade Nossa Senhora da Penha

Unidade com perfil de Urgência e Emergência à gestante e ambulatorial de pré-natal de baixo risco, onde possuem atendimentos que fazem parte da Rede de Referência Municipal em IST, AIDS e Hepatites Virais:

- Realiza ambulatório de pré-natal de baixo risco;

- Realiza testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B no ambulatório do pré-natal de baixo risco;

- Realiza testes rápidos triagem para HIV e Sífilis na Triagem do pré-parto;

- Oferta à terapia antirretroviral para o momento do pré-parto e parto e ao recém-nascido;

- Entrega da fórmula-láctea para o recém-nascido;

- Notifica casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST's;

- Possui uma referência técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB;

- Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

✓ Maternidade Nazira Assub

Unidade com perfil de Urgência e Emergência à gestante, onde possuem atendimentos que fazem parte da Rede de Referência Municipal em IST, AIDS e Hepatites Virais:

- Realiza testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B no ambulatório do pré-natal de baixo risco;

- Realiza testes rápidos triagem para HIV e Sífilis na Triagem do pré-parto;

- Oferta à terapia antirretroviral para o momento do pré-parto e parto e ao recém-nascido;

- Entrega da fórmula-láctea para o recém-nascido;

- Notificação dos casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST's;

- Possui uma referência técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB;

- Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

✓ Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques - Socorrão IeHospital Municipal de Urgência e Emergência Clementino Moura - Socorrão II

Unidade com perfil de Urgência e Emergência e internação, onde possuem atendimentos que fazem parte da Rede de Referência Municipal em IST, AIDS e Hepatites Virais:

- Realiza testes rápido de HIV, Sífilis, Hepatites B e C por punção digital, para população em geral;

- Realiza Testes confirmatórios laboratoriais de Sífilis, Hepatites B e C;

- OfertaPEP para acidente ocupacional, violência sexual e relação sexual consentida, realiza a vinculação para as unidades de referência para acompanhamento e encerramento dos casos de acidente ocupacional provenientes de outras instituições e violência sexual e relação sexual consentida;

- Notificação dos casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST’s;

- Possui uma referencia técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB;

- Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

✓ Socorrinhos I e II

Unidade com perfil de Urgência e Emergência e internação, onde possuem atendimentos que fazem parte da Rede de Referência Municipal em IST, AIDS e Hepatites Virais:

- Realiza de teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatites B e C por punção digital, para população em geral;

- Realiza Testes confirmatórios laboratoriais de Sífilis, Hepatites B e C;

- Oferta PEP para acidente ocupacional, violência sexual e relação sexual consentida, realiza a vinculação para as unidades de referência para acompanhamento e encerramento dos casos;

- Notificação dos casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST’s;

- Possui uma referencia técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB;

- Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

✓ Hospital da Mulher

Unidade com perfil de atenção ambulatorial a mulher, realizam atendimentos que fazem parte da Rede de Referência Municipal em IST, AIDS e Hepatites Virais.

- Realiza Testes confirmatórios laboratoriais de Sífilis, Hepatites B e C;

- Ofertar PEP para acidente ocupacional, violência sexual e relação sexual consentida, realiza a vinculação para as unidades de referência para acompanhamento e encerramento dos casos;

- Notificação dos casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST’s.;

- Possui uma referência técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB;

- Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

✓ Hospital da Criança

Unidade com perfil de Urgência e Emergência, UTI infantil e Internação para crianças, onde possuem atendimentos que fazem parte da Rede de Referência Municipal em IST, AIDS e Hepatites Virais:

- Realiza de teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatites B e C por punção digital, para população atendida;

- Realiza Testes confirmatórios laboratoriais de Sífilis, Hepatites B e C;

- Oferta PEP para acidente ocupacional e casos de violência sexual em criança;

- Notificação dos casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST's;

- Possui uma referencia técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB;

- Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

✓ Unidades Mistas Bequimão, São Bernardo, Itaqui Bacanga e Coroadinho

Unidade com perfil de Urgência e Emergência e atendimento ambulatorial executado por equipes da ESF, onde possuem atendimentos que fazem parte da Rede de Referência Municipal em IST, AIDS e Hepatites Virais:

- Realiza Manejo Clínico das IST's, garantindo consulta sem agendamento aos casos de IST's sintomáticos, tratamento, aplicação da penicilina na unidade e dispensação de medicamentos para IST's;

- Realiza exames de IST's conforme recomendações do protocolo de manejo clínico as IST's;

- Realiza teste rápido de HIV, Sífilis, Hepatites B e C por punção digital, para população em geral;

- Realiza Testes confirmatórios laboratoriais de Sífilis, Hepatites B e C;

- Vinculação de resultados positivos para HIV assintomático e sintomático e Hepatites B e C, conforme fluxo de referência do município;

- Oferta PEP para acidente ocupacional, violência sexual e relação sexual consentida, e realiza a vinculação para as unidades de referência para acompanhamento e encerramento dos casos.

- Institui agenda de Trabalho de campo com populações-chave e prioritárias em espaços identificados de sociabilidade de sua área adstrita;

- Oferta vacinas para HPV e Hepatite A e B;

- Oferta insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos e lubrificantes);

- Participa das Macrocampanhas pontuadas pelo Ministério as Saúde, Estado e Município;

- Notificação dos casos de HIV, Sífilis, Hepatites e outras IST's;

- Possui uma referencia técnica responsável e articuladora das Ações, Fluxos e Protocolos de IST/AIDS e Hepatites Virais na Unidade, bem como também para o SISLOGLAB;

- Outras atividades relacionadas, a critério do serviço.

2.7.6.3 Vigilância sanitária

Trata-se de um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

São campos de atuação da Vigilância Sanitária:

- As ações de controle de qualidade de produtos de interesse à saúde, desde a produção até o consumo: alimentos, medicamentos, cosméticos, produtos de higiene, limpeza, águas, dentre outros;

- As ações de controle de qualidade dos serviços de saúde: médico-hospitalares, odontológicos, hemoterápicos, radiações, farmacêuticos, dentre outros.

A Vigilância Sanitária tem papel educativo, normativo, fiscalizador e punitivo.

- Educativo: configurado através do desenvolvimento de ações educativas junto aos profissionais de vigilância sanitária, usuários de serviços, consumidores, proprietários e responsáveis por estabelecimentos e serviços e o público em geral;

- Normativo: as ações executadas pela Vigilância Sanitária estão pautadas na legislação sanitária (leis, portarias, decretos, resoluções) para a garantia da qualidade de serviços e produtos que são oferecidos à população;

- Fiscalizador: caracterizado pela existência da necessidade de verificar se os estabelecimentos que produzem, comercializam e prestam serviços de interesse a saúde da população estão funcionando conforme as leis sanitárias específicas;

- Punitivo: em último caso, a ação coercitiva quando os estabelecimentos e serviços não obedecem à legislação sanitária, na garantia da saúde da população (Lei 6437/77):

I – advertência;

II – multa;

III – apreensão de produto;

IV – inutilização de produto;

V – interdição de produto;

VI – suspensão de vendas e/ou fabricação de produto;

VII – cancelamento de registro de produto;

VIII – interdição parcial ou total do estabelecimento;

IX – cancelamento de autorização para funcionamento de empresa;

X – cancelamento do alvará de licenciamento de estabelecimento.

A Vigilância Sanitária do município atua nas seguintes áreas:

- Área de alimentos: açougues, feiras e mercados, vendedores ambulantes, supermercados, mercearias, panificadoras, lanchonetes, restaurantes, bares, pizzaria;

- Área de produtos: drogarias e farmácias, dedetizadoras, estabelecimentos que comercializam cosméticos, perfumes e produtos de higiene pessoal e correlatos;

- Área de serviços de saúde: consultórios odontológicos, clínicas médicas sem internação, salão de beleza e barbearias, óticas, academias de ginástica, lavanderias comerciais;

- Área de engenharia sanitária: escolas de ensino, hotéis, motéis, pousadas, clubes e associações recreativas.

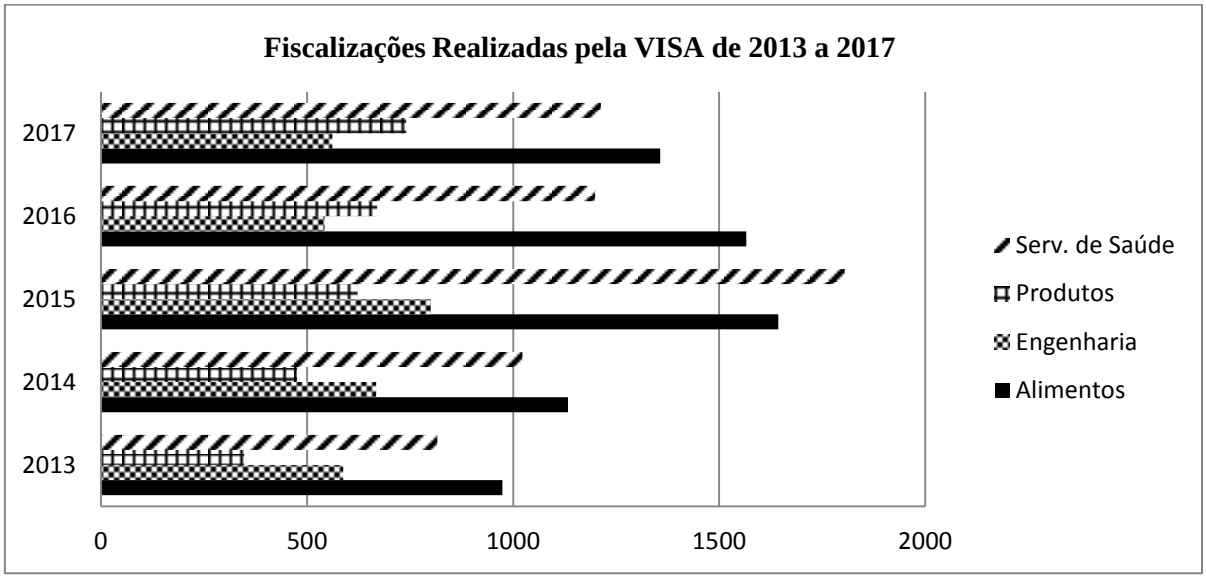
A Vigilância Sanitária expede alvará sanitário aos estabelecimentos que estão dentro dos padrões sanitários, em condições de prestar serviços à população, sem colocar em risco a saúde do consumidor.

Em 2016 as atividades de alta complexidade foram repassadas da esfera Estadual para a esfera Municipal. Tais atividades incluem a fiscalização e o licenciamento de

distribuidoras (Medicamentos, Produtos para Saúde, Saneantes, Cosméticos), Hospitais, Indústrias, Farmácias Hospitalares, Farmácias de Manipulação, dentre outros.

Em São Luís, as inspeções, em todas a áreas, somaram de 3.000 a 4.000 nos anos de 2013 a 2017 (gráfico 15 e quadro 97).Sendo que, ocorreu aumento progressivo na quantidade de licenciamentos sanitários, nesse mesmo período (gráfico 16 e quadro 98).

Gráfico 15 - Fiscalizações realizadas pela vigilância sanitária. São Luís/MA, 2013 a 2017.



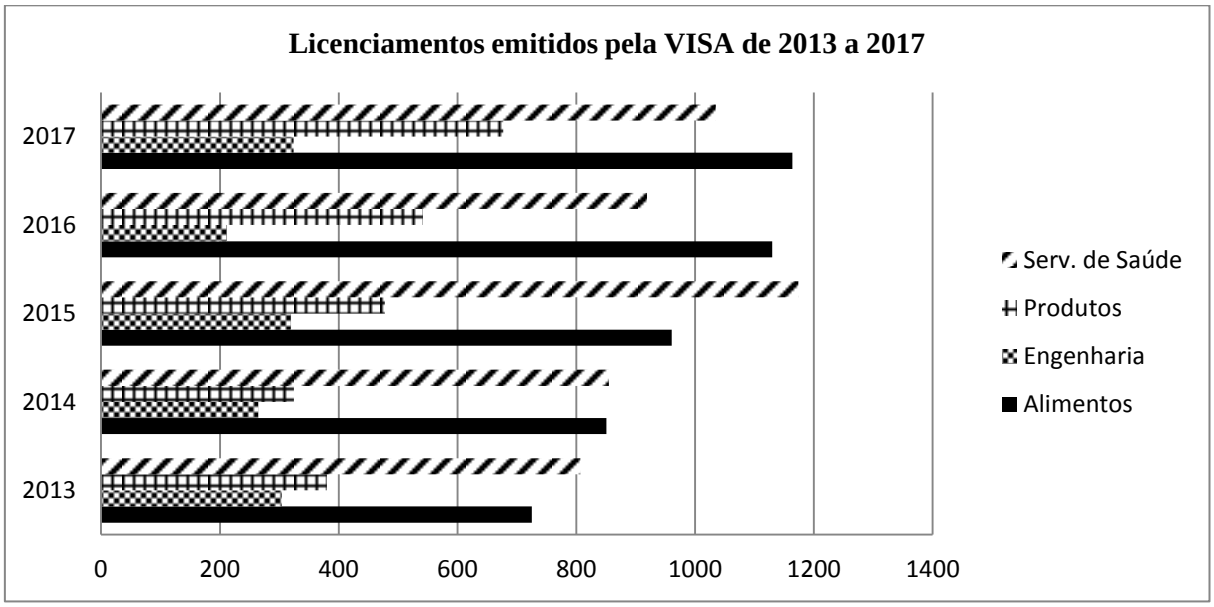
Fonte: VISA/SEMUS/SL

Quadro97 - Fiscalizações realizadas pela vigilância sanitária, segundo serviços. São Luís/MA, 2013 a 2017.

