SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020 2023

Maranhão
2020

GOVERNO DO MARANHÃO

SECRETARIA DA SAÚDE

Flávio Dino de Castro e Costa
Governador do Estado

Carlos Eduardo de Oliveira Lula
Secretário de Estado da Saúde

Karla Suely da Conceição Trindade
Subsecretária de Estado da Saúde

Maiara Lena da Silva Nunes
Secretária Adjunta de Administração e Engenharia

Aline Ribeiro Dualibe Barros
Secretária Adjunta de Finanças

Waldy da Rocha Ferreira Neto
Secretário Adjunto de Assuntos Jurídicos

Waldeise Pereira
Secretária Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Carmen Lúcia Silva Belfort Pinheiro
Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde

Vinícius César Ferro Castro
Gestor do Fundo Estadual de Saúde

Valonni Fernandes Arthuro
Gestor de Atividade Meio

Marina do Nascimento Sousa
Chefe da Unidade Gestora de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria

Mayrlan Ribeiro Avelar
Superintendente da Assistência em Saúde

Edimilson Silva Diniz Filho
Superintendente da Vigilância Sanitária

Márcio Henrique Silva Menezes
Superintendente da Atenção Primária

Léa Márcia Melo da Costa
Superintendente de Vigilância Epidemiológica

Alberto Allan Rodrigues Patrício
Chefe da Assessoria Especial

Mário Henrique Januário Sousa
Chefe da Assessoria de Planejamento e Ações Estratégicas

Equipe Técnica da ASPLAN:

Adalgisa Chaves Baluz
Ana Lilia Araújo Moraes
Carlos Humberto Abreu Junior
Denise Alves Pinheiro Fortes
Joana Bárbara Lima de Sousa
José Ribamar Moraes Linhares
Lucyanna Dantas Teixeira de Melo Oliveira
Luiz Carlos Castro Blanco Vidal
Maria da Graça Borralho Araújo
Maria de Lourdes Gusmão Souza
Sumaia Costa Ferreira
Sandra Maria Barbosa Conceição

Equipe de Elaboração:
Carlos Humberto Abreu Junior
Denise Alves Pinheiro Fortes
Maria da Graça Borralho Araújo
Macleya Gomes Silva

Equipe de Apoio:
Equipe Técnica da Atenção Primária
Equipe Técnica da Assistência em Saúde
Equipe Técnica da Vigilância Epidemiológica e Sanitária
Equipe Técnica do ConectaSUS
Grupos Condutores das Redes Temática

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo do Planejamento no SUS.

Figura 2 – Composição do Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

Figura 3 - Cronologia do Processo de Elaboração do PES 2020-2023.

Figura 4 - Mapa do Planejamento Estratégico da SES 2020-2023.

Figura 5 – Pirâmide Etária do Estado do Maranhão (2018).

Figura 6 - Perfil Socioeconômico do Estado do Maranhão.

Figura 7 – Taxa de Internação por Hipertensão Arterial e outras doenças hipertensivas, por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.

Figura 8 – Taxa de Internação por Diabetes Mellitus, por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.

Figura 9 - Taxas brutas de incidência de casos de câncer, por sexo, segundo Estado e capital, 2018.

Figura 10 - Distribuição espacial da Taxa Mortalidade por Doenças Cardiovasculares, segundo região de saúde de residência, Maranhão 2010 e 2018.

Figura 11 – Distribuição espacial da taxa Mortalidade Infantil, segundo região de saúde de residência, Maranhão, 2010 e 2018.

Figura 12 – Taxa de Mortalidade por Acidente de Transporte Terrestre, por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.

Figura 13 – Distribuição de casos de hanseníase na população geral, Maranhão, 2018.

Figura 14 – Coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose todas as formas, segundo município de residência, Maranhão, 2015 a 2019.

Figura 15 – Organograma da Secretaria de Estado da Saúde (Versão Preliminar-2019).

Figura 16 – Mapa dos Estabelecimentos, sob Gestão Estadual, por Região de Saúde. (Maranhão, out. /2019).

Figura 17 – Distribuição das Unidades Hemoterápicas da Hemorrede, segundo a Macrorregião e a Região de Saúde (2019).

Figura 18 – Rede de Laboratórios do Estado do Maranhão.

Figura 19 - Série histórica de cadastramento de áreas pelo DVS.

Figura 20 - Coletas de amostras de água para detecção de resíduos de agrotóxicos 2015/2018.

Figura 21 – Número de municípios com VSA implantada 2015 – 2018.

Figura 22 – Cobertura dos Planos de Assistência Médica nas Unidades da Federação, Brasil. (fev. /2019).

Figura 23 – Rede de Atenção as Urgências, Estado do Maranhão.

Figura 24 – Rede de Atenção Psicossocial, Estado do Maranhão.

Figura 25 – Rede de Serviços de Atenção à Pessoas com Doenças Crônicas, Estado do Maranhão.

Figura 26 - Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência no Estado do Maranhão.

Figura 27 – Mapa das Unidades Regionais de Saúde, Estado do Maranhão

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Vinculação dos Instrumentos de Planejamento da SES 2020-2023.

Quadro 2 - Esperança de vida ao nascer do Maranhão e Brasil, 2010 e 2017.

Quadro 3 - Série histórica do percentual de fumantes, segundo Vigitel.

Quadro 4 - Taxa de mortalidade por causa de morte classificada por capitulo da CID-10 (por 100 mil habitantes) em ordem de posição das taxas, Maranhão, 2010 e 2018.

Quadro 5 - Número e percentil de internações por faixa etária, Maranhão 2010 e 2018.

Quadro 6 - Região de Saúde, Municípios e suas respectivas populações onde haverá atuação da FESMA no período de 2020 a 2023.

Quadro 7 - Demonstrativo dos indicadores, metas e resultados do quadriênio 2016 – out.2019.

Quadro 8 - Orçamento da Secretaria de Estado da Saúde – PPA 2020-2023.

Quadro 9 - Instituições conveniadas para estágios na Capital.

Quadro 10 - Instituições conveniadas para estágios demais Municípios.

Quadro 11 - Total de Alunos Capacitados, por Tipo de Cursos, ETSUS/MA 2007 a 2019.

Quadro 12 - Número de Municípios, segundo a situação do Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Saúde.

Quadro 13 - Painel dos Objetivos do Planejamento Estratégico da SES/MA.

Quadro 14 - Programas e Ações contemplados no PPA 2020-2023.

Quadro 15 - Eixos e Diretrizes do PES 2020-2023.

Quadro 16 - Diretrizes e Objetivos do PES 2020-2023.

Quadro 17 - Grade de Referência, segundo Serviço de Referência, por Macrorregião Norte, Estado do Maranhão.

Quadro 18 - Grade de Referência, segundo Serviço de Referência, por Macrorregião Sul, Estado do Maranhão.

Quadro 19 - Grade de Referência, segundo Serviço de Referência, por Macrorregião Leste, Estado do Maranhão.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População residente por faixa etária e sexo - Maranhão (2018)

Tabela 2 - Estimativas de câncer entre os anos de 2014 a 2018

Tabela 3 - Razão de Mortalidade Materna (RMM)*, por Regiões de Saúde, Maranhão, 2010 a 2018

Tabela 4 - Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)*, por Regiões de Saúde, Maranhão, 2010 a 2018.

Tabela 5 - Número de casos de violência autoprovocada notificados por Região de Saúde, Maranhão 2014 a 2018.

Tabela 6 - Coeficiente e Média da Detecção de casos de Hanseníases, Regiões de Saúde, Maranhão 2014-2018.

Tabela 7 - Distribuição de casos confirmados de sarampo, por município, Maranhão, 2019.

Tabela 8 - Tabela 8 - Distribuição de casos notificados de meningite segundo classificação final, Maranhão, 2014 a 2019.

Tabela 9 - Distribuição de casos confirmados de meningites, segundo etiologia, Maranhão, 2014 a 2019.

Tabela 10 - Casos e Óbitos de SRAG Notificados e Classificados, Maranhão, 2016 a 2019.

Tabela 11 - Casos e óbitos por tipo de vírus da Influenza, MA 2016 a 2019.

Tabela 12 - Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Tipo de Gestão e Natureza Jurídica (Maranhão, out. /2019).

Tabela 13 - Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Macrorregião de Saúde e Tipo de Gestão (Maranhão, out. /2019).

Tabela 14 - Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Região de Saúde e Tipo de Gestão (Maranhão, out. /2019).

Tabela 15 - Tipo dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Tipo de Gestão (Maranhão, out. /2019).

Tabela 16 - Número de Leitos SUS por Especialidade, segundo a Região de Saúde. (Maranhão- out. /2019).

Tabela 17 - Distribuição dos Leitos Complementares SUS por Tipo, segundo a Região de Saúde (Maranhão-out.2019).

Tabela 18 - Ranking da demanda por hemocomponentes em municípios do interior do Maranhão (2015-2018).

Tabela 19 - Capacidade instalada dos Núcleos de Hemoterapia da Hemorrede Estadual, Maranhão 2019.

Tabela 20 - Atendimentos Multidisciplinares no HEMOMAR, 2016-2018.

Tabela 21 - Indicadores da Central Estadual de Transplantes, Maranhão, 2016 a 2019.

Tabela 22 - Produção Ambulatorial, Quantidade Aprovada por Ano de Atendimento, segundo o Grupo de Procedimento, sob Gestão Estadual, Estado do Maranhão, 2008-2018.

Tabela 23 - Produção Hospitalar, AIH Aprovada por Ano de Atendimento, segundo o Grupo de Procedimento, sob Gestão Estadual, Estado do Maranhão, 2008-2018

Tabela 24 - Equipes de Saúde, por Tipo e Região de Saúde, Estado do Maranhão (out.2019).

Tabela 25 - Número de serviços/Inspeções realizadas pelos Núcleos do Departamento de Serviços de Saúde da Superintendência da Vigilância Sanitária (SUVISA), 2016-2019.

Tabela 26 - Número de inspeções realizadas pelo Departamento de Serviços de Saúde, segundo as Regiões de Saúde, Estado do Maranhão, 2016 a 2018.

Tabela 27 - Desempenho das Atividades realizadas pelos Núcleos do Departamento de Produtos da SUVISA, 2016-out.2019.

Tabela 28 - Ações Realizadas pela Vigilância em Saúde Ambiental, 2015-2018.

Tabela 29 - Número de Participantes, segundo os Projetos Educativos da Superintendência de Vigilância Sanitária, 2016-out.2019.