SERVIÇOS	2013	2014	2015	2016	2017
Alimentos	974	1133	1644	1566	1357
Engenharia	588	668	801	543	561
Produtos	348	476	623	670	741
Serv. de Saúde	816	1023	1805	1199	1213
Total	2726	3300	4873	3978	3872

Fonte: VISA/SEMUS/SL

Gráfico 16 - Licenciamentos emitidos pelavigilância sanitária. São Luís/MA, 2013 a 2017.



Fonte: VISA/SEMUS/SL

Quadro 98 - Licenciamentos emitidos pela vigilância sanitária, segundo serviços. São Luís/MA, 2013 a 2017.

SERVIÇOS	2013	2014	2015	2016	2017
Alimentos	725	851	961	1130	1164
Engenharia	304	265	320	212	324
Produtos	380	325	478	542	677
Serv. de Saúde	807	855	1174	919	1035
Total	2216	2296	2933	2803	3200

Fonte: VISA/SEMUS/SL

A arrecadação anual tem aumentando a cada ano, chegando a próximo de 1 milhão de reais por ano em 2017 (quadro 99). Esse aumento, deve-se em grande parte ao licenciamento de estabelecimentos de alta complexidade que anteriormente eram fiscalizados pela Vigilância Estadual.

Quadro 99 - Arrecadação anual pela vigilância sanitária. São Luís/MA, 2013 a 2017.

2013	2014	2015	2016	2017
R$ 255.820,00	R$ 248.844,00	R$ 520.138,00	R$ 549.431,00	R$ 906.855,00

Fonte: VISA/SEMUS/SL

2.7.6.4 Vigilância em Saúde Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) 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:

- Vigilância da qualidade da água de consumo humano (VIGIAGUA);
- Vigilância de populações expostas a poluição atmosférica (VIGIAR);
- Vigilância de populações expostas a desastres (VIGIDESASTRES);
- Vigilância de populações expostas a fatores físicos (radiações eletromagnéticas) (VIGIFIS). Este programa se subdivide em vigilância de populações expostas a solos contaminados (VIGISOLO) e vigilância de populações expostas a contaminantes químicos (VIGIPEQ).

Atualmente, a VSA desenvolve ações dos programas VIGIAGUA e VIGISOLO.

O monitoramento realizado pela vigilância da qualidade da água para consumo humano inclui as seguintes atividades:

- Definição de pontos de coletas de amostras na rede de distribuição (em pontos críticos vulneráveis);
- Monitoramento de poços e reservatórios de hospitais, postos de saúde, creches, escolas, asilos e outros locais com grande circulação de pessoas;
- Monitoramento de locais com sistemáticas notificações de agravos a saúde, tendo como possíveis causas agentes de veiculação hídrica;

- Vigilância da qualidade da água fornecida pelos prestadores de serviços de saneamento e avaliação da integridade do sistema de distribuição (CAEMA, prefeitura, empresas ou proprietários de carro-pipa, etc) responsáveis pelo controle de qualidade da água a ser distribuída à população;

- Vigilância no ponto de distribuição da água dos consumidores pelos prestadores de serviços;

- Atendimento à reclamações relativas a água de consumo humano;

- Coleta e análise laboratorial de amostras de água;

- Orientar os responsáveis pela operação dos sistemas ou Soluções Alternativas Coletivas de abastecimento de água, na medida em que inconformidades forem detectadas para tomada de providências imediatas;

- Fiscalização de empresas fornecedoras de água para consumo humano, bem como dos veículos transportadores de água (carro pipa).

São ainda atividades da VSA:

- Identificação dos grupos populacionais expostos à situação de risco;

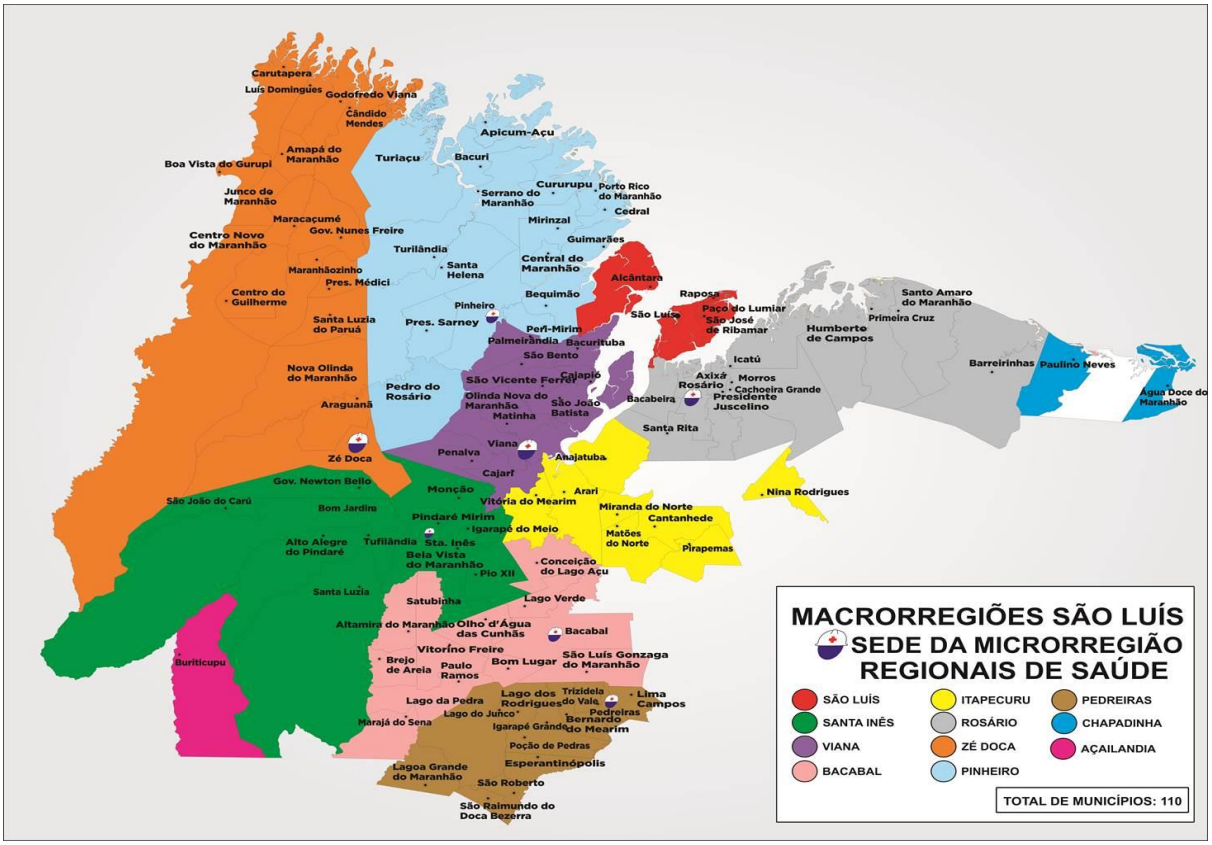
- Identificação e cadastramento de áreas com população exposta às áreas com solos contaminados (lixões, produtos químicos, etc).

2.7.6.5 Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. A promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis deve ser compreendida como um conjunto de ações, articuladas intraeintersetorialmente, que possibilite a intervenção nos determinantes do processo saúde-doença dos trabalhadores, a atuação em situações de vulnerabilidade e de violação de direitos e na garantia da dignidade do trabalhador no trabalho. No município, a VISAT é operacionalizada pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

O CEREST Regional São Luís foi habilitado por meio da Portaria nº 747 de 08 de outubro de 2006. Possui uma abrangência de ação em 110 municípios no Estado do Maranhão (figura 35).

Figura 35 – Área de abrangência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Regional de São Luís. 2018.



O CEREST é uma instituição que reúne informações, realiza estudos e pesquisas na área de saúde do trabalhador, monitora indicadores e notificações de agravos, realiza apoio matricial na sua área de abrangência, tendo como finalidade disseminar as práticas em saúde do trabalhador na rede SUS e Privada, além de servir como suporte técnico e científico.

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. Desenvolve ações e tem como atribuições:

- Promover suporte técnico, de educação permanente, no âmbito da sua área de abrangência;

- Apoiar matricialmente o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na AB, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da RAS;

- Articular e organizar ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS, sendo polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica;

- Atuar como agente facilitador na descentralização das ações intra e intersetorial de saúde do trabalhador;

- Participar e fortalecer o controle social por meio das Comissões Intersetoriais em Saúde do Trabalhador (CISTT) Municipal e Estadual;

- Prover suporte técnico especializado no atendimento aos trabalhadores (as) para nexo causal, seguimento de PEP (profilaxia pós exposição em caso de acidente de trabalho com exposição a material biológico) e atendimento aos demais agravos em saúde do trabalhador;

- Acompanhar e monitorar as atividades (ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador, ressaltando a implementação e o acompanhamento da notificação compulsória) das Equipes Sentinelas em Saúde do Trabalhador que fazem parte da Rede Sentinela de Urgência e Emergência em Saúde do Trabalhador do Município de São Luís (Instituídas pela Portaria nº 036/2018- GAB/SEMUS;

- Realizar e auxiliar na capacitação da rede de serviços de saúde, mediante organização e planejamento de ações em saúde do trabalhador em nível local e regional e apoiar a organização e a estruturação da assistência de média e alta complexidade, no âmbito local e regional, para dar atenção aos acidentes de trabalho e aos agravos contidos na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que constam na Portaria nº1339/GM, de 18 de novembro de 1999, e aos agravos de notificação compulsória citados na Portaria GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016:

- Acidente de trabalho fatal;

- Acidentes de trabalho grave;

- Acidente com exposição a material biológico;

- Acidentes do trabalho com crianças e adolescentes;

- Dermatoses ocupacionais;

- Intoxicações exógenas, por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados;

- Lesões por Esforço Repetitivo (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT);

- Pneumoconioses;

- Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR);

- Transtornos mentais relacionados ao trabalho, e

- Câncer relacionado ao trabalho.

As notificações dos agravos em Saúde do Trabalhador no município de São Luís são realizadas pela Rede Sentinela de Urgência e Emergência (10 unidades públicas) e Hospitais Privados (05 unidades privadas). Abaixo estão descritos os agravos notificados no município de São Luís no período de 2013 a 2017. Os dados remetem a um aumento no número das notificações ao longo da série histórica apresentada (quadro 100).

Quadro 100– Agravos notificados, relacionados à saúde do trabalhador. São Luís/MA, 2013 a 2017.

AGRAVOS NOTIFICADOS	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Acidente de Trabalho com exposição a material biológico	270	292	310	377	454	1703
Acidente de trabalho grave	453	380	593	657	805	2888
Ler Dort	03	-	-	01	01	05
Pneumoconiose	01	-	-	-	-	01
Intoxicação exógena	01	09	03	04	05	22
Câncer relacionado ao trabalho	-	-	-	-	-	-
Dermatose Ocupacional	01	-	-	-	-	01
Perda Auditiva induzida por ruído – PAIR	-	-	-	-	-	-

Transtorno Mental relacionado ao trabalho	-	-	-	-	-	-
TOTAL	729	681	906	1039	1265	4620

Fonte: SINAN

2.8 Gestão em saúde

2.8.1Financiamento em saúde

Visa garantia de acesso ao atendimento de saúde integral para toda população, do mais simples procedimento ambulatorial a complexas cirurgias, que envolve inclusive os transplantes de órgãos. Organizando toda a rede nacional de saúde, hierarquizada e descentralizada, em um sistema único de saúde, com responsabilidades em cada esfera de governo, por meio da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, a qual instituiu o SUS.A normativa sobre o financiamento do SUS foi contemplada na Lei 8080/90, em seu Título V – Capítulos I a III.

Por financiamento em saúde compreende-se o aporte de recursos financeiros para a viabilização das Ações e Serviços Públicos de Saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, conforme determina o parágrafo 1º do Art. 198 da Constituição Federal.

Em 2012, a Lei complementar - LC nº 141 regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ASPS; estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 03 (três) esferas de governo e revogou dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e deu outras providências.

Um dos dispositivos mais importantes contidos na LC 141/2012 diz respeito à definição da natureza das ASPS. Isto trouxe mais clareza à destinação dos recursos por cada ente federativo.

Para operacionalização dos recursos da saúde, a LC 141/2012 preceitua que as despesas com saúde deverão ser financiadas com recursos do Fundos de Saúde, que são

unidades orçamentárias, gerenciadas pelo gestor da saúde, em cada nível da gestão (Federal Estadual, Municipal e Distrito Federal)

Em 28 de setembro de 2017, o MS editou a *Portaria Consolidada nº 06, que versa sobre a "Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS*". Esta Portaria foi alterada, posteriormente, pela Portaria nº 3.992, de 28 de Dezembro de 2017.

Até o exercício de 2017, as transferências do FNS para Estados, Distrito Federal e Municípios eram organizadas e transferidas na forma de 06 blocos de financiamento (AB, Media e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária, Suporte Profilático e Terapêutico e Investimentos).

A partir do exercício de 2018, de acordo com o Art.3º da Portaria GM/MS nº 3.992, os recursos do FNS, destinados a despesas com ASPS, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios passaram a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

I - Bloco de Custeio das ASPS onde:

Os recursos financeiros são destinados à manutenção da prestação das ASPS e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ASPS; e

II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde onde:

Os recursos financeiros são destinados a aquisição de equipamentos; obras de construções novas utilizados para a realização de ASPS; e obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ASPS.

Outras mudanças também deverão ser observadas:

- A transferência de recursos será em conta única e específica por bloco. Para controle e transparência será mantida a informação dos repasses realizados ao nível de atenção ou área de atuação.

- A aplicação dos recursos deverá refletir ao final de cada exercício a vinculação com a finalidade de cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União (Ação Orçamentária) que deu origem ao repasse; o estabelecido no Plano de Saúde e na PAS e de cada ente federativo e o objetivo e o compromisso pactuado nos atos normativos do SUS.

- Os recursos que compõem cada bloco de financiamento deverão ser aplicados em ASPS relacionados ao próprio bloco. *Bloco de custeio*: recursos destinados à manutenção das ASPS já implantadas e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis e

o Bloco de investimentos: recursos destinados à estruturação e ampliação da oferta de ASPS (obras e equipamentos).

Quanto a prestação de contas, o Relatório de Gestão, elaborado anualmente e submetido ao Conselho de Saúde deverá comprovar a conformidade na aplicação dos recursos transferidos (adequação com a finalidade da ação orçamentária) e o cumprimento do objeto pactuado.

É expectativa de que, com a substituição do atual controle focado nos saldos financeiros das contas correntes pelo controle das despesas efetuadas e do resultado da política de saúde, haja o fortalecimento dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação da política de saúde.

Espera-se também, que as mudanças no processo de financiamento tragam impacto no Plano de Saúde e na PAS como resultado do efetivo planejamento das ações desenvolvidas pelas áreas e órgãos de controle social, interno e externo. Importante passo para o aprimoramento do sistema de governança do SUS com vistas a implementação de ASPS com eficiência, eficácia e efetividade.

- ✓ Aporte de recursos em ASPS

O aporte regular e obrigatório dos municípios em ASPS, segundo a LC 141/2012 é de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos próprios acrescidos das transferências constitucionais. O orçamento do Município de São Luís é definido pela LOA de cada exercício, que estima a receita e fixa a despesa para o exercício financeiro subsequente.

Para garantir tanto o acesso da população, como o financiamento do SUS foi criado pelo MS, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que se constitui no instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em ASPS.

O Município de São Luís, conforme demonstrado, abaixo, vem cumprindo o disposto na legislação vigente. Observa-se também, que nos últimos quatro anos, no exercício de 2016 apresentou o maior percentual em aplicação em ações e serviços de saúde (28,45 %) o que correspondeu a um aporte financeiro, a maior, no montante de R$ 227.149.817,73 (duzentos e vinte e sete milhões cento e quarenta e nove mil oitocentos e dezessete reais e setenta e três centavos) (quadro 101).

Quadro 101– Percentual, em aplicação, em ações e serviços de saúde. São Luís/MA, 2014 a 2017.

APLICAÇÃO	2014	2015	2016	2017
Percentual de aplicação em Ações e Serviços de Saúde sobre a receita líquida e transferências constitucionais e legais.	26,15%	24,59%	28,45%	26,82%
Valor referente a diferença entre o valor executado e o limite mínimo constitucional de 15 %.	167.560.011,51	148.052.114,29	227.149.817,73	207.499.365,91

Fonte: SEMUS.

É no SIOPS que gestores da União, Estados e Municípios declaram todos os anos os dados sobre gastos públicos em saúde. São essas declarações que garantem as transferências constitucionais de recursos para a oferta de ASPS. Apresentamos a seguir a evolução de alguns indicadores extraídos do SIOPS (quadro 102).

Quadro 102 - Indicadores Financeiros. São Luís/MA, 2014 a 2017.

INDICADORES FINANCEIROS - Período 2014 a 2017					
Indicador		2014	2015	2016	2017
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município.	24,88%	25,28%	22,15%	23,98%
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município.	60,85%	56,34%	61,75%	64,31%
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município.	21,49%	20,56%	17,91%	20,12%
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município.	98,89%	97,19%	98,95%	97,96%
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	41,31%	40,63%	35,73%	39,13%
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município.	65,80 %	62,90 %	59,21%	62,29%
2.1	Despesa total com Saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R$ 677,57	R$ 734,38	R$ 765,70	R$ 753,69
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	59,19%	61,10%	63,35%	64,09%

2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com saúde.	1,90%	0,00%	0,24%	2,12%
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com saúde.	23,04%	21,97%	20,35%	20,95%
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde.	1,09%	2,51%	0,63%	0,59%
2.6	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde.	40,64%	36,65%	38,89%	44,98%
2.20	SUBFUNÇÕES VINCULADAS	65,80%	65,98%	66,46%	65,34%
2.21	Atenção Básica	7,36%	9,06%	7,59%	7,27%
2.22	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	53,48%	51,87%	54,14%	55,09%
2.23	Suporte Profilático e Terapêutico	2,00%	1,90%	1,92%	0,31%
2.24	Vigilância Sanitária	0,07%	3,15%	0,07%	0,09%
2.25	Vigilância Epidemiológica	2,90%	0,00%	2,74%	2,58%

Fonte: SIOPS/DATASUS.

A partir de 2016 houve uma atualização das contas que compõem os indicadores do SIOPS para atender ao novo rol de contas (novos padrões da contabilidade pública brasileira). O sistema deixou de contemplar a separação de dados em Administração Direta e Indireta, passando a ter somente as informações de Receita e Despesas Orçamentárias consolidadas.

O resultado do indicador 1.4 - Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município, em termos de volume de recursos, indica que a esfera federal permanece como a principal financiadora da saúde pública no âmbito do município.

As subfunções vinculadas da função saúde apresentadas, representam um nível de agregação imediatamente inferior à função 10 (saúde) e evidencia a natureza da atuação governamental. Entre as subfunções a que representa maior volume de recursos aplicados (indicador 2.22)ao longo dos últimos quatro anos é a Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Em 2017, o índice de aplicação foi de 55,09 % dos recursos aplicados.

Embora se reconhecendo que na AB/Primária, aproximadamente, 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos, os índices apurados do indicador 2.21 de: (7,36 % em 2014), (9,06 % em 2015), (7,59 %em 2016) e (7,27 % em 2017) foi baixo quando comparado com outras subfunções.

O subfinanciamento crônico da saúde pública tem sido motivo de preocupação por parte da gestão municipal. A grande demanda de recursos para a subfunção (indicador 2.22) - Média e Alta Complexidade não tem possibilitado, com recursos próprios, aumento do orçamento para aplicação, por exemplo, na AB.

A AB constitui-se num conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação. Ou seja, envolve uma multiplicidade de atividades nos vários campos que abrange.

A subfunção Suporte Profilático Terapêutico – indicador 2.23, corresponde as despesas que tem por finalidade evitar a disseminação e contaminação, principalmente de tratamento de água, medidas de saneamento básico (Conf. LC 141/2012), educação sanitária, identificação e tratamento dos doentes assintomáticos, principalmente, daquelas que são manipuladores de alimentos. O melhor índice apurado do indicador foi 2,00 %, em 2014.

O indicador 2.24 – Vigilância Sanitária tem como finalidade dimensionar a volume de recursos destinados a um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos a saúde e intervir em problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e de prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos de produção ao consumo. O melhor índice apurado foi 3,15%, em 2015.

O indicador 2.25 – VE tem como objetivo dimensionar os recursos aplicados no conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças e agravos. Em 2014, o índice apurado foi de 2.90%. No exercício de 2015 não foi possível a identificação do índice em decorrência de falha na classificação contábil das despesas. Em 2016 e 2017 o índice apurado, respectivamente, foi 2,74 % e 2,58%.

Identifica-se no processo de avaliação a apuração de um índice importante na despesa total de saúde. Trata-se do índice apurado referente a participação da despesa com pessoal que representou em 2014- 59,19%, 2015 – 61,10%, 2016 – 63,35% e 2017 – 64,09%.

A situação econômica do município já sofre consideráveis impactos da crise financeira pela qual atravessa o país, aqui demonstrado pelo índice 1.1 - Participação da receita de impostos na receita total do Município. Os dois melhores resultados foram em 2014 (24,88 %) e 2015 (25,28 %).

Reflexos podem, também, ser observados no poder aquisitivo da população quando analisado o quadro que demonstra uma diminuição no percentual da Taxa de Cobertura de Planos de Saúde, no município de São Luís (quadro 103).

Quadro 103 - Cobertura de planos de saúde. São Luís/MA, 2014 a 2017.

TAXA DE COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE – ASSIST. MÉDICA				
Beneficiários	2014	2015	2016	2017
	31,0%	31,1%	30,1%	28,9%

Fonte: SIB/ANS/MS.

A diminuição na taxa de cobertura do número de beneficiários refere-se a vínculos em Planos de Saúde. Esta situação é observada também no Estado. A taxa de cobertura em Dez/2014 era 7,1 % e em Dez/2017 – 6,8 %.

Esses dados apontam para um provável aumento na demanda de atendimento no SUS para o Município de São Luís, tendo em vista, ainda, continuar sendo referência em média e alta complexidade para boa parte da população do Estado.

No período de 2016 a 2017 o Município contou com um aporte de recursos oriundos de emendas parlamentares destinadas ao custeio de ações na AB e Média e Alta Complexidade, conforme demonstrado a seguir (quadros 104 e 105).

Quadro 104 - Emendas parlamentares federais para a atenção básica. São Luís/MA, 2017.

OBJETO	Nº Proposta	Ano	PORTARIA	Valor da Proposta
CUSTEIO PAB	36000.1197482/01-700	2017	Nº 1.672 de 05/07 //2017	219.538,00
CUSTERIO PAB	36000.1585362/01-700	2017	Nº 3.356 de 08/12/2017	1.000.000,00

CUSTEIO PAB	36000.1568792/01-700	2017	Nº 3.356 de 08/12/2017	2.000.000,00
CUSTEIO PAB	36000.1539102/01-700	2017	Nº 2.794 de 23/10/2017	1.000.000,00
TOTAL				**4.219.538,00**

Fonte: SEMUS.

Quadro 105 - Emendas parlamentares federais para média e alta complexidade. São Luís/MA, 2017.

OBJETO	Nº Proposta	Ano	PORTARIA	Valor da Proposta
CUSTEIO MAC	36000.1432592/01-700	2017	Nº 2.121 de 25/08/2017	1.840.000,00
CUSTEIO MAC	36000.1434202/01-700	2017	Nº 2.121 de 25/08/2017	3.500.000,00
CUSTEIO MAC	36000.1649762/01-700	2017	Nº 3.883 de 27/12/2017	345.787,00
CUSTEIO MAC (HOSPCRIANÇA)	36000.1109962/01-600	2016	Nº 3.024 de 27/12/2016	4.000.000,00
CUSTEIO MAC (SOC II)	36000.1110002/01-600	2016	Nº 3.024 de 27/12/2016	5.000,00
CUSTEIO MAC (HOSP MULHER)	36000.1109982/01-600	2016	Nº 3.024 de 27/12/2016	3.000.000,00
CUSTEIO MAC (SOC II)	36000.1105592/01-600	2016	Nº 2.858 de 23/12/2016	6.000.000,00
CUSTEIO MAC	36000.9139402/01-600	2016	Nº 1.033 de 12/05/2016	2.626.506,00
TOTAL				**22.317.293,00**

Fonte: SEMUS.

O Município de São Luís recebeu oriundo de Emendas Parlamentar Federal entre os anos de 2016 e 2017 o montante de R$ 26.536.831,00 (vinte e seis milhões quinhentos e trinta e seis mil oitocentos e trinta e um reais). Por meio de emendas Parlamentar Municipal recebeu R$ 540.000,00 (quinhentos e quarenta mil reais).

O quadro atual caracterizado pelo subfinanciamento da saúde pública e as perspectivas para os próximos anos, com a instituição do Novo Regime Fiscal, aponta para

uma situação preocupante e de mais restrições na oferta de serviços. Será preciso incrementar a busca de parcerias interinstitucionais e a captação de recursos para a saúde por meio das emendas parlamentares do chamado "orçamento impositivo" para garantir, além, da manutenção de ações e serviços de saúde já implantados, o atendimento a outras demandas trazidas pela mudança no perfil demográfico (envelhecimento da população) e epidemiológico (novos e/ou ressurgimento de agravos na saúde) da população residente e referenciada para o município.

A estrutura do PPA 2014 - 2017 foi composta pelos programas: 206 – Participação e transparência; 0207 – Desenvolvimento e manutenção de conselhos e fóruns de participação; 0232 – Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade, 0233 – AB à Saúde, 0234 – Assistência Farmacêutica, 0235 – Vigilância em Saúde, 0236 – Redes de Atenção Integral Prioritárias e Cuidados às Populações em Situação Especial, 0237 0 Urgência e Emergência, 0238 – Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde, 0239 – Investimentos na RAS, 0406 – Gestão Administrativa e 0409 – Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, foram avaliados quantitativa e qualitativamente, utilizando-se a ferramenta Gerenciador Integrado de Administração Pública (GIAP), da Prefeitura Municipal de São Luís, sob a coordenação da Secretaria de Planejamento (SEPLAN).

Tendo sido identificada a dificuldade quanto a apuração de resultados de alguns indicadores a SEPLAN promoveu junto as secretarias setoriais a revisão dos indicadores do PPA, entre 2016 e 2017.

Esta SEMUS quando da elaboração do PPA 2018-2021 considerando a necessidade de dar continuidade a atividades e projetos ainda em processo de implementação, optou por manter a mesma estrutura de programas do PPA anterior, procedendo, porém, a revisão de alguns indicadores.

Parte dos indicadores escolhidos para acompanhamento dos programas do PPA para o quadriênio 2018-2021 compõe a pactuação nacional e prioridades epidemiológicas do município, como por exemplo, a redução de mortalidade por LV.

A seguir apresentamos a estimativa dos recursos orçamentários previstos para o quadriênio 2018-2021, que consubstanciarão este Plano de Saúde, parte integrante da Lei Municipal nº 6.291 de 28 de dezembro de 2017. Ressalvando, contudo, que se trata de uma previsão e que os valores poderão sofrer variação quando da efetiva arrecadação das receitas vinculadas do município, receitas oriundas de transferências da União, Estado e outras.