Tabela 30 - Cobertura Assistencial dos Planos Privados de Saúde, nas Unidades da Federação, Brasil, (fev./2019).

Tabela 31 - Beneficiários dos Planos por tipo, no Brasil e Maranhão, (fev.2019).

Tabela 32 - Atendimentos no SUS de Beneficiários de Planos Privados no Maranhão (2017).

Tabela 33 - Serviços da Rede Materno Infantil, por componente e Região de Saúde, Maranhão.

Tabela 34 - Número de Leitos SUS por Componente de Investimentos, Segundo Região de Saúde, Estado do Maranhão.

Tabela 35 - Recursos Federais Transferidos ao Fundo Estadual de Saúde, por Grupo de Ação – Estado do Maranhão 2004-2018 (Valores em RS).

Tabela 36 - Dotação Orçamentária da Secretaria de Estado da Saúde, 2015-2018 (Em R$).

Tabela 37 - Distribuição de Recursos Humanos que atende o SUS, segundo Profissionais Indivíduos de Nível Superior por Tipo de Gestão, Estado do Maranhão, dez. /2018.

Tabela 38 - Distribuição de Recursos Humanos que atende o SUS, segundo Profissionais Indivíduos de Nível Técnico por Tipo de Gestão, Estado do Maranhão, dez. /2018.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Proporção de nascidos vivos, segundo número de consultas pré-natal, Maranhão, ano 2010-2018.

Gráfico 2 - Proporção de nascidos vivos por idade da mãe – Maranhão, 2010 a 2018

Gráfico 3 - Distribuição (%) dos nascimentos por cesariana, segundo a paridade – Maranhão, 2010 a 2018.

Gráfico 4 - Percentual de Consumo de alimentos in natura e ultraprocessados na população adulta do Maranhão, de 2015 a 2018.

Gráfico 5 - Percentual de excesso de peso e obesidade na população adulta do Maranhão, de 2013 a 2018.

Gráfico 6 - Gráfico 6 - Internações por Hipertensão Essencial por Ano processamento segundo Região de Saúde - 2015 a 2019 Faixa Etária 1: 20 a 80 anos mais

Gráfico 7 - Gráfico 7 - Internações por Diabetes Mellitus por Ano processamento segundo Região de Saúde 2015 a agosto 2019 - Faixa Etária 1: 20 a 80 anos mais.

Gráfico 8 - Razão de exame de mamografia de rastreamento em mulheres de a 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária e Razão de citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos e população na mesma faixa etária no Estado do Maranhão, ano 2014-2019.

Gráfico 9 - Frequência (nº absoluto) da mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis – DCNT. Maranhão 2010-2018.

Gráfico 10 - Taxa de Mortalidade pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis – DCNT na população em geral e população prematura (30 a 69 anos). Maranhão 2010-2018.

Gráfico 11 - Taxa de Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, Doenças do Aparelho Circulatório, Diabetes Mellitus, Doenças Respiratórias Crônicas e Neoplasias. Maranhão 2010 a 2018.

Gráfico 12 - Taxa de Mortalidade por doenças cardiovasculares e três subgrupos: isquêmicas do coração, hipertensivas e cerebrovasculares, Maranhão, 2010 a 2018.

Gráfico 13 - Taxa de Mortalidade de neoplasias malignas na população geral, feminina e masculina, Maranhão, 2013 a 2018.

Gráfico 14 - Taxa de Mortalidade dos óbitos por Diabetes Mellitus, por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.

Gráfico 15 - Taxa de Mortalidade dos óbitos por doenças respiratórias crônicas, por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.

Gráfico 16 - Distribuição da mortalidade pelas principais DCNT por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.

Gráfico 17 - Razão Mortalidade Materna Direta, Brasil, Região Nordeste e Maranhão, 2010 a 2018

Gráfico 18 - Razão de Mortalidade Materna no Maranhão, 2010-2018.

Gráfico 19 - Número absoluto de óbitos maternos no Maranhão, 2010-2018.

Gráfico 20 - Taxa de Mortalidade Infantil, Brasil, Região Nordeste e Maranhão 2010 a 2018.

Gráfico 21 - Número absoluto de óbitos infantis no Maranhão, 2010 a 2018.

Gráfico 22 - Taxa de Mortalidade Infantil com e sem fator de correção, Maranhão, 2010 a 2018.

Gráfico 23 - Número de notificações por tipo de violência. MA, 2014 a 2018.

Gráfico 24 - Número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano de ocorrência. MA, 2014 a 2018.

Gráfico 25 - Taxa de Mortalidade por tipo de acidente de transporte terrestre (por 100.000 mil hab.), Maranhão, 2010 a 2018.

Gráfico 26 - Taxa de mortalidade por ATT Totais e ATT por ocupantes de motociclistas e triciclos, Maranhão, 2010 a 2018.

Gráfico 27 - Principais causas de internação hospitalar, segundo a CID-10, 2010-2018, Maranhão.

Gráfico 28 - Taxa de Internação Hospitalar por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.

Gráfico 29 - Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos. Maranhão, 2006 a 20118.

Gráfico 30 - Modo de detecção dos casos novos de hanseníase, Maranhão, 2014 a 2018.

Gráfico 31 - Coeficiente de incidência de tuberculoses por unidade federada, Brasil 2019

Gráfico 32 - Coeficiente de mortalidade por tuberculose (100.000 mil hab.), Maranhão, 2015 a 2019.

Gráfico 33 - Casos confirmados x óbitos por leishmaniose visceral, Maranhão, 2015-2018.

Gráfico 34 - Casos notificados de leishmaniose tegumentar, Estado do Maranhão, 2015-2018.

Gráfico 35 - Número de Casos e Taxa de Incidência de Dengue, Maranhão, 2014 a 2018.

Gráfico 36 - Número de Casos e Taxa de Incidência de Chikungunya, Maranhão, 2014 a 2018.

Gráfico 37 - Número de Casos e Taxa de Incidência de Zika. Maranhão, 2014 a 2018.
Gráfico 38 - Incidência Parasitária Anual (IPA), Maranhão, 2000 a 2019.
Gráfico 39 - Casos de Doenças de Chagas, Estado do Maranhão, 2010-2018.
Gráfico 40 - Distribuição do número de exames realizados, positivos e percentual de positividade para de Schistosoma mansoni no período de 2015 a 2019
Gráfico 41 - Taxa de detecção de sífilis adquirida(por 100.000 habitantes), taxa de detecçãode sífilis em gestantes (por 1000 nascidos vivos) e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Maranhão, 2014 a 2018.
Gráfico 42 - Casos e Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1.000 NV) e ano de diagnóstico. Maranhão. 2014 a 2018.
Gráfico 43 - Taxa de incidência de hepatites (por 100.000 hab.) por tipo de hepatite e ano de notificação, Estado do Maranhão, 2006-2018.
Gráfico 44 - Distribuição dos casos de Gestantes infectadas pelo HIV (número e taxa de detecção por 1000 nascidos vivos) por ano do parto. Maranhão, 2014 – 2019
Gráfico 45 - Taxa de detecção de AIDS (por 100.000 hab) em menores de 5 anos notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom¹ por ano de diagnóstico. Maranhão. 2007- 2018.
Gráfico 46 - Óbitos por AIDS (número) segundo ano do óbito. Estado do Maranhão, 2010-2018.
Gráfico 47 - Coberturas Vacinais por Imuno: BCG, Hepatite B em crianças até 30 dias, Rotavírus Humano, Meningococo C, Penta, Pneumocócica, Poliomielite e Febre Amarela, Maranhão, 2015 – 2019.
Gráfico 48 - Coberturas Vacinais por Imuno: Tríplice Viral D1 e Tríplice Viral D2, Maranhão, 2015 – 2019.
Gráfico 49 - Realização de Obras no Estado do Maranhão, realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde, 2015-2018.
Gráfico 50 - Série Histórica de Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Gestão, Maranhão (2010-2018).
Gráfico 51 - Série Histórica de Estabelecimentos de Saúde por Natureza Jurídica, Maranhão (2012-2018).
Gráfico 52 - Série Histórica do Número de Leitos SUS, sob Gestão Estadual, Maranhão (2008-2018).
Gráfico 53 - Evolução das coletas de bolsa de sangue capital x interiores, Maranhão (2016-2019).
Gráfico 54 - Número de Atendimentos e Consultas Médicas – Ambulatório do HEMOMAR, Maranhão (2016-2018).

Gráfico 55 - Produção Ambulatorial de Média e Alta Complexidade, por Ano de Atendimento, nos Estabelecimentos de Saúde, sob Gestão Estadual e Municipal. (Maranhão, 2008-2018).
Gráfico 56 - Produção Hospitalar de Média e Alta Complexidade, por Ano de Atendimento, nos Estabelecimentos de Saúde, sob Gestão Estadual e Municipal. (Maranhão, 2008-2018).
Gráfico 57 - Número de Equipes de Estratégica Saúde da Família e Cobertura Populacional de Atenção Básica, Estado do Maranhão, 2016-out.2019.
Gráfico 58 - Evolução do número de Núcleos Ampliados de Saúde da Família, Estado do Maranhão, 2016 a out.2019.
Gráfico 59 - Cobertura das Equipes de Saúde Bucal, Estado do Maranhão, set. /2019.
Gráfico 60 - Cobertura de Equipes de Saúde Bucal, Maranhão, 2010-2018.
Gráfico 61 - Demonstrativo de atendimentos prestados pelos profissionais FESMA, por linha de cuidado, janeiro a setembro de 2019.
Gráfico 62 - Total de atendimentos efetuados nos Municípios cobertos ela FESMA – Jan.-Set/2019.
Gráfico 63 - Número de ações desenvolvidas, por Região de Saúde, 2016-Out/2019.
Gráfico 64 - Número de pessoas com deficiência no Maranhão por tipo e por Região de Saúde.
Gráfico 65 - Participação (%) dos Gastos em ASPS, por Esfera de Governo, Brasil, 2004-2018.
Gráfico 66 - Receita Corrente Líquida para base de cálculo em ASPS no Maranhão (Em R$).
Gráfico 67 - Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade no Estado do Maranhão, 2004-2018.
Gráfico 68 - Série Histórica da Aplicação Percentual em ASPS, Estado do Maranhão, 2004-2018.
Gráfico 69 - Gasto Total em Saúde por Fonte de Recurso, Estado do Maranhão, 2004-2018 (Em R$).
Gráfico 70 - Gasto Total em Saúde por Grupo de Natureza do Estado do Maranhão 2004-2018 (Em R$).
Gráfico 71 - Gasto Total em Saúde por Subfunção, do Estado do Maranhão, 2004-2018 (Em R$).