Quadro 106 - PLANO PLURIANUAL. São Luía/MA, 2018-2021.

PROGRAMA	ÁREA DE RESULTADO	2018	2019	2020	2021
0206	Participação e transparência	290.497,00	290.497,81	290.497,81	290.497,81
0207	Desenvolvimento e manutenção de Conselhos e Fóruns de Participação	1.729.642,56	1.796.070,00	1.838.336,11	1.908.458,47
0232	Atenção à saúde de Média e Alta complexidade	147.411.790,00	155.761.383,00	159.071.621,50	164.353.468,00
0233	ABà Saúde	55.374.244,00	57.000.909,00	58.348.246,00	59.980.425,00
0234	Assistência Farmacêutica	25.085.553,00	25.927.302,00	26.466.079,00	27.127.829,00
0235	Vigilância em Saúde	23.802.469,00	24.642.019,00	25.174.713,00	25.978.039,00
0236	Redes de Atenção Integral Prioritárias e cuidados às populações em situação especial.	6.157.712,00	5.785.852,00	5.917.194,00	6.051.822,00
0237	Urgências e Emergência	117.559.863,29	134.402.987,00	136.312.206,00	138.008.000,00
0238	Regulação do acesso aos Serviços de Saúde	134.258.620,00	137.614.835,00	141.054.956,00	144.581.080,00
0239	Investimentos na Rede de Atenção a Saúde	27.773.197,00	25.346.800,00	16.875.098,50	22.939.262,00
0406	Gestão Administrativa	1.025.812.899,01	1.044.07.341,81	1.056.735.973,55	1.073.531.339,95
0409	Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00
TOTAL		**1.447.716.623,57**	**1.479.093.009,62**	**1.491.792.715,47**	**1.526.762.221,23**

2.8.2 Planejamento em saúde

O processo de planejamento no SUS é de responsabilidade de cada ente federado, devendo ser desenvolvido de forma contínua, articulada, ascendente, integrada e solidária, entre as três esferas de governo, na medida em que visa dar direcionalidade à gestão pública da saúde.

As principais normas e disposições específicas sobre planejamento governamental no SUS são: o Art.º 36 da Lei 8.080, de 1990; Lei nº 8.142 de 1990; Portaria GM/MS nº 4.279 de 2010; Decreto nº 7.508 de 2011; Resolução CIT nº 01/2011; Lei Complementar nº 141 de 2012, a Portaria GM/MS nº 2.135 de 2013, Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017 e Resolução CIT nº 37 de 22 de março de 2018.

As atividades de planejamento desenvolvidas de forma individual, em cada uma das esferas de gestão e seus respectivos territórios, devem levar em conta as atividades das demais esferas, buscando gerar complementaridade e funcionalidade.

A análise e o dimensionamento das necessidades de saúde buscam privilegiar um conceito mais amplo de saúde, entendendo essa como uma condição que transcende a mera ausência de doença e se caracteriza pela garantia de bem-estar tanto físico e afetivo, quanto social e econômico.

A compreensão da realidade local abrange o levantamento de um amplo conjunto de indicadores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, sanitários, de infraestrutura urbana, educação, culturais, ocupacionais, entre outros. São esses indicadores que permitem compreender as necessidades de saúde e que, portanto, é o ponto de partida para tomada de decisão da gestão municipal.

Os principais instrumentos de planejamento em saúde e gestão são: PMS, PAS, Relatórios Demonstrativos de Execução Orçamentários (RDEO), Quadrimestrais, RAG, PPA, LDO e LOA.

O Município de São Luís, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelo CMS e das prioridades nacionais e estaduais tem elaborado, implementado e avaliado o ciclo do planejamento municipal.

O planejamento do SUS no âmbito do município tem como base territorial seus 07 (sete) distritos sanitários – Centro, Itaqui-Bacanga, Coroadinho, COHAB, Bequimão, Tiririca l e Vila Esperança, uma vez que esse é o espaço geográfico

fundamental de garantia da integralidade das ações e serviços de saúde para a população.

O Município de São Luís conforme preconizado no Decreto nº 5708/2011, vem pautando desde então discussões no âmbito da CIR de São Luís, composta pelos municípios de Alcântara, Paço do Lumiar, Raposa, São Jose de Ribamar e São Luís, sobre a implantação/implementação das Redes de Atenção à Saúde com vistas a elaboração de um Planejamento Regional Integrado - PRI e, posteriormente, estabelecimento da Programação Geral de Ações e Serviços (PGASS) juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde e o MS.

A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

As Redes de Atenção à Saúde, da região de saúde de São Luís discutida e aprovada nas instâncias deliberativas CIR e CIB são: RUE (2012), Rede Cegonha (2013), Rede Psicossocial (2013), Rede de Doenças Crônicas e Degenerativas (Linha de cuidado a pessoas com DRC (2014) e Oncologia (2014). Estas redes, em 2017, passaram por um processo de discussão e atualização em suas configurações na CIR São Luís. A Rede de Atenção à Pessoas com Deficiência encontra-se, em processo de aprovação nas instâncias deliberativas. Em razão da necessidade de elaboração do PRI (Resolução nº 23/2017 da CIT), alguns novos ajustes se farão ainda necessários nas Redes de Atenção à Saúde, da região de saúde de São Luís.

O processo de PRI no Estado, observado à Resolução CIT 37/18, deverá considerar como elementos fundamentais para sua efetivação: a análise dos planos municipais de saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional.

Decorrente da proposta de elaboração do PRI e da PGASS, coordenada pelo Estado, o Município de São Luís precisará desenvolver “um olhar” mais abrangente (para além da região de saúde de São Luís) e consequentemente, um planejamento estratégico sobre a oferta de serviços em seu território de forma a atender seus munícipes e a população referenciada. Assim também, como rever o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde.

A PGASS consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, partindo da realidade municipal. O último

processo de negociação e pactuação entre os gestores da saúde, denominado Programação Pactuada e Integrada (PPI) no âmbito do Estado data de 2004. Algumas repactuações financeiras já ocorreram na CIB, porém, sem grande reflexo positivo para o Município de São Luís. No exercício de 2017 foram realizadas reuniões no âmbito da CIR São Luís, porém, sem grandes avanços frente a necessidade de participação da representação da SES e do MS neste espaço de negociação.

Ao longo desses anos, por se tratar do município/capital e ter uma rede de serviços de média e alta complexidade melhor estruturada, a gestão municipal tem enfrentado grandes desafios para garantir a manutenção e funcionamento desta rede de serviços em decorrência, dentre outros fatores, do crescente subfinanciamento, do SUS. A perspectiva futura é de ainda maiores restrições em decorrência do congelamento, por 20 anos, (Emenda Constitucional nº 95/2016) de recursos federais para investimentos na área da saúde.

Embora frente a este cenário de restrições, a gestão municipal planeja a execução de reformas, ampliação e construção de novas unidades assistenciais para aumentar à oferta e qualidade dos serviços ofertados a população.

Outro importante ponto a ser abordado refere-se a estrutura organizacional da SEMUS (Lei Orgânica do Município, Decreto nº 10.381 de 08/4/1992, Lei nº 3.267 de 15/07/1993, Lei nº 3.672 de 08/04/1998, Lei nº 3.783 de 30/12/1998, Lei nº 4.020 de 27/12/2001 e Lei nº 4.122 de 23/12/2002); Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques - Socorrão I (Lei nº 2.579 de 07/05/1982, Lei nº 2.580 de 07/05/1982; Lei nº 2.632 de 11/10/1983 e Lei nº 3.769 de 30/12/1998) e do Fundo Municipal de Saúde - FMS (Lei Orgânica do Município e Lei nº 3.200 de 20/03/1992). Estudos serão desenvolvidos com vistas à readequação/modernização destas estruturas.

Avanços foram obtidos pautados em normativas específicas, mas, os desafios ainda existem para o planejamento em saúde no âmbito da gestão municipal, tais como:

- Implementação do planejamento estratégico visando a previsão de recursos, o equacionamento de dificuldades estruturais/organizacionais, a manutenção das políticas públicas intersetoriais, educação permanente e qualificação dos processos de trabalho.

- Consolidação da democracia representativa ampliada (intersetorial) e da democracia participativa (controle social) na construção do PMS e do PPA.

- Implantação de uma Sala de Situação de Saúde que propicie o monitoramento e avaliação permanente sobre os principais processos de trabalho, resultados de saúde esperados (indicadores de saúde).

- Desenvolvimento e edição de Boletins Epidemiológicos, por distrito sanitário.

- Implementação do processo de regulação de atenção à saúde como ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e de integralidade, buscando a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população.

2.8.2.1 Monitoramento e avaliação em saúde

As atividades de monitoramento e avaliação têm sido cada vez mais fomentadas nos três níveis de gestão do SUS – federal, estadual e municipal e exigidos pelos órgãos de controle interno, externo e controle social.

Entende-se por monitoramento, o acompanhamento contínuo de compromissos (objetivos, metas e ações) explicitados em planos, programações ou projetos, de modo a verificar se todos estão sendo executados conforme o preconizado e ou previsto.

Dentre vários conceitos, a avaliação é entendida como um processo que implica julgar, emitir um julgamento de valor, tendo como base uma análise do que foi realizado (intervenção, ação, serviço, procedimento, etc.). Assim, faz-se também uma análise comparativa com um referencial, emitindo-se em consequência um julgamento de valor em um dado momento acerca de uma intervenção. Compara-se o que foi realizado (ou o resultado obtido) com uma referência do que seria ideal (Brasil, 2010).

O acompanhamento e avaliação do PMS será realizado por meio de reuniões ampliadas com as superintendências e o controle social. O instrumento para monitoramento e avaliação será a PAS e as respectivas ações pactuadas para o alcance do objetivo proposto no Plano.

Conforme estabelecido, no Art. 36 da Lei Complementar 141/2012 será elaborado Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior contendo dentro outras informações o montante e fonte dos recursos aplicados no período; as auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações e a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada. Estes dados serão cotejados com indicadores de saúde da população. Os relatórios serão submetidos a apreciação do CMS nos meses de maio, setembro e fevereiro do exercício subsequente e apresentados em Audiência Pública na Câmara Municipal de São Luís.

O RAG será elaborado anualmente e apresentará a consolidação dos dados e análise dos resultados alcançados. Será enviado ao CMS até 30 de março do ano

seguinte ao da execução financeira, cabendo a esta instância de deliberação emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas instituídas em Lei.

A organização de ações de monitoramento e avaliação de serviços de saúde vem sendo implementada a partir do estabelecimento de indicadores de saúde e compromissos estabelecidos no SUS. O acompanhamento e avaliação de processos de trabalho são desenvolvidos conforme programação das superintendências e com objetivos específicos de modo a identificar desvios e possibilitar intervenções e ou correções.

A avaliação de resultados é feita dentro do que é estabelecido nos programas de atenção a saúde e, principalmente, a partir de indicadores de saúde pactuados anualmente, CIR, orientações da gestão estadual do SUS e portarias ministeriais. Para o período de 2018-2021 foram pactuados, nacionalmente, 23 indicadores de saúde, além dos específicos por área de atuação, como por exemplo, os da Programação de Qualificação das Ações de VS (PQA/VS).

No processo de monitoramento e avaliação serão utilizadas ferramentas informatizadas tais como: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, Sistema de Pactuação de Indicadores de Saúde (SISPACTO) ou similar, Sistema de apoio para elaboração de RAG (SARGSUS) ou similar, GIAP da Prefeitura de São Luís (monitoramento a avaliação do PPA) e os Sistemas de Informação de Saúde, obrigatórios, de base nacional.

Espera-se com o uso de todo esse ferramental técnico e metodológico que os processos de avaliação e melhoria da qualidade não sejam apenas para demonstrar os problemas nem propor soluções para problemas detectados. O fundamental que se espera é a produção de mudanças apropriadas que levem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população ludovicense.

2.8.3 Gestão do trabalho e educação em saúde

2.8.3.1 Gestão e regulação do trabalho em saúde

A qualidade e a produtividade da oferta de serviços de saúde à sociedade constituem-se um reflexo da forma e das condições com que são tratadas as pessoas que atuam nas organizações. (ARIAS ET al., 2006).

A Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção, na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

O trabalho é visto como um processo de trocas, intercâmbio, de criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimentos mútuos.

Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização do processo de trabalho, dentre outros.

A negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores, objetiva estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o SUS. Particularmente em São Luís, no que tange à SEMUS, tais negociações encontram-se estacionadas. Para fomentar a criação e o fortalecimento de espaço de negociação coletiva e impulsionar o diálogo entre gestores e trabalhadores estamos propondo a instalação de uma Mesa de Negociação Permanente do SUS – (Fórum criado para dar tratamento às questões relacionadas aos conflitos próprios das relações de trabalho, organizando protocolos que indiquem diretrizes e princípios que orientem a resolução de questões tais como: do sistema de negociação, processo educativo, desprecarização do trabalho, saúde do trabalhador, plano de carreira, cessão de pessoal e outros).

Em 2017, os dados relativos a profissionais do SUS, oriundos do CNES apresentava por vínculo empregatício o seguinte quantitativo: 16.260 profissionais sendo: 297 cargos comissionados, 1.401 celetista, 5.885 contrato por prazo determinado, 2.856 emprego público, 4.380 estatutário e 1.441 sem tipo. Estes números, contudo, não espelhavam o real quantitativo da força de trabalho da SEMUS. Deu-se, então, início a um grande movimento de revisão de classificação e atualização do CNES para correção destes números.

Segundo dados da coordenação de pessoal da SEMUS (2018) a força de trabalho é formada por 9.959 profissionais sendo: 3.398 efetivos, 531 cargos comissionados, 2.501 serviços prestados, 799 ACS, 487 agentes de endemias e 2.243 contrato temporário.

Frente a necessidade de adequação da força de trabalho às ações e serviços de saúde que estão sob a responsabilidade da gestão municipal, estudos passaram a ser desenvolvidos com vistas a realização de um processo seletivo para suprimento de mão de obra qualificada e regularização de vínculos trabalhistas.

A gestão do trabalho e educação em saúde no período de 2014-2017 teve como prioridade:

- Desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, com atividades de coordenação e implementação da Política de Humanização no âmbito da rede assistencial, por meio da Câmara Técnica de Humanização (CTH).

- Instituir colegiados gestores locais nas unidades de saúde;

- Implementar as ações de EPS, por meio de:

- Apoio aos cursos de formação de conselheiros e divulgação das ações em parceria com o CMS;

- Colaboração com as instituições de ensino na elaboração de mecanismos para a formação dos profissionais de saúde e garantia do funcionamento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

- Implementação de parcerias com as instituições de ensino superior, no sentido de viabilizar a participação do serviço e da comunidade na construção dos projetos políticos pedagógicos dos cursos da área da saúde;

- Criação de espaços de articulação e pactuação entre ensino/serviço, para estimular as mudanças curriculares nos cursos de nível médio e técnico em saúde, de acordo com o perfil profissional demandado pelo SUS, através da Escola Técnica do SUS (ETSUS);

- Coordenação dos Processos de Educação em Saúde, promovendo a articulação entre as ações dos núcleos de educação permanente das unidades de saúde. Foram ofertados 3 (três) cursos de especialização, envolvendo 120 profissionais da rede, na área de Regulação em Saúde, Gestão da Clínica e Preceptoria para o SUS, e oficinas de Acolhimento com Classificação de Risco. Além destes, 2 (dois) cursos de

aperfeiçoamento, cada um com 03 turmas de 40 profissionais, nas áreas de: ACCR e Protocolos Assistenciais e Biossegurança em Ambiente Hospitalar;

- Apoio à Política de Gestão Estratégica e Participativa, Qualificação de gestores de Unidades e Conselheiros Municipais de Saúde, como forma de ampliar e qualificar a gestão do sistema municipal de saúde;

- Apoio aos diversos Comitês internos e interinstitucionais: Gestor; Dengue; Vida no Trânsito, Tuberculose, Saúde do Trabalhador, etc. Participação e apoio às reuniões mensais dos Comitês, visando mediações internas e interinstitucionais entre a SEMUS e outras instituições.

Das ações prioritárias previstas todas foram executadas durante o tempo que a Superintendência de Educação em Saúde(SEDS) esteve ativa. No decorrer de 2014, pós-mudança de gestão, algumas alterações se fizeram necessárias na programação. Em 2015, com a reestruturação do corpo técnico as ações programadas foram retomadas.

2.8.3.2 Desenvolvimento de recursos humanos

A Coordenação de Desenvolvimento de RH é uma das coordenações que integra a SEDS e tem por competência: planejar, programar e assessorar junto às áreas específicas, as necessidades de qualificação de recursos humanos no âmbito da SEMUS; promover a execução e divulgar os programas de desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Ao longo dos últimos 04 (quatro) anos a Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos desenvolveu em média 3 mil capacitações por ano. Dentre elas destacam-se: capacitações para Conselheiros de Saúde, Informática Básica, Internet, Introdutório e LIBRAS para ACS, Cursos para Gestores de Saúde presencial e EAD, Curso para Médicos e Enfermeiros, Abordagem para Portadores de Diabetes e HA, Curso de LIBRAS Básico, Intermediário e Tátil, para servidores de Unidades de Urgência e Emergência, Treinamento para Operacionalização do Software e-SUS para técnicos da AB, Coaching, para servidores, objetivando sempre empoderá-los e melhor atender a população.

A maioria dos cursos foram desenvolvidos em parceria com a EGGEM, uma vez que esta tem uma excelente estrutura física, banco de talentos e recursos para desenvolver ações educativas de curto, médio e longo prazo, de modo a atender ás finalidades do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

As capacitações aconteceram mediante demanda específica, sinalizada pelas Superintendências da SEMUS ou demandas ofertadas pelo catálogo de cursos da EGGEM, parceria esta que vem sendo fortalecida, ano após ano.

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.

2.8.3.3 Escola Técnica do SUS

A ETSUS de São Luís foi criada pela Lei Municipal nº 4.736 de 28/12/2006.

A criação da escola 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. Tradicionalmente a SEMUS preocupada com a qualificação da assistência, investia no desenvolvimento de seus recursos humanos, oferecendo capacitações e treinamentos, tendo para isto constituído um Centro de Capacitação e Treinamento de Recursos Humanos.

Com o advento dos cursos de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem do SUS (PROFAE), outras formações foram demandadas pelo MS: Curso de Formação em Técnico Agente Comunitário de Saúde (TACS) e Curso de Formação em Técnico de Saúde Bucal (TSB), para ACD. Todos os cursos de Formação Técnica Profissional, oferecidos para nível médio. As dificuldades encontradas em desenvolver tal proposta num Estado de dimensões como o Maranhão - 217 municípios, distâncias e dificuldades imensas, fortaleceu o desejo de constituir uma ETSUSdo Município.

A missão da ETSUS/SL é 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 escola não possui sede própria desde julho de 2013, quando o prédio onde estava instalada foi embargado pelo Ministério do Trabalho devido a condições insalubres e necessidade de reformas e manutenção de toda rede hidráulica e elétrica. Desde então, a Escola se encontra sediada na SEMUS, na Superintendência de Educação.

É importante enfatizar que a ausência de uma estrutura física com endereço próprio, dificulta muito o funcionamento da Escola, impedindo-a, inclusive, de integrar a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS). Como consequência, também, há limitação em seu protagonismo, estabelecimento de parcerias e impossibilita seu acesso a projetos que são oriundos de concorrência em editais. Alternativas que poderiam ser utilizadas para captar recursos financeiros e viabilizar o funcionamento efetivo da Escola.

A escola não possuía corpo docente fixo e quando necessário recorria a um Banco de Facilitadores formados por profissionais do SUS que tinham seus curriculum avaliados e aprovados para contratação.

O corpo técnico foi reduzido a dois integrantes (Coordenador Geral e 1 (um) digitador). Os demais profissionais foram colocados à disposição da SEMUS, até que a Escola se reestruture novamente.

- ✓ Cursos realizados no período 2014 a 2017

- Formação Técnica: TACS (Módulo I, II e III) – foram oferecidos e realizados em parceria com a ETSUS do Estado do Maranhão e com o Escola Nacional de Aprendizagem (ENAC) - Escola Técnica contratada de forma privada.

- Qualificação/Aperfeiçoamento/Atualização: A Bem Saúde, Gestão de UBS, ACC, Gestão de Cuidados, Metodologias ativas, Ferramentas de Abordagem na AB, Formação de Redes Assistenciais em Saúde (RAS), Protagonismo e Promoção da Saúde, Atualização em Clínicas, Educação Popular em Saúde.

A ETSUS/SL tem um papel nuclear dentro da estrutura da SEDS. Sua clientela são as coordenações da SEMUS e o público alvo são os profissionais de saúde atuantes no SUS. As demandas, a execução de projetos, desenvolvimento e monitoramento dos mesmos é de responsabilidade compartilhada com todas as coordenações da SEMUS.

No período 2014 a 2017 foram capacitados 3.144 alunos**:** Curso TACS Módulo I: 867 alunos; Curso TACS – Módulo II (ENAC): 197 alunos; Curso TACS – Módulo II e III: 140 alunos; Curso Técnico em Enfermagem: 40 alunos; Cursos de Qualificação Profissional: 1.900 alunos.

Dentre as propostas aprovadas na 11ª Conferência Municipal de Saúde figura a "revitalização da ETSUS para promoção da Educação (Permanente e Continuada) dos profissionais municipais da saúde**".**

Embora havendo grandes limitações orçamentárias e financeiras acreditamos que a escola tem capacidade para contribuir para a qualificação dos profissionais que atuam na rede SUS não somente do município, mas da Regional de Saúde de São Luís, que abrange os municípios: São Luís, São José de Ribamar, Raposa, Paço do Lumiar e Alcântara.

As ações propostas a serem desenvolvidas no período de 2018-2021 são:

I Reestruturar a ETSUS/SL (infraestrutura física, material e equipamentos, recursos humanos).

II Promover etapas formativas 2 e 3 do Curso de Formação TACS 4 turmas de 35 alunos;

III Promover etapa formativa TACS 3 – 1 turma de 40 alunos;

IV Promover curso de aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde, em convenio com Fundação Oswaldo Cruz(FIOCRUZ)/SES - 15 turmas (525)

V Promover curso de Educação Popular em Saúde, em convênio com FIOCRUZ/SES 02 turmas (70 alunos)

VI Promover curso Introdutório para ACE

VII Certificar o Curso Introdutório por aproveitamento de conteúdos, ACE's. que tenham concluído com aprovação do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde PROFORMAR e Técnico em Vigilância em Saúde.

VIII Certificar o Curso Introdutório por aproveitamento de conteúdos, ACS's. que tenham concluído com aprovação a primeira etapa formativa do Curso TACS.

IV Implantar o Projeto Quem sabe faz a hora #EDUCASEMUS

V Desenvolver e implantar a Revista Eletrônica em Saúde da ETSUS/SL

2.8.3.4 Núcleo de Educação Permanente

O Núcleo de Educação Permanente (NEP) da SEMUS de São Luís está implantado desde 2014, através da Portaria n° 334/2014-GAB/SEMUS, de 28 de outubro de 2014, nomeado por meio de ato municipal, datado em 03 de fevereiro de 2014, publicado no diário Oficial do Município, Edição n° 23, no dia 03 de fevereiro de 2014, no uso de suas atribuições legais e regimentais.

O núcleo vem desenvolvendo suas ações de educação permanente desde a sua implantação, embora venha apresentando alguns entraves, como a dificuldade de adesão por parte de algumas Unidades de Saúde da rede municipal. Já implantamos 12 NEP's nas Unidades de Saúde (Hospital Municipal de Urgência e Emergência Clementino Moura - Socorrão II, Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Odorico Amaral de Matos - HC, HM, Pronto Socorro do Anil, Socorrinho I - COHATRAC, Socorrinho II – São Francisco, Unidade Mista Coroadinho, Unidade Mista São Bernardo, Unidade Mista Bequimão, Unidade Mista Itaqui Bacanga, SAMU) ao longo do período.

No ano de 2014 e 2015 as reuniões ocorriam mensalmente com a presença de todos os componentes dos NEP's. Em 2016, ocorreu uma baixa na adesão, tendo sido retomada as atividades em julho de 2017.

A partir do NEP Central, as reuniões aconteceram de forma regular (mensalmente), com calendário anual de agendamento, além das reuniões extraordinárias, com o objetivo de atender as diretrizes da EPS.

A finalidade principal da EPS é de reconceituar e reorientar os processos de capacitação de trabalhadores dos serviços de saúde, tendo como eixo da aprendizagem o trabalho executado no cotidiano dos serviços. A EPS, além de considerar a atualização técnica, possui como objetivo principal a transformação do processo de trabalho, utilizando-se da problematização coletiva do cotidiano do trabalho em equipe, como ponto de partida para direcionar o aprendizado.

Ao participar de cursos e treinamentos de atualização, os profissionais têm contato com a versão da realidade do conhecimento científico acumulado, que nem sempre são aplicáveis na prática do dia-a-dia.

A transformação dos processos de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e garantia do exercício dos princípios doutrinários do SUS, a Universalidade, a Integralidade e a Equidade, é objetivo fundamental da EPS, como estratégia do MS. Ao considerar o trabalho para além de sua dimensão técnica, a EPS passa a ser peça chave na relação entre serviços e a sociedade, pois significa abordar as múltiplas dimensões que o processo de trabalho envolve, contribuindo para intervenções e mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas.

Para os próximos anos, propomos uma maior adesão das Unidades de Saúde da rede, para que contemple as necessidades de desenvolvimento de competências, visando a melhoria do trabalho dos profissionais da Rede Municipal de Saúde e consequentemente melhorando a qualidade do atendimento ao usuário do SUS.

2.8.3.5 Cursos de graduação

O SUS, modelo oficial público de atenção à saúde no Brasil, surgiu em um cenário de mudanças econômicas e políticas nos anos 1980, justificando a necessidade de um novo modelo que fosse diferente da assistência curativa e individual praticada à época. A criação do SUS ocorreu a partir de uma reforma sanitária, que teve seus princípios parcialmente incorporados pela Constituição Federal de 1988.

O cenário de trabalho no SUS e no mercado está mudando, e a AB passou a ser um espaço essencial para ajudar na formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo, preparado para atuar em equipe. Os Ministérios da Saúde e da Educação, entendendo isso como uma necessidade para a adequada implantação do SUS, têm promovido várias iniciativas para estimular a aproximação das Universidades e dos serviços de saúde não hospitalares.

A vivência de alunos de graduação na AB condiz com um aprendizado diversificado, que não se limita apenas ao conhecimento teórico de condutas e procedimentos, mas se baseia fundamentalmente no relacionamento com os usuários inseridos em uma realidade própria, com necessidades e condições especiais.

Diante do exposto, a SEDES/SEMUS vem desenvolvendo ações no sentido de estruturar e organizar o campo de estudo para os alunos de graduação das instituições de ensino tanto públicas quanto particulares.

A resolução 001/2010 GAB/SEMUS de 16 de março de 2010 dispõe sobre o regulamento dos estágios da SEMUS.