LISTA DE SIGLAS

ASPS	Ações e Serviços Púbicos de Saúde
AT	Agência Transfusional
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPAI	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
BPAc	Boletim de Produção Ambulatorial
CAFs	Centrais de Abastecimento Farmacêuticas Municipais e do Estado
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CET	Central Estadual de Transplante
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIE	Comitê Internacional Hospitalar
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CGU	Controladoria Geral da União
CGRs	Centro de Gerência de Redes
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNCDO/MA	Central de Notificação de Captação e Distribuição de Órgãos do Maranhão
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
CONASEMES	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COE	Centro de Operações Emergenciais
CRIEs	Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DASM	Departamento de Atenção à Saúde da Mulher
DASF	Departamento de Saúde da Família
DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAC	Doenças de Aparelho Circulatório
DASC	Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente
DEPROD	Departamento de Produtos

DIGISUS Gestor	Sistema de Informação para apoiar Estado e Município, nos instrumentos de planejamento
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCN	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DHEG	Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação
DRC	Doença Renal Crônica
DVSA	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental
EAP	Equipe de Atenção Primária
E-SUS-AB	Sistema Único de Saúde
EAS	Estabelecimento de Assistenciais à Saúde
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
EMSERH	Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares
FESMA	Força Estadual de Saúde do Maranhão
HNR	Hospital Nina Rodrigues
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IMESC	Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILPIs	Instituto de Longa Permanência de Idosos
ILTB	Infecção Latente de Tuberculose
IPA	Índice Parasitário Anual
ITERMA	Instituto de Terra do Maranhão
LACEN-MA	Laboratório Central de Saúde Pública do Maranhão
LOA	Lei Orçamentária Anual
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
LV	Leishmaniose Visceral
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
NEC	Núcleo de Educação e Comunicação

NESP	Núcleo Estadual de Segurança do Paciente
NEPCIRAS	Núcleo Estadual de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde
OGE	Ouvidoria Geral do Estado do Maranhão
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAIMA	Programa de Atenção Integral às Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei no estado do Maranhão
PARA	Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PIB	Produto Interno Bruto
PIM	Primeira Infância Melhor
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPA	Plano Plurianual
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PRF	Polícia Rodoviária Federal
PRI	Planejamento Regional Integrado
PTA	Projeto Terapêutico de Acompanhamento de Medida Terapêutica
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAAS	Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIGEF	Sistema de Planejamento e Gestão Fiscal

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISMAC	Sistema de Média e Alta Complexidade
SIES	Sistema de Informação Insumos Estratégicos
SITETB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SISPACTO	Sistema de Pactuação Interfederativo de indicadores
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SRTE	Superintendência Regional do Trabalho e Emprego
SUVISA	Superintendência de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TBDR	Tuberculose Droga Resistente
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UANHs	Unidades de Alimentação e Nutrição Hospitalares
UANs	Unidades de Alimentação e Nutrição
UCINCO	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de fatores de Risco
VSA	Vigilância em Saúde Ambiental
VIGIÀGUA	Vigilância em Saúde de População Exposta a Solo
VIGISOLO	Vigilância em Saúde de População Exposta à Poluição
VSPEA	Vigilância Em Saúde de População Exposta a Agrotóxicos
VIGEDESASTRE	Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres
VIGIAR	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluição Atmosférica
VIVA/SINAN	Vigilância de Violência e Acidentes no Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 20
2. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO PES 2020-2023..... 23
3. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE..... 28
3.1. Aspectos Demográficos e Socioeconômicos..... 28
3.2. Perfil Epidemiológico..... 34
3.2.1 Natalidade..... 34
3.2.2. Esperança de vida..... 37
3.2.3. Principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis..... 38
3.2.3.1. Fatores de Riscos e Proteção para DCNT..... 39
3.2.3.2. Tabagismo..... 40
3.2.3.3. Hipertensão Arterial..... 41
3.2.3.4. Diabetes Mellitus..... 42
3.2.3.5. Câncer..... 43
3.2.4. Mortalidade..... 46
3.2.5. Mortalidade Materna..... 56
3.2.6. Mortalidade Infantil..... 61
3.2.7. Principais Causas Externas..... 66
3.2.8. Principais Causas de Internação..... 72
3.2.9. Principais Doenças Endêmicas..... 75
3.2.9.1. Hanseníase 75
3.2.9.2. Tuberculose..... 79
3.2.9.3. Leishmaniose Visceral (LV)..... 83
3.2.9.4. Leishmaniose Tegumentar (LT)..... 84
3.2.9.5. Arbovirores..... 85
3.2.9.6. Malária..... 88
3.2.9.7. Doença de Chagas..... 89
3.2.9.8. Sarampo..... 91
3.2.9.9. Meningite..... 92
3.2.9.10 Influenza..... 93
3.2.9.11 Esquistossomose..... 95
3.2.9.12 Sífilis 96
3.2.9.13 Hepatites Virais..... 100
3.2.9.14 AIDS..... 101
3.2.10. Imunização..... 103
3.3. Estrutura e Organização do Sistema de Saúde..... 105
3.3.1. Rede de Serviços de Saúde..... 106
3.3.1.1. Atenção Ambulatorial e Hospitalar..... 106
3.3.1.2. Atenção Primária..... 130
3.3.1.3. Vigilância em Saúde..... 143
3.3.1.4. Assistência Farmacêutica..... 170
3.3.2. Saúde Suplementar..... 177
3.3.3. Redes de Atenção à Saúde..... 180
3.3.3.1. Atenção as Urgências..... 181
3.3.3.2. Atenção Psicossocial..... 182
3.3.3.3. Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas..... 185
3.3.3.4. Atenção à Pessoas com Deficiência..... 187

3.3.3.5. Atenção à Saúde Materno Infantil..... 192
3.4. Financiamento em Saúde..... 211
3.5. Gestão do Sistema Único de Saúde 222
3.5.1. Gestão do Trabalho e Educação Permanente de Saúde 222
3.5.1.1 Gestão do Trabalho..... 223
3.5.1.2 Educação Permanente de Saúde 224
3.5.2. Planejamento em Saúde..... 230
3.5.2.1 Planejamento Regional Integrado – PRI..... 232
3.5.2.2 Planejamento Estratégico em Saúde - PES..... 233
3.5.3. Regionalização da Saúde..... 236
3.5.4. Auditoria do Sistema de Saúde..... 238
3.5.5. Ouvidoria do Sistema de Saúde..... 239
4. PROGRAMAS DE SAÚDE PPA 2020-2023..... 242
4.1. Programa Gestão da Política de Saúde Pública..... 244
4.2. Programa Atenção Primária e Vigilância em Saúde..... 244
4.3. Programa Saúde para Todos..... 245
4.4. Programa de Enfrentamento da Mortalidade Materna Infantil..... 245
5. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES..... 247
REFERÊNCIAS..... 258
APÊNDICES..... 261
ANEXOS..... 269

1. INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde é elaborado a cada quatro anos, com o objetivo de consolidar o processo de planejamento em saúde, indicando as diretrizes da gestão estadual, o diagnóstico, as estratégias, as prioridades, os programas e ações de atuação, seus objetivos, metas e indicadores de avaliação.

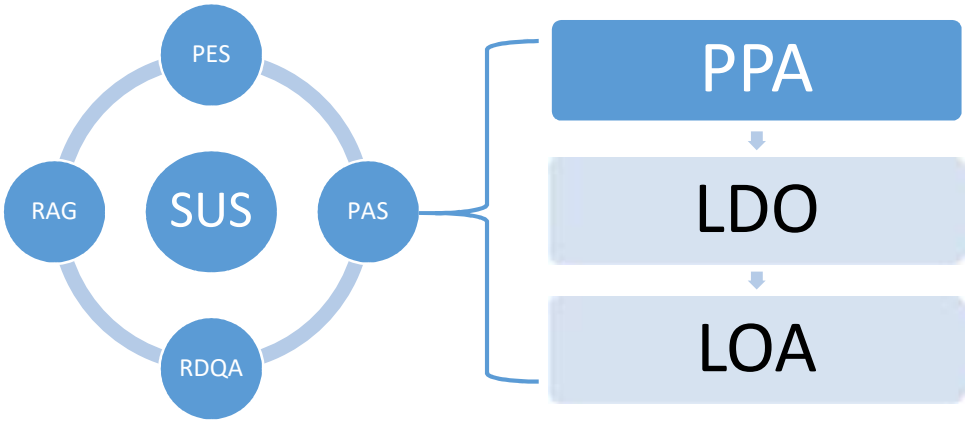
De acordo com o Ministério da Saúde, o Plano de Saúde é a base para execução, monitoramento, avaliação e gestão do Sistema Único de Saúde – SUS. A sua elaboração deve ser fundamentada na análise situacional de saúde do Estado, na missão, visão e valores da instituição, nas recomendações advindas da Conferência Estadual de Saúde, nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos pelas áreas técnicas e no processo de monitoramento e avaliação do instrumento elaborado.

O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde, bem como constitui base para previsão e programação orçamentária, orientando a elaboração do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), vinculando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros para o período de sua vigência.

A Portaria nº 2.135 de 29 de setembro de 2013, estabeleceu as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, reafirmando como instrumentos básicos de planejamento os seguintes documentos: Plano de Saúde (PES), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG). O art. 30 da Lei Complementar 141/2012 inclui mais detalhes no processo de planejamento e orçamento já citado no art. 36 da Lei nº 8.080/90 que, a partir de agora, conforme as normas citadas, deverá ser (i) ascendente; (ii) do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, a partir das necessidades de saúde da população em cada região; (iii) com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico. Logo, para este plano foi utilizado os preceitos constantes nas leis da saúde, porém como o Planejamento Regional Integrado – PRI do Estado do Maranhão ainda está em fase de elaboração, a análise situacional ficou apenas em nível estadual e não de cada região.

Neste sentido, o objetivo geral deste Plano Estadual de Saúde é instrumentalizar o governo para a gestão da saúde para a vigência 2020-2023, no âmbito estadual, a partir da definição de prioridades e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e também alinhados com o Plano Plurianual para os próximos quatro anos, no qual a saúde está inserida no Eixo 1 que tem como tema Enfrentar as Injustiças Sociais e na Diretriz 2, que é ampliar e fortalecer o acesso à saúde de qualidade, da atenção básica aos serviços de média e alta complexidade, bem como realizar ações de prevenção, garantindo cuidados integrais à população maranhense em todas as fases do ciclo de vida.