Em 2015, foi criada a Portaria nº 185 publicada no diário oficial da União de 22 de junho de 2015 com intuito de Regulamentar os Estágios já referidos.

2.8.3.6 Residência médica e residência multiprofissional

Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerado o "padrão ouro" da especialização médica. O mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Em 2007, o MS e a SEMUS celebraram um convênio de nº 535/2007 cujo objetivo era: Curso de Especialização em Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

A CNRM/MEC/BRASÍLIA-DF credenciou e autorizou por meio do parecer nº. 34/07, de 15.08.2007 o funcionamento da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade na rede de saúde do Município de São Luís. Nesse mesmo ano, mediante Portaria nº 151- A- GAB/SEMUS de 26.09.2007 foi criada a Comissão de Residência Médica da SEMUS e aprovou seu regimento interno.

Em 2008, foi aberto processo seletivo com aprovação de cinco candidatos para o período letivo de 2008 - 2010. Somente dois residentes concluíram o programa. Em 2009 foi aberto novo processo seletivo com aprovação de dois candidatos sendo que os dois concluíram o programa. O último processo seletivo foi realizado em 2009, pois desde este período a RMMFC não dispôs de nenhum recurso financeiro para manter as bolsas de RM e os custos de um processo seletivo.

Desde 2011, RMMFC está descredenciada. Não possuímos recursos para manter o programa (tutores, preceptores e residentes). No entanto pretendemos reativar o programa com recursos da Adesão de entes federados e instituições para seleção de projetos de Programas de Residência Médica (PRM) para concessão de bolsas pelo MS no ano de 2018.

No momento a SEDS/SEMUS realiza a supervisão de campos das Residências Médicas que necessitam de estágio em AB de Saúde na rede do município.

Em relação à Residência multiprofissional, a SEMUS não possui até o momento credenciamento e autorização para funcionamento. Porém realiza a supervisão de campo das Instituições de ensino conveniadas.

Em 25 de junho do ano em curso, em sessão ordinária realizada na Câmara Municipal de Saúde de São Luís, o requerimento nº 231/2018 solicita a implantação da Residência Multiprofissional para área da Saúde na forma do que preleciona a Lei nº 11.129/2005 e as portarias n. 1.143/2005 - MS/DEGES/SGTS.

2.8.4 Ouvidoria do sistema municipal de saúde

A Ouvidoria constitui-se num espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do SUS, onde são recebidas denúncias, reclamações, críticas, sugestões, solicitações de informações e elogios.

A Ouvidoria tem por finalidade: estabelecer canal de comunicação direta entre a SEMUS e o usuário do SUS; contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços e otimização dos recursos existentes. Ela funciona como instrumento de avaliação gerencial na busca da eficácia dos serviços e fortalecimento do SUS e contribui com o processo de humanização dos serviços de saúde, buscando alcançar a satisfação dos usuários e avaliação dos trabalhadores de saúde.

É um serviço de escuta qualificada, por meio do atendimento direto presencial, pelas linhas telefônicas ou via portal web.

Seguem os quantitativos de atendimentos realizados entre 2014 e 2017:

(2014): 655 demandas, sendo 508 registradas pela Ouvidoria Municipal; o restante vem registrado pela Ouvidoria do Estado;

(2015): 315 demandas, sendo 217 registradas pela Ouvidoria Municipal; o restante vem registrado pela Ouvidoria do Estado; o restante vem registrado pela Ouvidoria do Estado;

(2016): 662 demandas, sendo 524 registradas pela Ouvidoria Municipal; o restante vem registrado pela Ouvidoria do Estado;

(2017): 324 demandas, sendo 100 registradas pela Ouvidoria Municipal; o restante vem registrado pela Ouvidoria do Estado;

A Ouvidoria também teve participação nos Programas Extramuros da SEMUS (Todos por São Luís, Feirinha São Luís, etc.), por meio de pesquisas sobre os serviços de saúde oferecidos nessas localidades e divulgação dos serviços da Ouvidoria, para levantar dados que contribuam para a melhoria dos serviços ofertados pelas Unidades de Saúde aos seus usuários.

Os serviços da Ouvidoria servem de parâmetro para detectarmos os entraves da instituição e os avanços do Sistema de Saúde, com o intuito de melhorar as ações de saúde desenvolvidas pela SEMUS, bem como, fornecer informações solicitadas por seus usuários, entretanto, alguns impedimentos vêm acontecendo, que dificultam o bom andamento dos serviços de escuta, houve intermitência do acesso telefônico aos números 0800 280 8877 e 3212-8446 e panes em equipamentos de informática, ocasionando um baixo número de atendimentos da Ouvidoria do Sistema Municipal de Saúde. É necessário ressaltar que essa forma de atendimento é a mais procurada pelos usuários do SUS.

Faz-se necessária a adoção de algumas medidas, especialmente na parte estrutural da rede física da Ouvidoria, para melhorar sua atuação e com isso trazer

benefícios, que subsidiarão os serviços desenvolvidos pela SEMUS, para oferecer um serviço de maior qualidade aos cidadãos de São Luís.

2.8.5 Participação e controle social

No Brasil, nas décadas de 1950 e 1960, a participação comunitária foi utilizada como dispositivo de controle do Estado em relação aos aglomerados urbanos como mecanismo de controle social. A medida que o modelo neoliberal exigiu do Estado garantias de direitos e responsabilidades sociais ocorreu a colaboração da sociedade nas políticas sociais por meio de voluntariado com apelo à solidariedade dos cidadãos.

A participação popular surge ao final da década de 1960 e se firma na década de 1970, com a entrada dos novos movimentos sociais, fundamentais no processo de redemocratização da sociedade e do Estado brasileiro. No período da ditadura militar em 1964, a participação popular caracterizou-se como estratégia de oposição e expressou a reação da população no regime ditatorial existente naquele momento.

No período da ditadura, o controle era exclusivo do Estado sobre a sociedade. Os direitos políticos foram suspensos. Nesta época surgem novos movimentos sociais na luta por melhores condições de vida, que apesar do terror do Estado e de ausência da democracia resistiram e continuaram as lutas por liberdade e por democracia.

A participação social foi instituída na década de 1980, cuja categoria central passa a ser a sociedade. Esta década foi marcada por grandes mobilizações e profundas modificações na democratização do País. Foram criados conselhos em todo o País, como espaço de conquista de cidadania e participação e de controle social.

A Constituição de 1988 deu um novo significado ao controle social e à participação da sociedade civil nas decisões políticas, por meio da concepção e implementação de conselhos de políticas públicas, conferências, ouvidorias, orçamentos participativos, etc).

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, estabelece logo em seu artigo primeiro, que o SUS, de que trata a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

- ✓ CMS de São Luís

O Controle social que significa a participação ativa da sociedade junto aos órgãos governamentais, por meio de suas entidades representativas, tornou-se um aparelho necessário e indispensável para que os direitos do indivíduo sejam respeitados.

Não sendo apenas um órgão fiscalizador, mas sim um instrumento de poder de decisão da população nas questões públicas, o controle social no município de São Luís, é regulamentado, atualmente, pela Lei 6.020 de 23 de dezembro de 2015, que define o CMS como um órgão de caráter permanente e deliberativo, colegiado, composto por representantes do Governo, de Prestadores de Serviços (Públicos, Privados e Conveniados, Filantrópicas ou sem fins lucrativos), de entidades dos Trabalhadores da Saúde e entidades de Usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, tendo como objetivos básicos o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde e da operacionalização do SUS no Município de São Luís.

A Lei 6.020 de 2015 garantiu que a escolha das Entidades, Órgãos e Instituições que terão assento no CMS de São Luís seria definida em Fóruns ou Seminários específicos, que deveriam ser amplamente divulgados.

Definiu ainda a Lei do Controle Social no município, que os segmentos que compõe o CMS terão plena autonomia na escolha dos órgãos governamentais, não governamentais, instituições públicas, privadas, entidades ou fórum de entidades, bem como Distritos Sanitários, com a seguinte distribuição de vagas:

- Governo, Prestadores de Serviços Privados Conveniados, ou sem fins lucrativos com 11(onze) representações;

- Entidades dos Trabalhadores de Saúde com 11(onze) representações e;

- Entidades de Usuários com 22 (vinte e duas) representações.

Assim, atualmente, a composição do conselho é formada por 44 conselheiros titulares e 44 suplentes, sendo 50% por representantes de usuários do SUS, 25% por profissionais de saúde e 25% por gestores e prestadores.

As funções dos membros do CMS/SL não serão remuneradas, sendo seu exercício considerado de Relevância Pública, portanto, deve ser assegurada a liberação de seu trabalho para as reuniões e demais atividades desenvolvidas como Conselheiro, e em se tratando de atividades itinerantes demandadas das funções de Conselheiro de Saúde a SEMUS deverá garantir ajuda de custo para deslocamento, alimentação e

hospedagem ou diárias de viagens, e alimentação quando da realização de atividades de supervisão e acompanhamento das ações e serviços de saúde em povoados ou fora da sede do Município.

O CMS possui acesso a internet (à rádio), funciona em sede própria, recentemente reformada (2015), possuindo 06 salas, um auditório, uma copa, 04 banheiros, 04 vagas de estacionamento, com acessibilidade, mas que ainda apresenta alguns problemas como falta de água encanada. Há também insuficiência de material de expediente e mobiliário, os aparelhos de ar condicionado são muito antigos e não atendem à necessidade.

O conselho possui orçamento próprio previsto na Lei Orçamentária do Município.

No período de 2014 a 2017 foram realizadas diversas atividades pelo CMS, destacando-se as seguintes:

- 07 Pré-conferências, com aos distritos sanitários, concomitantemente, com as audiências públicas para a 11ª Conferência Municipal de Saúde;

- Participação na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres e 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária;

- Capacitação dos Conselheiros que compõe a comissão de fundo, com o Confins/CNS;

- Capacitação de Conselheiros junto à Escola de Governo do Município – EGGEN (Libras/informática/Licitação/Ouvidoria/Auditoria/Planejamento).

No decorrer dos exercícios de 2018-2019 será promovido um estudo do layout da sede, visando ampliação do espaço útil do auditório, que é insuficiente. Será necessária, também, a aquisição de novos equipamentos de informática e periféricos, bem como mobiliários, aparelhos de ar condicionado, telão para projeção de retroprojetor para o auditório, reforma das cadeiras e/ou aquisição, pois todas estão bem desgastadas.

Para o período de 2018 a 2021 estão previstas as seguintes atividades: 07 Pré-conferências (junto aos distritos sanitários) preparatórias para a Conferência Municipal e a 16ª Conferência Nacional de Saúde, bem como capacitações para os conselheiros municipais a serem definidas na plenária do Conselho.

Atualmente o conselho dispõe de um carro para auxiliar nas atividades do conselho, sendo ainda insuficiente para todas as demandas de fiscalização e acompanhamentos realizados pelos conselheiros.

A organização interna e as normas de funcionamento do CMS são regulamentadas por Regimento Interno (Decreto 49.207 de 23 de junho de 2017) elaborado e aprovado pelo plenário do CMS/SL, conforme determina o artigo 1º, § 5º, da lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Acórdão 1660/2011 do TCU, LC 141/2012 e Resolução 453/2012 do CNS.

Compete ao CMS de São Luís, observadas as diretrizes emanadas das Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde, assim como, no disposto na Constituição Federal e nas Leis Federais nº 8080 de 19 de setembro de 1990, 8.142 de 28 de dezembro de 1990, Acórdão 1660 do TCU, LC 141/2012, Resolução 453/2012 do CNS:

I - Definir a Política Municipal de Saúde;

II - Fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;

III - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;

IV - Discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências da área de competência da Saúde;

V - Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público, filantrópico e privado;

VI- Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VII - Anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

VIII - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;

IX - Proceder à revisão periódica do plano de saúde;

X - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;

XI - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do SUS;

XII - Avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes do Plano de Saúde Municipal;

XIII - Acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;

XIV - Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecida na LDO, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

XV - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

XVI - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado e da União, com base no que a lei disciplina;

XVII - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;

XVIII - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;

XIX - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho;

XX - Estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências da área de competência da Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do CMS, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;

XXI - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

XXII - Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do SUS;

XXIII - Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do Município de São Luís;

XXIV - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

XXV - Deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XXVI - Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;

XXVII - Acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CMS/SL;

XXVIII - Deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no SUS;

XXIX - Acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias do Conselho de Saúde;

XXX - Atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS)

XXXI - Solicitar aos Órgãos Públicos Integrantes do SUS no município a colaboração de servidores de qualquer graduação funcional, para participarem da elaboração de estudos, para proferirem palestras técnicas ou ainda prestarem esclarecimentos sobre as atividades desenvolvidas pelo órgão a que pertencem;

XXXII - Deliberar sobre a criação de Comissões Técnicas necessárias ao efetivo desempenho das funções do CMS;

XXXIII- Estabelecer parâmetros quanto à política de recursos humanos a ser seguida no âmbito do SUS de São Luís;

XXXIV - Estabelecer instruções e diretrizes para a formação dos Conselhos de Unidades de Saúde, Conselhos Distritais e do próprio CMS no município de São Luís;

XXXV - Elaborar critérios para celebração de convênios, contratos e outras avenças com Prestadores Públicos, Filantrópicos, Privados e Pessoas Físicas, sempre obedecido os ditames da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 e o disposto no artigo 199

da Constituição Federal e nos artigos 24, 25 e 26 da Lei Orgânica da Saúde de no 8080 de 19 de setembro de 1990;

XXXVI - Estabelecer diretrizes quanto a localização e ao tipo de unidade prestadora de serviços de Saúde pública e privada, no âmbito do SUS nos termos do parágrafo 3º , artigo nº 167, da lei Orgânica Municipal;

XXXVII - Autorizar o descredenciamento de prestadores de serviços que descumprirem as normas legais do SUS, pactuadas em Convênio ou Contrato específicos assinado com a SEMUS;

XXXVIII - Garantir que os Sistemas de Informação dos Órgãos integrantes do SUS no Município de São Luís, forneçam trimestralmente à Secretaria Executiva do CMS, informes epidemiológicos de morbi-mortalidade, de consultas e internações prestadas pelo SUS, além de outras informações de interesse para a saúde pública, divulgando-as para a população;

XXXIX - Garantir Audiências Públicas quadrimestrais na Câmara de Vereadores de São Luís, consoante o disposto nos artigos 34 a 36 da Lei Complementar nº 141/ 2012;

XL - Ter acesso a qualquer informação que diga respeito à estrutura e pleno funcionamento de todos os órgãos vinculados ao SUS em São Luís, conforme Lei Federal nº 12.527 de 18 de novembro de 2011 (Lei da Transparência);

XLI - Manter audiências periódicas com dirigentes dos órgãos vinculados ao SUS em São Luís;

XLII - Propor o desenvolvimento de ações e serviços para a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos das condições de trabalho;

As deliberações do CMS, observado o quórum estabelecido no Regimento Interno, serão tomadas mediante:

- Resoluções homologadas pelo Prefeito Municipal ou pelo Secretário Municipal de Saúde por delegação do Prefeito, sempre que se reportarem as responsabilidades legais do Conselho;

- Recomendações sobre tema ou assunto específico que não é habitualmente de sua responsabilidade direta, mas é relevante e/ou necessário, dirigida a ator ou atores institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência;

- Moções que expressem o juízo do Conselho sobre fatos ou situações, com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição.

O CMS reúne-se uma vez por mês e extraordinariamente, quando convocado na forma regimental.

- ✓ Conferências de saúde

A Lei 8.142 de 1990 disciplina também sobre as Conferências de Saúde, determinando que ela reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

3 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

DIRETRIZ N° 1- Ampliar e qualificar o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado e oportuno, com ênfase na humanização e equidade e no atendimento às necessidades de saúde, mediante aprimoramento da Política de Atenção Básica e Especializada.

OBJETIVO N° 1.1 – Favorecer o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, oportunamente, com humanização e equidade, por meio do aprimoramento da política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

N°	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR (LINHA-BASE)			META PLANO (2018-2021)	UNIDADE DE MEDIDA	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2018	2019	2020	2021
1.1.1	Ampliar a cobertura populacional pelas equipes de Atenção Básica	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	42,96%	2016	Percentual	55%	Percentual	42%	47%	51%	55%
1.1.2	Ampliar a cobertura populacional pelas ESB	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	29,07%	2016	Percentual	38%	Percentual	29%	32%	35%	38%
1.1.3	Realizar procedimentos de caráter individual e coletivo na Atenção Básica	Percentual de internações por cada uma das condições sensíveis à atenção básica	8,27%	2016	Percentual	1.300.000	Número absoluto	871.425	1.000.000	1.200.000	1.300.000
1.1.4	Garantir cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	36,20%	2017	Percentual	40%	Percentual	35%	35%	37%	40%
1.1.5	I mplantar a Política Municipal de Saúde Integral da População Negra nas UBS	Percentual de UBS com Política Municipal de Saúde Integral da População Negra implantada	-	2017	Percentual	100%	Percentual	-	100%	-	-

1.1.6	Realizar procedimentos odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde	Procedimentos odontológicos realizados nas UBS	155.513	2016	Número absoluto	250.455	Número absoluto	188.171	206.988	227.687	250.455
1.1.7	Realizar o atendimento de alunos nas escolas públicas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE)	Alunos de escolas públicas atendidos pelo PSE	42.995	2016	Número absoluto	57.343	Número absoluto	56.843	57.078	57.343	57.343
1.1.8	Promover o desenvolvimento de atividades especializadas em saúde bucal por meio do Centro de Especialidade Odontológica – CEO	Procedimentos realizados no Centro de Especialidade Odontológica - CEO	21.752	2017	Número absoluto	28.000	Número absoluto	16.000	20.000	24.000	28.000
1.1.9	Promover ações ambulatorial e hospitalar com vistas à realização de procedimentos de média e alta complexidade, na gestão municipal	Procedimentos de média e alta complexidade realizados na gestão municipal	8.172.748	2017	Número absoluto	7.582.169	Número absoluto	6.938.759	7.146.922	7.361.329	7.582.169
1.1.10	Manter em funcionamento unidades da Rede de Urgência e Emergência (RUE)	Internações na Rede de Urgência e Emergência da gestão municipal.	20.214	2017	Número absoluto	11	Número absoluto	11	11	11	11
1.1.11	Realizar exames laboratoriais na rede de laboratórios sob gestão municipal	Exames laboratoriais realizados na rede de laboratórios sob gestão municipal	2.057.568	2017	Número absoluto	2.227.177	Número absoluto	2.098.719	2.140.639	2.183.507	2.227.177
1.1.12	Implementar o número de procedimentos realizados pelo Programa Melhor em Casa	Quantidade de usuários assistidos pelas equipes do Programa Melhor em Casa	1.283	2017	Número absoluto	15.536	Número absoluto	7.768	11.652	13.594	15.536
1.1.13	Prover o atendimento de usuários por meio do SAMU, com o envio de ambulâncias	Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da da unidade de suporte avançado de vida e pela equipe de suporte básico de vida	19.430	2017	Número absoluto	23.000	Número absoluto	21.000	21.500	22.000	23.000
1.1.14	Garantir o funcionamento do Complexo Regulador	Proporção da produção ambulatorial de média e alta complexidade regulada	70%	2017	Proporção	01	Número absoluto	01	01	01	01

1.1.15	Realizar/manter convênios e/ou contratação de estabelecimentos de saúde para complementaridade da rede de atenção à saúde	Taxa de mortalidade hospitalar na gestão municipal	5,31	2016	Taxa	23	Número absoluto	20	21	22	23
1.1.16	Promover a construção de estabelecimentos de saúde	Número de estabelecimentos de saúde construídos	0	2017	Número absoluto	2	Número absoluto	1	-	1	-
1.1.17	Promover a ampliação de estabelecimentos de saúde	Número de estabelecimentos de saúde ampliados	0	2017	Número absoluto	1	Número absoluto	1	-	-	-
1.1.18	Promover reforma de estabelecimentos de saúde	Número de estabelecimentos de saúde reformados	11	2017	Número absoluto	10	Número absoluto	-	-	5	5

DIRETRIZ N° 2- Aprimorar/implementar as Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, com o propósito de promover atenção integral à saúde das pessoas nos ciclos diferentes de vida (criança, adolescente, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia e situações de vulnerabilidade.

OBJETIVO N° 2.1 – Promover o cuidado integral e resolutivo às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia e situações de vulnerabilidade, na atenção básica, redes temáticas e redes de atenção à saúde, de forma qualificada e articulada, com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.

N°	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR (LINHA-BASE)			META PLANO (2018-2021)	UNIDADE DE MEDIDA	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2018	2019	2020	2021

2.1.1	Proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	44,72	2016	Proporção	60	Proporção	54	56	58	60
2.1.2	Desenvolver ações e serviços visando o aumento do percentual de nascidos vivos por parto normal na Rede de Atenção à Saúde Materno e Infantil	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	47,68	2016	Proporção	60,85	Proporção	52,57	55,20	57,96	60,85
2.1.3	Número de óbitos maternos, em determinado período e local de residência	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	8	2016	Número absoluto	4	Número absoluto	7	6	5	4
2.1.4	Taxa de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil	26,3	2016	Taxa	20,87	Taxa	24,35	23,13	21,97	20,87
2.1.5	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	Razão de exames citopatológicos docolo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,17	2016	Razão	0,24	Razão	0,22	0,23	0,24	0,24
2.1.6	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,22	2016	Razão	0,22	Razão	0,20	0,21	0,22	0,22
2.1.7	Realizar atendimento de hipertensos e diabéticos por meio da Rede de Atenção às Doenças Crônicas Degenerativas	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – doenças do aparelho circulatório, câncer,	289,8	2017	Taxa	173.942	Número absoluto	130.685	143.753	158.129	173.942

		diabetes e respiratórias crônicas)									
2.1.8	Promover atenção à saúde das populações em risco de vulnerabilidade social	Atendimentos/acolhimento realizados pela equipe de consultório na rua	3.406	2017	Número absoluto	6.000	Número absoluto	4.000	5.000	5.500	6.000
2.1.9	Implementar o atendimento à usuários da Rede de Atenção Psicossocial	Usuários atendidos na Rede de Atenção Psicossocial	13.409	2017	Número absoluto	22.000	Número absoluto	22.000	22.000	22.000	22.000
2.1.10	Realizar ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	0	2017	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
2.1.11	Viabilizar o atendimento de pessoas com órtese e prótese por meio da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência	Pessoas atendidas com órtese e prótese	3.188	2017	Número absoluto	6.000	Número absoluto	4.500	5.000	5.500	6.000

DIRETRIZ N° 3-Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações da vigilância, promoção e proteção à saúde, com foco na prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências e doenças transmissíveis, com vistas ao processo de envelhecimento saudável.

OBJETIVO N° 3.1 – Fortalecer ações de vigilância em saúde, com ênfase na promoção e prevenção à saúde, e controle de doenças e agravos.

N°	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR (LINHA-BASE)			META PLANO (2018-2021)	UNIDADE DE MEDIDA	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2018	2019	2020	2021

3.1.1	Promover o encerramento oportuno de casos de doenças de notificação compulsória, em até 60 dias, após notificação	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNC) encerrados em até 60 dias após notificação	100	2017	Proporção	80	Proporção	80	80	80	80
3.1.2	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial das arboviroses	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial das arboviroses	05	2017	Número absoluto	04	Número absoluto	04	04	04	04
3.1.3	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	52,9	2016	Proporção	80	Proporção	80	80	80	80
3.1.4	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticada nos anos da coorte	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	78,4	2017	Proporção	88	Proporção	88	88	88	88
3.1.5	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de tuberculose pulmonar examinados	82	2017	Proporção	70	Proporção	70	70	70	70
3.1.6	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar, com confirmação laboratorial	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	28,8	2017	Proporção	85	Proporção	85	85	85	85
3.1.7	Proporção de vacinas do Caderno Nacional de Vacinação para Crianças < 2 anos- Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10(2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice Viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada	Proporção de vacinas selecionadas do Caderno Nacional de Vacinas para Crianças < 2 anos- Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10 -valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice Viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada	25	2016	Proporção	75	Proporção	75	75	75	75

3.1.8	Proporção de registros de óbitos alimentados no Sistema de Informação de Óbito (SIM) em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência	Proporção de registros de óbitos no SIM em até 60 dias após o final do mês de ocorrência	90	2017	Proporção	90	Proporção	90	90	90	90
3.1.9	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) em relação ao estimado, recebido na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência	Proporção de registros de nascidos vivos no SINASC em até 60 dias após o final do mês de ocorrência	91	2017	Proporção	90	Proporção	90	90	90	90
3.1.10	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	100	2017	Proporção	90	Proporção	90	90	90	90
3.1.11	Número absoluto de óbito por leishmaniose visceral	Número absoluto de óbitos por leishmaniose visceral	6	2016	Número absoluto	3	Número absoluto	7	5	4	3
3.1.12	Reduzir em 6% ao ano o número de óbitos por acidentes de trânsito em São Luis-MA	Número de Óbitos por acidentes de trânsito em São Luis-MA	100	2017	Número absoluto	78	Número absoluto	94	88	83%	78
3.1.13	Notificar violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	Percentual de casos de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	99,9%	2017	Percentual	95%	Percentual	95%	95%	95%	95%
3.1.14	Manter ações de Vigilância em Saúde	Ações de Vigilância em Saúde	12	2017	Número absoluto	12	Número absoluto	12	12	12	12
3.1.15	Promover a realização de testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais para prevenção e controle destas doenças em relação aos testes recebidos	Percentual de realização de testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais para prevenção e controle destas doenças em relação aos testes recebidos	15,9%	2017	Percentual	80%	Percentual	40%	70%	80%	80%

3.1.16	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 anos de idade	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade	150	2016	Número absoluto	61	Número absoluto	120	96	77	61
3.1.17	Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos	Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos	6	2017	Número absoluto	0	Número absoluto	3	2	1	0
3.1.18	Reduzir em 5% o numero de óbitos por causa básica AIDS	Número de óbitos por causa básica AIDS	121	2016	Número absoluto	97	Número absoluto	115	109	103	97
3.1.19	Promover nas unidades de saúde notificação de doenças e agravos relacionados ao trabalho em 10 unidades públicas e 05 privadas	Número de unidades de saúde, notificando doenças e agravos, relacionados ao trabalho	10	2016	Número absoluto	15	Número absoluto	15	15	15	15
3.1.20	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	95	2016	Proporção	95	Proporção	95	95	95	95
3.1.21	Implementar em 50% dos 110 municípios da área de abrangência do Cerest Regional São Luís a notificação de doenças e agravos relacionados à Saúde do Trabalhador	Percentual de municípios da área de abrangência do Cerest Regional São Luís com notificação de doenças e agravos relacionados à Saúde do Trabalhador	50%	2017	Percentual	50	Percentual	50%	50%	50%	50%
3.1.22	Implementar ações de VISAT em São Luis e 02 (dois) municípios da Região de Saúde	Número de municípios da Região de Saúde de São Luis com implementação de ações da VISAT	03	2017	Número absoluto	03	Número absoluto	03	03	03	03

3.1.23	Promover a prevenção e controle de raiva canina e felina	Proporção de cães e gatos vacinados contra raiva animal	80	2016	Proporção	80	Proporção	80	80	80	80
3.1.24	Promover ações e manutenção da vigilância ambiental (análise de água para consumo humano em 684 amostras)	Proporção de análises realizadas em 684 análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros de coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	41,22	2016	Proporção	75	Proporção	75	75	75	75
3.1.25	Realizar cadastramento no SISSOLO de áreas de risco preexistentes e de novas áreas identificadas	Proporção de cadastros realizados no SISSOLO em áreas de risco preexistentes e novas áreas identificadas.	100	2017	Proporção	24	Número absoluto	24	24	24	24
3.1.26	Promover ações e manutenção da vigilância sanitária (fiscalização de estabelecimentos)	Percentual de no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias (cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA; inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA; atividades educativas para população; atividades educativas para o setor regulado; recebimento de denúncias; atendimento	100%	2016	Percentual	5.889	Número absoluto	5.439	5.589	5.739	5.889

		de denúncias; e instauração de processo administrativo sanitário).									