Figura 1 – Ciclo do Planejamento no SUS

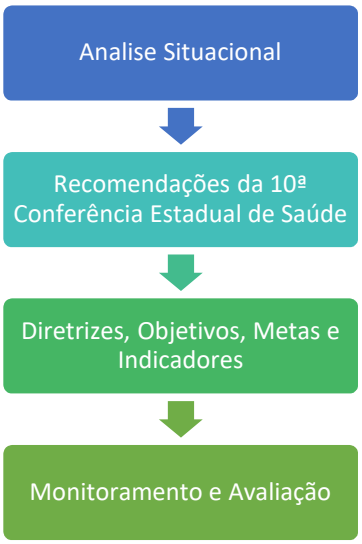


Cumpre observar que a Portaria n.º 2.135/2013 versa que a elaboração do Plano de Saúde seja orientada pelas necessidades de saúde da população, sendo estruturada da seguinte forma: analise situacional, contendo os temas da estrutura do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, condições sociossanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, gestão do trabalho e da educação na saúde, ciência, tecnologia, produção, inovação e gestão em saúde.

Desse modo, este Plano foi estruturado de forma mais objetiva com a introdução, a metodologia de elaboração, a análise situacional das condições de saúde da população maranhense, destacando-se os aspectos demográficos, socioeconômicos e o perfil epidemiológico, apresentando-se também a atuação da política de saúde na Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção Ambulatorial e

Hospitalar e Gestão do SUS, finalmente, a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e o processo de monitoramento e avaliação.

Figura 2 – Composição do Plano Estadual de Saúde 2020-2023



Fonte: SES-MA, 2019

2. METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO DO PES 2020-2023

O Estado do Maranhão no início do ano de 2019, passou por mudanças no sistema operacional de planejamento e orçamento, implantando o Sistema de Planejamento e Gestão Fiscal (SIGEF), que trouxe uma inovação na fase de execução orçamentária e financeira do Estado, no sentido de tornar mais transparente a localização dos investimentos executados pelo ente. Esse novo sistema acarretou uma nova metodologia para a elaboração do Plano Plurianual 2020-2023 que teve início no mês de abril.

Concatenado a essa mudança na construção do PPA 2020-2023, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) incorporou essa metodologia na fase de elaboração dos Programas e Ações da Saúde que seriam trabalhados na Política de Saúde para o próximo quadriênio, sendo que o instrumento basilar foram os Compromissos de Governo 2019-2022 do atual governador Flávio Dino, o Orçamento Participativo com as Audiências Públicas, as Agendas Estratégicas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, Selo Unicef, Consórcio Brasil Central e o Plano Mais IDH.

Paralelo a isso, em março de 2019 foi iniciado o Planejamento Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde que foi inserida no Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Hospital Alemão Oswaldo Cruz, sendo uma estratégia de fortalecimento da gestão, com objetivo de apoiar o planejamento estratégico e a elaboração de forma integrada dos instrumentos de planejamento em saúde da instituição.

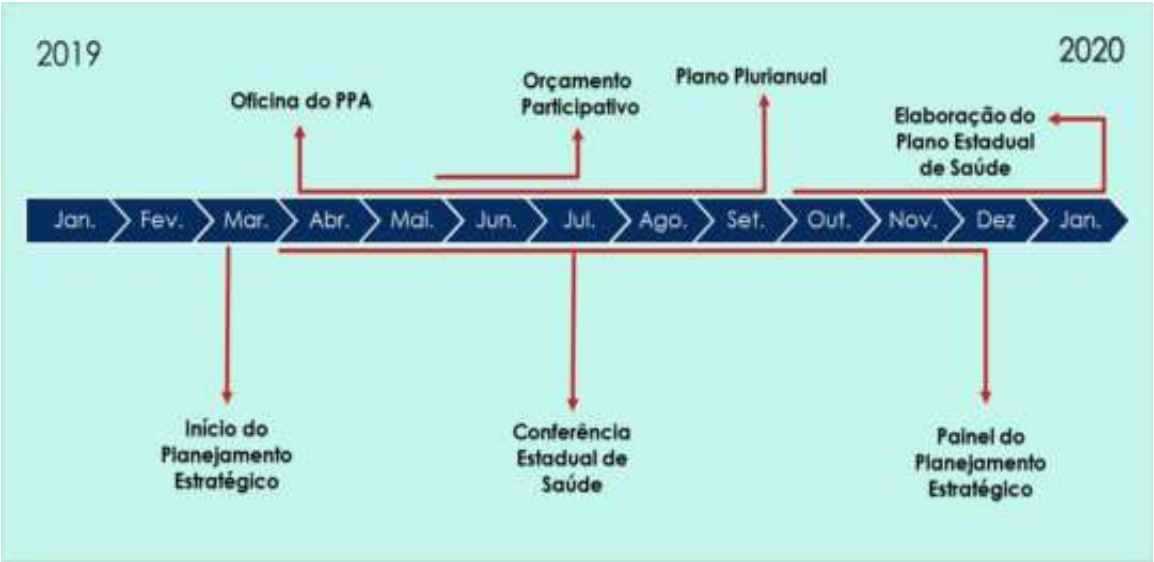


Ainda no ano de 2019, o Ministério da Saúde lançou o DIGISUS Gestor Módulo Planejamento, ferramenta que os entes utilizarão para a elaboração de todos os instrumentos de gestão: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e os

Relatórios Detalhados Quadrimestrais e Anual de Saúde. Logo, para essa estruturação do PES 2020-2023, foi também alinhado a esse novo sistema.

Outro instrumento utilizado no processo de elaboração de conteúdo para o PES 2020-2023, foi o relatório da 10ª Conferência Estadual de Saúde realizada em julho de 2019 e da 16ª Conferência Nacional de Saúde realizada em agosto, sendo importante espaço de controle social e de deliberação, recomendações, diretrizes e propostas que foram consultados e no caso do relatório estadual incorporado ao documento final do Plano. Cabe destacar, a participação fundamental do Conselho Estadual de Saúde na construção deste instrumento, desempenhando seu papel deliberativo na formulação da política estadual de saúde. Toda a construção do referido instrumento está presente na linha do tempo na figura 3.

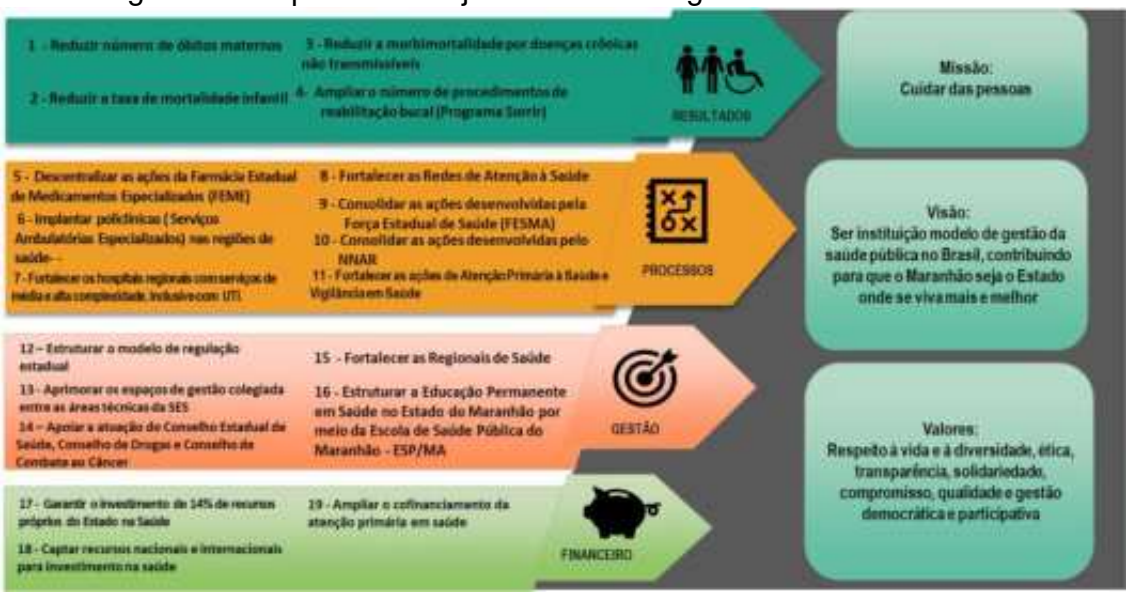
Figura 3 - Cronologia do Processo de Elaboração do PES 2020-2023



Fonte: SES-MA, 2019

O Planejamento Estratégico possibilitou inicialmente a elaboração integrada da análise situacional contendo as condições de saúde da população maranhense e do Mapa Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde, contendo a Missão, Visão, Valores e os objetivos estratégicos com o plano interno de ação elaborado com a metodologia do 5W2H, que contemplou 19 objetivos os quais foram inseridos no PES 2020-2023 e apresentado na figura 4.

Figura 4 - Mapa do Planejamento Estratégico da SES 2020-2023



Fonte: CONASS/HAOC/SES-MA,2019.

Os objetivos estratégicos trabalhados pela SES foram alinhados com os Eixos, as Diretrizes, os Objetivos do Plano Estadual de Saúde e com os Programas e Ações do Plano Plurianual 2020-2023 (Quadro 1).