DIRETRIZ N° 4 - Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

OBJETIVO N° 4.1 – Favorecer a disponibilidade no SUS de medicamentos e insumos referentes à assistência farmacêutica para a população.

N°	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR (LINHA-BASE)			META PLANO (2018-2021)	UNIDADE DE MEDIDA	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2018	2019	2020	2021
4.1.1	Prover a dispensação de medicamentos para a Farmácia Básica	Número de medicamentos distribuídos para as Unidades Básicas de Saúde	5.510.185	2016	Número absoluto	13.330.240	Número absoluto	7.934.966	9.521.600	11.425.920	13.330.240
4.1.2	Prover medicamentos e material médico para a Unidade/Farmácia Hospitalar	Número de medicamentos e Material Médico distribuídos para as Farmácia Hospitalar	22.223.840	2017	Número absoluto	55.300.025	Número absoluto	32.002.330	38.402.796	46.083.355	55.300.025

DIRETRIZ N° 5 - Promover a formação, educação permanente, qualificação e valorização dos trabalhadores do SUS, além da desprecarização e

democratização das relações de trabalho.

OBJETIVO N° 5.1 – Promover a qualificação e valorização dos profissionais da rede municipal de saúde, considerando às necessidades do SUS.

N°	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR (LINHA-BASE)			META PLANO (2018-2021)	UNIDADE DE MEDIDA	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2018	2019	2020	2021
5.1.1	Manter a Escola Técnica do SUS e o seu funcionamento.	Número de profissionais capacitados pela ETSUS	162	2017	Número absoluto	01	Número absoluto	01	01	01	01
5.1.2	Realizar a capacitação dos profissionais de saúde da SEMUS	Número de profissionais de saúde capacitados	3.880	2016	Número absoluto	3000	Número absoluto	3.000	3.000	3.000	3.000

DIRETRIZ N° 6 - Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadão.

OBJETIVO N° 6.1 - Favorecer a participação popular no SUS, fortalecendo os vínculos do cidadão com o sistema.

N°	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR (LINHA-BASE)			META PLANO (2018-2021)	UNIDADE DE MEDIDA	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2018	2019	2020	2021
6.1.1	Promover reuniões do CMS	Número de Conselheiros Municipais de Saúde presentes na reunião ordinária	25	2016	Número absoluto	12	Número absoluto	12	12	12	12

6.1.2	Realizar Conferência Municipal de Saúde	Número de Conferência Municipal de Saúde realizada	01	2017	Número absoluto	02	Número absoluto	-	01	-	01
6.1.3	Acolher, por meio da Ouvidoria do SUS, demandas dos cidadãos visando a melhoria do atendimento prestado	Número de usuários atendidos pela Ouvidoria da Saúde	321	2017	Número absoluto	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%

DIRETRIZ N° 7 - Implementar modelo de gestão e qualificar os processos de execução de transferências de recursos.

OBJETIVO N° 7.1 - Contribuir com a qualificação da gestão.

N°	DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA META	INDICADOR (LINHA-BASE)			META PLANO (2018-2021)	UNIDADE DE MEDIDA	META PREVISTA			
			VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2018	2019	2020	2021
7.1.1	Garantir recursos para custeio e investimento na SEMUS	Recursos destinados para custeio e investimento na SEMUS	6.538.243,00	2017	Moeda	7.341.220,00	Moeda	6.528.243,00	6.735.000,00	11.375.719,52	7.341.220,00
7.1.2	Garantir recursos para pagamento de pessoal e encargos sociais	Recursos destinado para pagamento de pessoal e encargos sociais	201.298.727,00	2017	Moeda	237.586.927,00	Moeda	211.311.995,00	216.221.343,06	223.849.591,20	237.586.927,00
7.1.3	Implantar a Sala de Situação de Saúde, com vistas ao monitoramento e avaliação permanente dos processos de trabalho e resultados esperados/alcançados	Número de sala de situação implantadas	0	2017	Número	01	Número	-	-	01	-

REFERÊNCIAS

1 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico, HIV AIDS 2017**. 2017. Disponível em: http:/aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017. Acesso em: 02 de maio de 2018.

2 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico, Sífilis 2017.** 2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017. Acesso em: 22 de maio de 2018.

3 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde de A a Z - Dengue.** 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/dengue. Acesso em: 29 de maio de 2018.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Chikungunya: manejo clínico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

5 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevenção e combate - Dengue.** 2018. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/pt/tira-duvidas. Acesso em: 03 de junho de 2018

6 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico, Vol 49, 2018.** 2017. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf . Acesso em: 29 de maio de 2018.

7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

8 BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Epidemiológica e morbidades. **Prevenção e combate - Dengue.** 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercma.def. Acesso em: 08 de junho de 2018

9 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde de A a Z - Dengue.** 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/sarampo-situacao-epidemiologica. Acesso em: 19 de maio de 2018.

10 BRASIL, Ministério da Saúde. **Agência saúde - Sarampo.** Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43868-ministerio-da-saude-atualiza-casos-de-sarampo-no-brasil. Acesso em: 02 de junho de 2018.

11 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde de A a Z -** Varicela**.** 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/varicela-herpes-zoster/11497-situacao-epidemiologica-dados. Acesso em: 19 de maio de 2018.

12 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde de A a Z - Poliomielite.** 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/poliomielite. Acesso em: 04 de junho de 2018.

13 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde de A a Z – Leishmaniose visceral.** 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral/11334-situacao-epidemiologica-dados. Acesso em: 03 de junho de 2018.

14 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde de A a Z – Esquistossomose.** 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/esquistossomose/situacao-epidemiologica. Acesso em: 12 de junho de 2018.

15 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância da Esquistossomose Mansoni: diretrizes técnicas**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

16 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde de A a Z – Raiva humana.** 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/raiva/situacao-epidemiologica. Acesso em: 12 de junho de 2018.

17 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde de A a Z – Raiva humana.** 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/leptospirose/9805-situacao-epidemiologica-dados. Acesso em: 10 de junho de 2018.

18 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde de A a Z – Raiva humana.** 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/leptospirose/9805-situacao-epidemiologica-dados. Acesso em: 10 de junho de 2018.

19 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde de A a Z – Raiva humana.** 2018. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/918-saude-de-a-a-z/influenza/22873-informacoes-sobre. Acesso em: 03 de junho de 2018.

20 BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais. **Mortalidade.** 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ma.def. Acesso em: 09 de junho de 2018

21 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS.** 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

22 BRASIL. Decreto n. 33.661 de 27 de novembro de 2017. **Institui a Política Estadual de Saúde Integral da População Negra e das Comunidades Tradicionais de Matriz Africana e Quilombola do Maranhão.** Disponível em: http://www.stc.ma.gov.br/legisla-documento/?id=4998. Acesso em: 21 mai. 2018.

23 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 mai. 2018.

24 BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **TD 0996 - O Sistema Classificatório de Cor ou Raça do IBGE.** 2003. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4212. Acesso em: 06 de jun. 2018.

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

APÊNDICES

ENDEREÇO DAS UNIDADES DE SAÚDE DE SÃO LUÍS

UNIDADE MISTA BEQUIMÃO (DISTRITO BEQUIMÃO)

Endereço: Avenida do Contorno, s/n – Bequimão –Secretária: 3212.8701.

UNIDADE MISTA COROADINHO (DISTRITO COROADINHO)

Endereço: Rua da Vitória, s/n – Coroadinho – Serviço Social: 3212.8404.

UNIDADE MISTA ITAQUI-BACANGA (DISTRITO ITAQUI BACANGA)

Endereço: Av. dos Portugueses, s/n – Vila Izabel – Direção: 3212.8900

UNIDADE MISTA SÃO BERNARDO (DISTRITO TIRIRICAL)

Endereço: Av. Tiradentes, s/n – São Bernardo – Direção: 3212.2804.

HOSPITAL MUNICIPAL DJALMA MARQUES - SOCORRÃO I(DISTRITO CENTRO)

Endereço: Rua do Passeio, s/n – Centro 3212.8337) - E-mail- lilian-veloso@hotmail.com.

HOSPITAL MUNICIPAL DR. CLEMENTINO MOURA – SOCORRÃO II(DISTRITO TIRIRICAL)

Endereço: Rua Tancredo Neves, s/n – Santa Efigênia – Setor Adm. 3212.2701, NIR: 3212.2710, Sala de Parecer: 3212.2715, Serviço Social: 3212.2719.

HOSPITAL DR. ODORICO AMARAL DE MATOS - HOSPITAL DA CRIANÇA(DISTRITO BEQUIMÃO)

Endereço: Avenida dos Franceses, s/n – Alemanha -(Serviço Social – 3212.8417);

HOSPITAL DA MULHER (DISTRITO ITAQUI BACANGA)

Endereço: Av. dos portugueses, s/n – Vila Izabel –3212.8465

PRONTO SOCORRO DO ANIL (DISTRITO COHAB)

Endereço: Av. Casemiro Junior, s/n – Anil – 3212-8800/3259-9652 /3212-8802.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SOCORRINHO I COHATRAC (DISTRITO COHAB)

Endereço: Rua 09, s/n – Cohatrac II – Direção: 3243.5049.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SOCORRINHO II SÃO FRANCISCO(DISTRITO CENTRO)

Endereço: Rua Hemetério Leitão, s/n – São Francisco: Direção: 3268.8826.(Serviço Social-3268-8809)

E-mail- lilian-veloso@hotmail.com

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ZONA RURAL (DISTRITO VILA ESPERANÇA)

Endereço: BR – 135 km 7 – S/N – Distrito Industrial – Maracanã, CEP: 65010-000

CENTRO DE SAÚDE PAULO RAMOS (DISTRITO CENTRO)

Endereço: Rua do Passeio, 236 – Centro- 3221-3265.

CENTRO DE SAÚDE FÁTIMA (DISTRITO COROADINHO)

Endereço: Rua Ademar de Barros, s/n – Fátima – 3243-2787/3243-3190/3271-5456/3243.2105.

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CEO ALEMANHA(DISTRITO BEQUIMÃO)

Endereço: Rua Luís de Carvalho – Alemanha – 3249-3045/ 3271-5651

CENTRO ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CEO FILIPINHO(DISTRITO COROADINHO)

Endereço: Rua 13, Qd. 13, Casa 16 – Filipinho – 3243-1099

CENTRO ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CEO VILA ESPERANÇA(DISTRITO VILA ESPERANÇA)

Endereço: Praça Marly Sarney, S/N – Vila Esperança- 3241-8631.

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS CEM FILIPINHO (DISTRITO COROADINHO)

Endereço: Rua 13, Qd. 13 Casa 16 – Filipinho – 3214-4613 / 3214-4614

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS CEM VILA ESPERANÇA (DISTRITO VILA ESPERANÇA)

Endereço: Praça Marly Sarney, S/N – Vila Esperança – 3241-8816.

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO - CAISI (DISTRITO COROADINHO)

Endereço: Sitio Leal, Qd. N, Nº. 12 – Filipinho – 3243-2912

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL JOÃO ANTONIO FARINA(DISTRITO COROADINHO)

Endereço: Rua 03, quadra 17, casa 507 – Filipinho – 3275-64 64.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU (DISTRITO CENTRO)

Endereço: Avenida João Pessoa – Filipinho – Fone:

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE AMBULÂNCIA

Endereço: Avenida João Pessoa – Filipinho – Fone:

CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO LIRA (DISTRITO CENTRO)

Endereço: Praça São Roque Lira, S/N – Lira – 3212-8380.

CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO ANIL (DISTRITO COHAB)

Endereço: Av: São Sebastião, S/N – Anil – 3245-9853 / 3212.8805.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGA – CAPS AD (DISTRITO COROADINHO)

Endereço: Rua Martinhos Royer ,Qd R, Casa 22 – Sítio Leal - Filipinho,

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL – CAPS i(DISTRITO COHAB)

Endereço: Rua H, Qd F, Cs 05, Loteamento Jardim Atlântico, - TURU

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL II - CAPS II (DISTRITO COHAB)

Endereço: Rua Projetada 2 – Qd F Cs 11 – Jardim Libanês – Olho D'água.

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA I FILIPINHO (DISTRITO COROADINHO)

Endereço: Rua 02, Qd. 06 Casa 23 – Filipinho.

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA II SÃO CRISTOVÃO (DISTRITO TIRIRICAL)

Endereço: Rua 34, quadra 25, nº02, Conjunto Cohapam / Jardim São Cristóvão.

RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA III IPASE (DISTRITO BEQUIMÃO)

Endereço: Rua Bartolomeu Gusmão, quadra C, Casa nº 05 - IPASE.

LABORATÓRIO CENTRAL - LACEM (DISTRITO CENTRO)

Endereço: Rua Osvaldo Cruz, s/n Centro – 3212-8265 / 3212-82