Quadro 1 - Vinculação dos Instrumentos de Planejamento da SES 2020-2023

Plano Plurianual 2020-2023		Plano Estadual de Saúde 2020-2023			Planejamento Estratégico
Programa	**Ação**	**Eixo**	**Diretriz**	**Objetivo**	
Saúde para Todos	Atenção Ambulatorial e Hospitalar	Eixo I	Diretriz II	Objetivo 1	O.E 4 O.E 8
	Implantação e Modernização da Rede de Serviços de Saúde	Eixo I	Diretriz II	Objetivo 5	O.E 6 O.E 7
	Política Estadual de Sangue e Hemoderivados	Eixo I	Diretriz II	Objetivo 3	O.E 8
	Fortalecimento da Central Estadual de Transplante	Eixo I	Diretriz II	Objetivo 2	O.E 8
	Assistência Farmacêutica Especializadas	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 5	O.E 5
	Ações de Combate ao Câncer	Eixo I	Diretriz II	Objetivo 4	O.E 8

Plano Plurianual 2020-2023		Plano Estadual de Saúde 2020-2023			Planejamento Estratégico
Programa	**Ação**	**Eixo**	**Diretriz**	**Objetivo**	
Enfrentamento da Mortalidade Materna e Infantil	Fortalecimento da Força Estadual de Saúde	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 1 Objetivo 3	O.E 9
	Qualificação da Linha de Cuidado Materna e Infantil	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 4	O.E 1 O.E 2 O.E 8
	Implantação e Modernização da Rede Materna e Infantil	Eixo I	Diretriz II	Objetivo 5	O.E 6 O.E 7
	Vigilância em Saúde na Linha de Cuidado Materna e Infantil	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 4	O.E 1 O.E 2

Plano Plurianual 2020-2023		Plano Estadual de Saúde 2020-2023			Planejamento Estratégico
Programa	**Ação**	**Eixo**	**Diretriz**	**Objetivo**	
Gestão da Política de Saúde Pública	Fortalecimento do Planejamento em Saúde	Eixo II	Diretriz III	Objetivo 1	O.E 13
	Política de Educação Permanente em Saúde	Eixo II	Diretriz III	Objetivo 2	O.E 16
	Apoio a Gestão das Unidades Regionais de Saúde	Eixo II	Diretriz III	Objetivo 3	O.E 15
	Controle, Regulação e Avaliação do Sistema de Saúde	Eixo II	Diretriz III	Objetivo 1	O.E 12
	Qualificação e Fortalecimento do Controle Social	Eixo II	Diretriz III	Objetivo 3	O.E 14

Plano Plurianual 2020-2023		Plano Estadual de Saúde 2020-2023			Planejamento Estratégico
Programa	**Ação**	**Eixo**	**Diretriz**	**Objetivo**	
Fortalecimento da Atenção Primária e Vigilância em Saúde	Política de Atenção Primária	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 1	O.E 11
	Fortalecimento da Política de Cofinanciamento da Atenção Primária em Saúde	Eixo III	Diretriz IV	Objetivo 1	O.E 19
	Implementação da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 3	O.E
	Prevenção ao Uso de Drogas	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 3	O.E
	Vigilância, Prevenção, Controle de Doenças, Agravos e Promoção de Saúde	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 2	O.E 3 O.E 11
	Vigilância Sanitária em Saúde	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 2	O.E 11
	Componente Básico de Assistência Farmacêutica	Eixo I Eixo III	Diretriz I Diretriz IV	Objetivo 5 Objetivo 1	O.E 11
	Política Estadual de Investigação Laboratorial de Vigilância em Saúde	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 2	O.E 11
	Vigilância em Saúde Ambiental	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 2	O.E 11
	Vigilância em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora	Eixo I	Diretriz I	Objetivo 2	O.E 11

Fonte: SES-MA, 2019

3. ANÁLISE SITUACIONAL DA SAÚDE

3.1. Aspectos Demográficos e Socioeconômicos

O Estado do Maranhão é um dos estados pertencentes a região Nordeste e abrange uma área de 329.642 Km², tendo como limites o Oceano Atlântico a Norte, o Estado do Piauí a Leste, Tocantins ao Sul e o Pará a Oeste. Em 2019, o Maranhão apresentou uma população estimada de 7.075.181 (IBGE, 2019) distribuídos em 217 municípios, assinalando um crescimento de 0,57% em relação a 2018. A densidade demográfica do estado é de 21,46 habitantes por quilômetro quadrado.

De acordo com análise do Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos (IMESC/MA), o Maranhão ocupa, atualmente, a 11ª posição no ranking das unidades da federação com maior população, representando 3,37% da população brasileira. Na Região Nordeste, o estado tem a 4ª posição, concentrando 12,4% da população nordestina. A capital, São Luís, é única cidade do Maranhão com mais de 1 milhão de habitante, sendo a 15ª mais populosa do país com a 4ª maior população do Nordeste.

Cerca de 50,6% da população maranhense é composta por pessoas do sexo feminino e homens correspondem a 49,4% da população total (Tabela 1). É o estado que detém maior percentual da população vivendo em área rural, atingindo 37% e a população urbana atingiu 63%, segundo os dados do IBGE. Quanto a etnia, os dados apontam uma população residente predominante parda (68,8%); os que são declarados brancos (18,3%), negros (11,9%) e amarelos ou indígenas (1,2%).

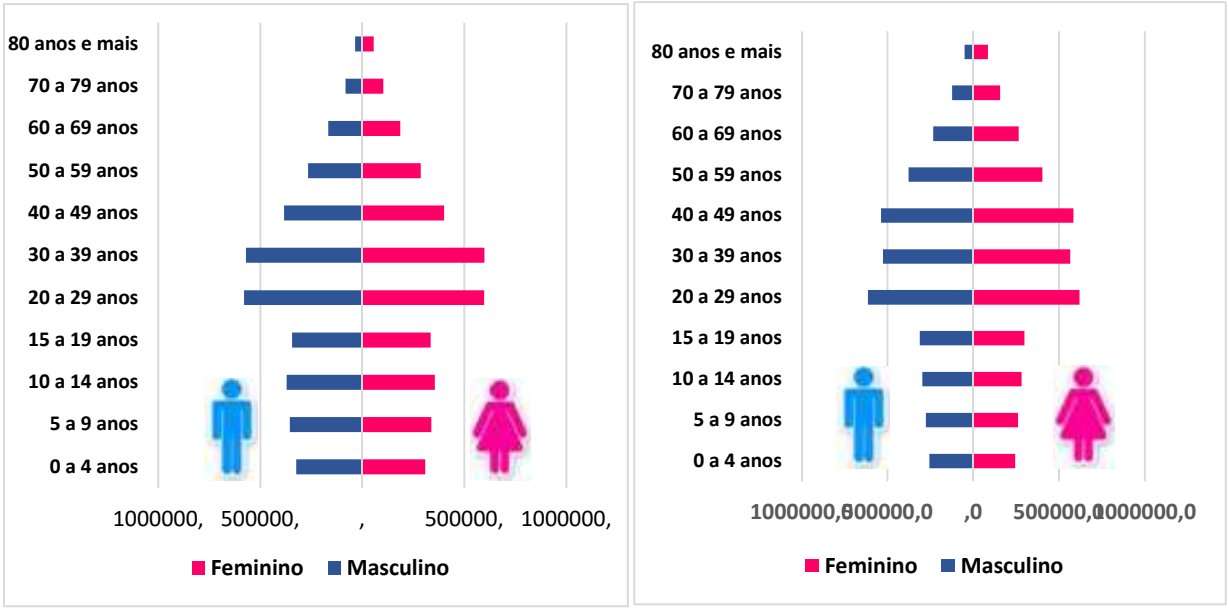
Tabela 1 – População residente por faixa etária e sexo - Maranhão (2018)

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	323.286	308.390	631.676
5 a 9 anos	354.902	337.925	692.827
10 a 14 anos	371.698	355.018	726.716
15 a 19 anos	343.873	335.579	679.452
20 a 29 anos	579.861	597.284	1.177.145
30 a 39 anos	570.295	598.883	1.169.178
40 a 49 anos	383.508	400.530	784.038
50 a 59 anos	266.088	286.982	553.070
60 a 69 anos	167.085	186.603	353.688
70 a 79 anos	81.533	103.496	185.029
80 anos e mais	35.191	55.329	90.520
Total	3.477.320	3.566.019	7.043.339

Fonte: IBGE, Censo e Estimativas, 2019

Na pirâmide etária (figura 5) observa-se a transição demográfica indicando que há um processo gradual de envelhecimento da população, o que implica na modificação do perfil epidemiológico, sinalizando, porém, a necessidade de atenção para a saúde do público adulto e idoso, materno e infantil.

Figura 5 – Pirâmide Etária do Estado do Maranhão (2018)



Fonte: IBGE, Censo e Estimativas, 2018 e 2030.

As mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos) correspondem a 2.287.294 milhões, o que configura 64,14% da população total de mulheres do estado, o que sugere a relevância de se observar as diferenças etárias na promoção da saúde das mulheres. Quanto à etnia, a mulheres consideradas brancas perfazem um total de 23% da população e 77% estão classificadas quanto a etnia preta e parta.

No Estado do Maranhão estimasse que são mais de 629 mil idosos, o que representa 8,93% da população. O aumento populacional de idosos na atual sociedade brasileira leva ao surgimento de novos desafios no que tange à formulação de políticas públicas, assim como ações de promoção e prevenção à saúde. Por conseguinte, surgem os problemas evidenciados a partir desse novo cenário, como os maus-tratos às pessoas idosas, que vêm crescendo de forma expressiva nos últimos anos e sendo reconhecido como problema de saúde pública.

Para tanto, é necessário que sejam elaborados e executados políticas e programas que promovam o envelhecimento digno e sustentável, assim como contemplem os direitos, as necessidades, as preferências e a capacidade das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

O Estado do Maranhão cresceu economicamente nos últimos anos, mas a maioria da população ainda vive em condição de vulnerabilidade social. O Maranhão apresentou um crescimento expressivo de 5,3% no Produto Interno Bruto (PIB), em 2017, em relação ao ano anterior. Isso pode ser explicado pela recuperação do setor agropecuário maranhense, com destaque para a produção de grãos, acompanhado de investimentos importantes visando a melhoria na oferta dos serviços essenciais à sociedade maranhense como Saúde, Educação, Segurança, Infraestrutura, dentre outros.

A soma de todas as riquezas produzidas no Estado atingiu, em 2017, o valor de R$ 89,5 bilhões, sendo que no ano anterior o valor do PIB foi de R$ 85,3 bilhões. Tal crescimento do PIB maranhense situou-se bem acima do crescimento do PIB nacional, que alcançou apenas 1,3%, em 2017. O Maranhão ocupou, portanto, a 17ª posição no ranking do PIB dos Estados e a 4ª colocação no ranking dos Estados da Região Nordeste. Nesse contexto, o PIB per capita alcançou no mesmo período aproximadamente o valor de R$ 12.789,00 por habitante.

O Estado ocupava, em 2017, o 26º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, alcançando o valor de 0,687 nesse indicador, que permite comparar a qualidade de vida, levando em consideração não só aspectos econômicos, mas também sociais, visto que não é apenas o parâmetro de riqueza que indica o desenvolvimento de uma nação. Sobre o Índice de Gini, utilizado para avaliar a distribuição das riquezas de um determinado lugar, o Maranhão ocupava a 23ª posição no país com um índice de 0,545 no ano de 2013.

Figura 6 - Perfil Socioeconômico do Estado do Maranhão.



Fonte: IBGE, 2019. Adaptado (ASPLAN/SES).

Sobre a educação, um indicador apontado como preocupante é a taxa de analfabetismo no Estado. Em 2017, o referido indicador foi de 16,7%, ocupando o segundo lugar com maior taxa de analfabetos com 15 anos ou mais no Brasil, ficando abaixo apenas, do estado de Alagoas, que foi de 18,2%.

Entre 2015 e 2018, o Maranhão apresentou a implantação de políticas públicas estaduais direcionadas a alfabetização da população, a exemplo do programa de alfabetização “Sim, Eu Posso!”, contribuindo, em 2018, para uma redução de 16,3% na taxa de analfabetismo. Em relação ao nível superior, as médias

obtidas no Nordeste foram de 13,9% e no Brasil 6,8%. As faixas que concentram maior quantidade de pessoas analfabetas estão entre adultos e idosos.

O investimento do Governo do Estado impactou na melhoria de indicadores, a exemplo do IDH, que avalia a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico de uma população, com políticas públicas de enfrentamento às desigualdades sociais com o Plano Mais IDH que foi lançado, em 2015, pelo governador Flávio Dino, e tem o objetivo de promover a superação da extrema pobreza e das desigualdades sociais, por meio de políticas públicas, em 30 municípios maranhenses. As ações são planejadas e executadas no âmbito do Governo Estadual e implementadas, por exemplo, por meio do Programa Escola Digna, a Força Estadual de Saúde, ações na agricultura familiar, habitação e geração de emprego e renda.

Entre os anos de 2016 e 2017, o estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) mostra que o IDH subiu de 0,682 para 0,687 no Maranhão. No que se refere ao trabalho e renda da população, o rendimento domiciliar per capita do Maranhão cresceu 31,23% - Acima da média brasileira entre os anos de 2014 (R$ 461,00) e 2018 (R$ 605,00), de acordo com o levantamento divulgado pelo IBGE.

O dado do IPEA, referente aos anos de 2014 a 2018, mostra também que houve redução da participação do emprego formal, aumento da informalidade e a persistência de um elevado nível da taxa de desocupação no país. No mesmo período, a expansão dos trabalhadores sem carteira saiu de 15,7% para 17,0%; para os trabalhadores por conta própria, saiu de 23,1% para 25,4%, com redução da participação do emprego formal. Dessa forma, após o ano de 2014, o mercado de trabalho não recuperou o nível de ocupação antes da recessão, uma vez que a morosa criação de emprego dos últimos dois anos, sobretudo, ocorreu no mercado informal.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNADc/IBGE, entre 2014 e 2018, a população desocupada praticamente dobrou e a taxa de desocupação do país saiu de 6,8%, atingiu o ápice de 13,7%, em 2017, e encerrou o período em 12,3%. Diante destes resultados, observou-se o acentuado impacto da recessão econômica sobre o emprego e a lenta retomada econômica.

Um outro aspecto a ser destacado é o serviço de saneamento básico, que impacta diretamente na saúde e na qualidade de vida da população. Por outro lado, a falta desse serviço contribui para o aparecimento de doenças de transmissão hídrica

e alimentar, com surtos de doenças diarreicas, causando óbitos em sua maioria nas crianças, além de outras doenças relacionadas tais como parasitoses, leptospirose, esquistossomose, cólera e agravamento das epidemias tais como a dengue. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Regional (2019), apenas 53% dos brasileiros possuem acesso à rede de coleta de esgoto. No entanto, mais de 80% da população possui água em suas residências.

Dados da recente Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNADC) apontam que o Maranhão cresceu no que se refere ao atendimento do saneamento básico em três anos. Em 2011, o índice de domicílios atendidos por esgotamento sanitário ligados à rede coletora era de 19,9%, subindo para 22,6% em 2018, ano em que atingiu a maior cobertura da série analisada. No tocante ao percentual de domicílios que possuem abastecimento de água por rede geral, os dados mostram que passou de 65,5%, em 2010, para 70,6%, em 2018.

No que se refere a taxa de cobertura populacional a saúde suplementar, o Estado do Maranhão no ano de 2018 tinha 471.770 beneficiários de planos privados de saúde, de acordo com dados da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que representa uma taxa de cobertura de 7,03%, ficando à frente do estado do Acre e Roraima. Na capital do Estado, a taxa de cobertura é de 29,90% e no interior é de 2,8%. Por sua vez, 92,97% da população são dependentes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os aspectos demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos são fatores determinantes e condicionantes da saúde da população. Nesse sentido, os dados direcionam ações governamentais e intergovernamentais voltadas para as características de cada Estado ou Região, como instrumentos de cada população e localização geográfica para efetivação dos direitos sociais estabelecidos nas leis. O Maranhão é marcado por grandes diferenças sociais, políticas, culturais e econômicas, devendo adotar estratégias que permitam ampliar o acesso as ações e as políticas públicas de saúde para alcançar a população de maior vulnerabilidade.

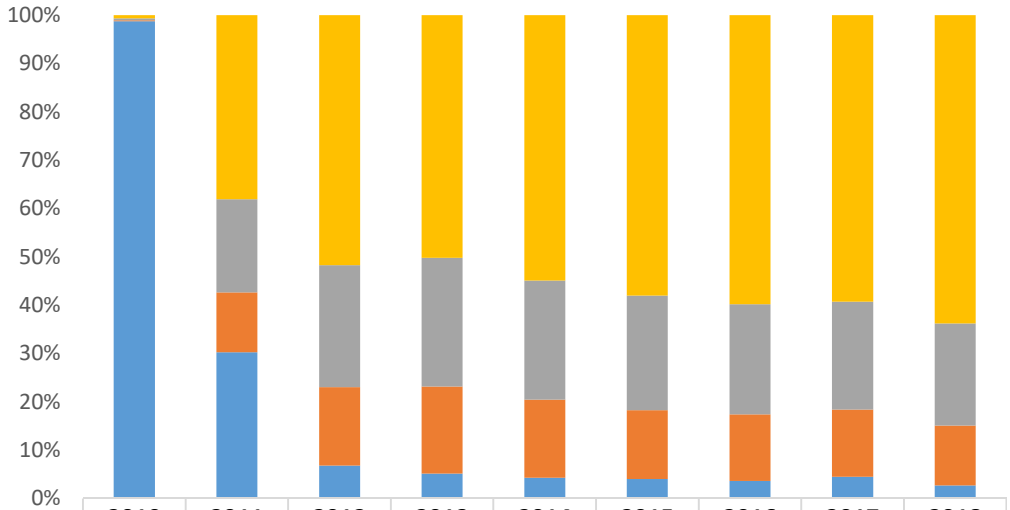
3.2. Perfil Epidemiológico

A análise das condições de saúde da população maranhense, tem como propósito apresentar e direcionar, por meio de indicadores epidemiológicos e de saúde dos últimos anos, as políticas públicas em saúde para os próximos quatro anos no Estado do Maranhão.

3.2.1. Natalidade

O Estado do Maranhão apresenta um crescimento no percentual de mães com número adequado de consultas durante a gravidez, alcançando percentual acima de 50%, a partir de 2012, assim como um incremento de 7,6% do ano de 2017 para 2018. O panorama demonstra que a permanência do fortalecimento da Atenção Básica, ampliação e a qualificação da assistência pré-natal nos municípios do Estado do Maranhão representa a qualidade de assistência à saúde. O gráfico 1 apresenta a natalidade segundo o número de consultas pré-natal, sendo um importante indicador da qualidade da atenção à saúde prestada durante este período.

Gráfico 1 - Proporção de nascidos vivos, segundo número de consultas pré-natal, Maranhão, ano 2010-2018.

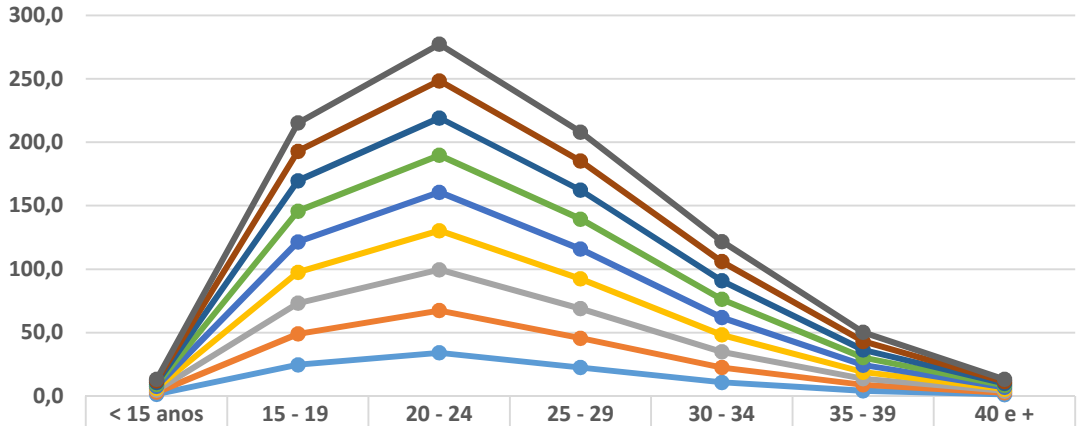


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
6 ou +	0,7	38,1	51,7	50,2	54,9	58,0	59,8	59,3	63,8
4 a 5	0,4	19,2	25,2	26,6	24,6	23,7	22,8	22,3	21,1
1 a 3	0,2	12,4	16,3	18,0	16,2	14,2	13,7	13,9	12,4
Nenhuma	98,7	30,3	6,8	5,2	4,3	4,1	3,7	4,5	2,7

Fonte: SINASC/SES/MA, 2020.

A análise da idade da mãe no momento do parto revela um aumento da proporção de nascimentos em mulheres com 30 anos ou mais de idade. Em 2010, essa proporção era de 16,61%, passando a 24,7% em 2018, um aumento de 48,5% entre o período analisado. Esse incremento nas idades mais tardias é resultado do processo de envelhecimento da estrutura etária das gestantes que vem ocorrendo em todo Brasil (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Proporção de nascidos vivos por idade da mãe – Maranhão, 2010 a 2018.



	< 15 anos	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 e +
2018	1,3	22,3	28,8	22,8	15,8	7,2	1,7
2017	1,3	23,2	29,2	22,9	15,1	6,7	1,6
2016	1,5	24,0	29,4	22,9	14,6	6,0	1,5
2015	1,5	24,1	29,1	23,6	14,3	5,9	1,5
2014	1,5	24,1	30,2	23,5	13,7	5,6	1,4
2013	1,6	24,2	30,8	23,5	13,3	5,1	1,4
2012	1,6	24,3	32,2	23,3	12,4	4,9	1,4
2011	1,6	24,3	33,2	23,0	11,7	4,7	1,4
2010	1,5	24,8	34,3	22,7	10,9	4,3	1,4

Fonte: SINASC/SES/MA, 2019.

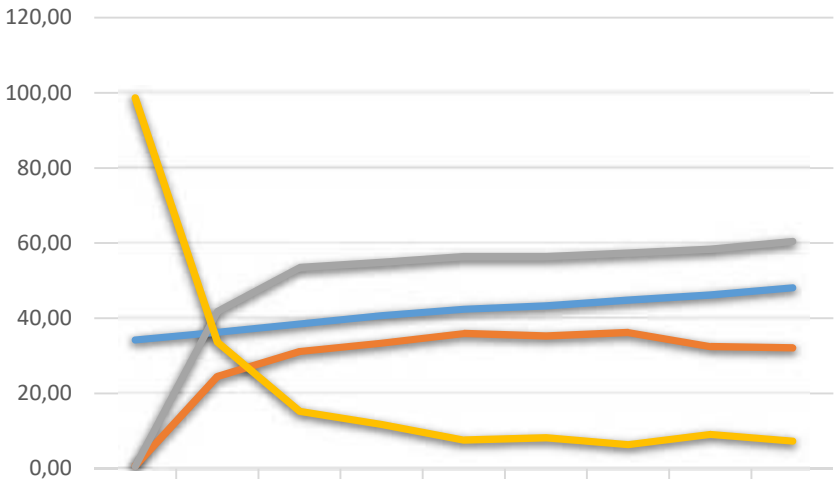
O acompanhamento do pré-natal e da atenção ao parto é reconhecido atualmente como importante estratégia para prevenir ou reduzir o risco de mortalidade, tanto para a gestante como para a criança.

O gráfico 3 mostra o perfil de todos os nascimentos por cesariana ocorridos no Maranhão no período de 2010 a 2018. Identifica-se taxas de cesáreas a cada ano superior a taxa de parto normal, com incremento de 40,53% do ano de 2010 para 2018. O limite do aceitável proposto pela Organização Mundial de Saúde é uma taxa entre 10 e 15% do total geral de nascimentos ocorridos.

Em relação à paridade com cesárea, as multíparas vem apresentando percentis mais elevados no período avaliado, com incremento de 7,26% de 2015 para 2018, visto que como intervenções cirúrgicas originalmente concebidas para aliviar condições maternas ou fetais, quando há riscos para a mãe, o feto, ou ambos, durante o desenrolar do parto, esses procedimentos não são isentos de risco, pois estão associados a maiores morbidade e mortalidade materna e infantil. O panorama sugere

adoções de políticas de reorientação das práticas de assistência ao nascimento, principalmente no âmbito da Rede Cegonha.

Gráfico 3 - Distribuição (%) dos nascimentos por cesariana, segundo a paridade – Maranhão, 2010 a 2018.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% Geral NV por cesariana	34,29	36,34	38,51	40,71	42,44	43,29	44,83	46,23	48,19
% Nulípara parto por cesariana	0,7	24,6	31,2	33,4	35,9	35,3	36,2	32,4	32,2
% Multípara parto por cesariana	0,6	41,8	53,5	54,8	56,4	56,4	57,4	58,4	60,5
% Não Informado	98,6	33,6	15,3	11,8	7,6	8,2	6,4	9,2	7,4

Fonte: SINASC/SES/MA, 2019

3.2.2. Esperança de vida

A esperança de vida é o número de anos que o membro médio de um grupo pode esperar viver. Muitos fatores podem afetar a expectativa de vida de um grupo, como taxas de mortalidade em crianças, renda, acesso a cuidados com a saúde, dieta e meio ambiente. A expectativa de vida em um grupo também muda com o tempo à medida que surgem novas tecnologias que salvam vidas. Desde 1990, a expectativa de vida ao nascer aumentou na maioria dos lugares ao redor do mundo.

No Maranhão, segundo dados do IBGE, a expectativa de vida em 2010 foi a menor do Brasil, com 66,7 anos, sendo que no sexo feminino foi de 72,8 anos e no sexo masculino 65,1 anos. Em 2017, a expectativa de vida do maranhense cresceu

para 70,9 anos, porém continuou sendo a mais baixa do país, e Santa Catarina a mais alta com 79,4 anos.

Quadro 2 - Esperança de vida ao nascer do Maranhão e Brasil, 2010 e 2017.

	2010	2017
MARANHÃO	66,7	70,9
BRASIL	73,9	76,0
MAIOR DO BRASIL	76,8 (SC)	79,4 (SC)
MENOR DO BRASIL	66,7 (MA)	70,9 (MA)

Fonte: IBGE, 2019. Adaptado.

3.2.3. Principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTs e a pobreza criam um círculo vicioso nos países de renda média e baixa, assim como impactam negativamente em seu desenvolvimento macroeconômico. Além disso, são responsáveis pelo maior custo econômico para as famílias, o sistema de saúde e a sociedade. Tais custos ocorrem tanto de forma direta (custos relacionados a internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais) como indireta (perda de produção associada a essas doenças, aposentadorias precoces, entre outras questões).

As DCNTs, principalmente do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas, diabetes e musculoesqueléticas, são doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas sobretudo pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física.

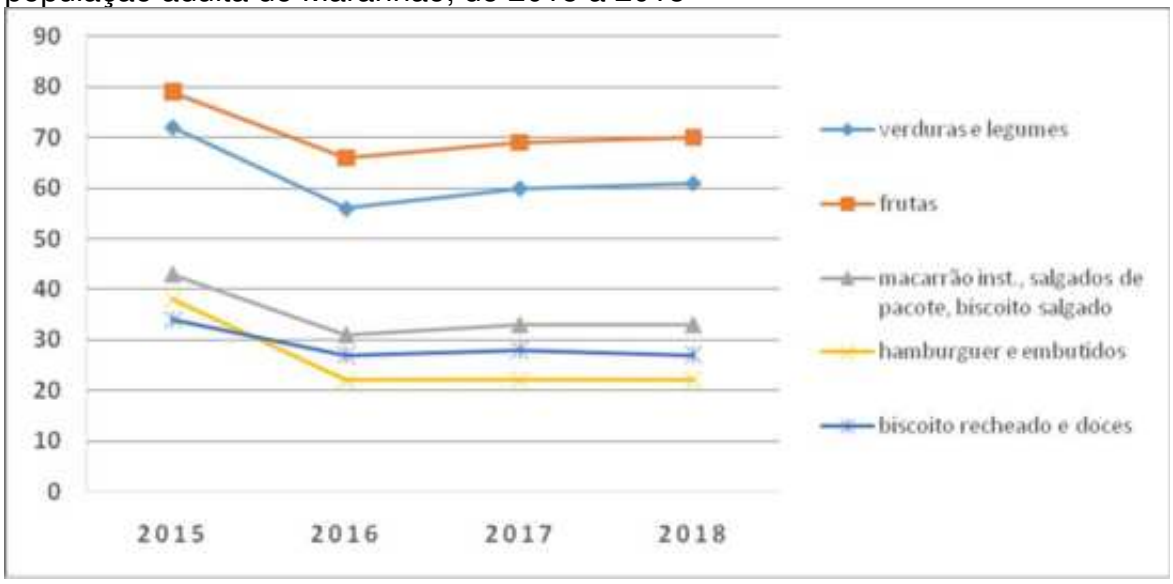
Nesse sentido, as DCNTs são doenças de longa duração, de progressão geralmente lenta e apresentam usualmente um quadro evolutivo lento, podendo iniciar-se precocemente e manifestar-se muitos anos depois, mantendo-se durante um longo período do tempo ou por toda a vida (WHO, 2015). São resultantes de

diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (MS,2011).

3.2.3.1. Fatores de Riscos e Proteção para DCNT

Com base nos dados de marcadores de consumo alimentar, do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), de 2015 a 2018 houve redução de 72% para 60% no percentual de consumo de verduras e legumes, assim como redução de 79% para 69% no consumo de frutas, entre adultos. Em relação aos alimentos ultra processados em 2018, observou-se que o consumo de macarrão instantâneo, salgados de pacote ou biscoitos salgados foi de 33% e o de biscoitos recheados, doces ou guloseimas correspondeu a 28% da população adulta.

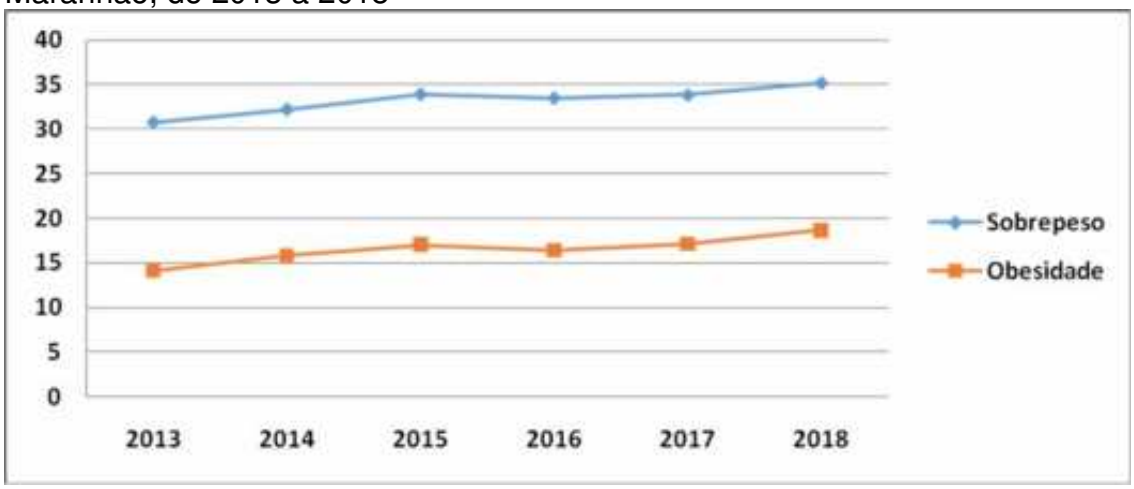
Gráfico 4 – Percentual de Consumo de alimentos in natura e ultraprocessados na população adulta do Maranhão, de 2015 a 2018



Fonte: MINISTÉRIO da SAÚDE/SISVAN, 2019.

No Maranhão, segundo dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em 2018, o estado registrou 35,16% de sua população adulta com sobrepeso, prevalência maior do que a registrada em 2013, que foi de 30,81%. A prevalência de obesidade na população adulta passou de 14,15%, em 2013, para 18,64%, em 2018 (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Percentual de excesso de peso e obesidade na população adulta do Maranhão, de 2013 a 2018



Fonte: MINISTÉRIO da SAÚDE/SISVAN, 2019.

3.2.3.2. Tabagismo

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, reconhecido como uma Doença Crônica gerada pela dependência à nicotina, sendo uma das causas de doenças que assombra por sua magnitude e extensão planetária. A cada ano, o tabaco e seus derivados causam a morte de milhões de pessoas no mundo todo e os números de vítimas fatais aumentam.

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

O VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) é um inquérito realizado nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal com adultos maiores de 18 anos e que residam em local com linha de telefone fixo. É utilizado para medir a prevalência de fatores de risco para doenças não transmissíveis, subsidia ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Segundo dados do VIGITEL 2018, o percentual total de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil é de 9,3%, sendo 12,1% entre homens e 6,9% entre mulheres. Em São Luís um percentual de 4,8% de fumantes, sendo a 2ª capital com menos uso de 20 ou mais cigarros por dia, com o percentual de 0,5%. O fumo passivo no domicílio

na capital ludovicense foi de 6,2% e fumo passivo no trabalho foi de 7,2%, sendo a 16ª capital que menos tem fumo passivo no domicílio e no trabalho.

Quadro 3 - Série histórica do percentual de fumantes, segundo Vigitel.

Ano	2015	2016	2017	2018
São Luís	4,6%	5,4%	5,3%	4,8%

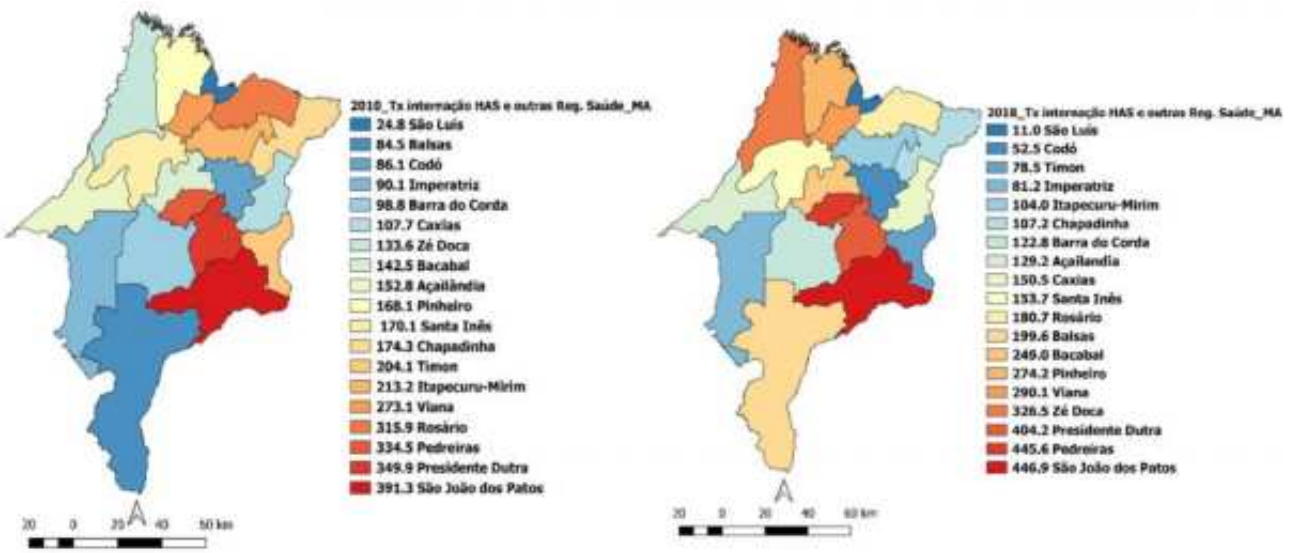
No Brasil, o Programa Saber Saúde de Prevenção do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Doenças Crônicas, implantado desde 1998 e gerenciado pelo INCA, objetiva formar cidadãos críticos, capazes de decidir sobre a adoção de comportamentos saudáveis, dentro de uma concepção mais ampla de saúde e que contribua para a saúde coletiva e a do meio ambiente, na busca de melhor qualidade de vida. O referido Programa é desenvolvido no Maranhão por meio de sensibilizações e capacitações voltadas para diretores e professores com o intuito de incluir a discussão sobre o tema tabagismo no curriculum escolar, como forma de prevenir a iniciação, tornar a escola livre do fumo e promover a cessação. Estando integralizado com o Programa Saúde na Escola visando à promoção de hábitos de vida saudáveis.

3.2.3.3. Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial e as outras doenças hipertensivas registraram de 2010 a 2018 no SIH, 96.426 hospitalizações, com aumento de 10,3% de 2010 para 2018, destas 61,1% foram no sexo feminino e 55,9% na faixa etária de 60 anos e mais, o aumento dos registros de internações ocasiona custos médicos e socioeconômicos elevados; números que poderiam ser minimizados já que a Hipertensão arterial deveria ter o tratamento adequado com resolução de 60 a 80% das condições clinicas efetivadas pela atenção básica.

Na Figura 7 observam-se as distribuições das taxas de hospitalização por Hipertensão Arterial e outras doenças hipertensivas por regiões de saúde entre 2010 e 2018. Cabe ressaltar que as regiões com maiores elevações nas taxas de internações foram: Zé Doca (458,1%), Balsas (288,2%) e Bacabal (246,5%); as regiões com maiores decréscimos na taxa de internação no mesmo período foram: Timon (61,5%), São Luís (55,6%) e Itapecuru-Mirim (51,2%).

Figura 7 – Taxa de Internação por Hipertensão Arterial e outras doenças hipertensivas, por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.



De maneira generalizada, as elevadas taxas de internações demonstram a falta de controle dos níveis pressóricos, refletem na qualidade de vida dos indivíduos e nos gastos em saúde, principalmente os custos com doenças cardiovasculares que têm a hipertensão arterial como seu principal fator de risco.

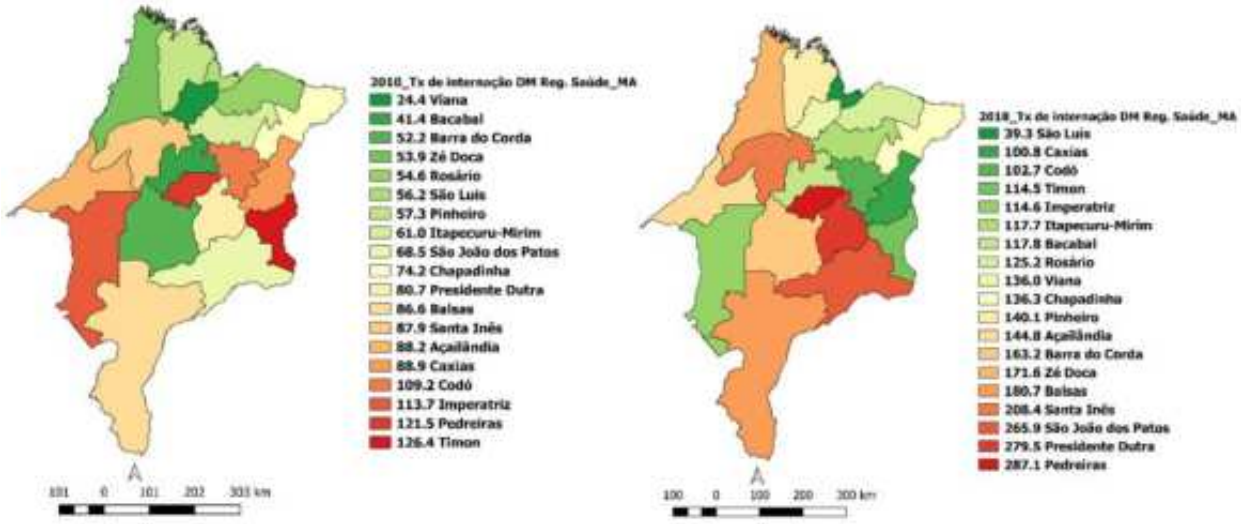
3.2.3.4. Diabetes Mellitus

Em relação ao Diabetes Mellitus, no Maranhão registrou-se no Sistema de Informações Hospitalar (SIH), 67.946 internações por Diabetes Mellitus de 2010 a 2018, destas 56,7% ocorreram no sexo feminino e 59,4% na faixa etária de 60 anos e mais. O manejo adequado do DM no nível de atenção básica reduziria os efeitos econômicos adversos para famílias, comunidades e sociedade em geral, provocado por internações e, principalmente, reduziria as sequelas e complicações.

Na Figura 8 observam-se as distribuições das taxas de hospitalização por regiões de saúde do estado entre 2010 e 2018, a Região que apresentou maior redução foi a Região de Saúde de São Luís - que se encontrava na sexta posição entre as 19 regiões de saúde em 2010 e passou para a primeira posição em 2018 com menor taxa de internação (56,2/100.000 hab. para 39,3/100.000 hab. respectivamente). Observamos, ainda, que as maiores elevações nas taxas de

internações por Diabetes mellitus no mesmo período analisado foram nas regiões de Viana (458,1%), João dos Patos (288,2%) e Presidente Dutra (246,5%),

Figura 8 – Taxa de Internação por Diabetes Mellitus, por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.



O fator preponderante no tratamento do portador de Diabetes é sem dúvida a garantia da medicação de uso continuado e insumos necessários ao insulinodependente, para que não haja solução de continuidade no tratamento e as complicações sejam prevenidas.

3.2.3.5. Câncer

Em se tratando do câncer, no Estado do Maranhão e na capital São Luís, observa-se um crescimento a cada ano de casos novos/Taxa bruta (valores por 100 mil habitantes) para todos os tipos de câncer (Tabela 2).

Especificamente, na estimativa para 2018 (Figura 9), observa-se para o Estado, uma incidência maior para homens nos casos novos de câncer de próstata (1220/34,99), estômago (270/7,73) e traqueia, brônquio e pulmão (240/6,93). Nas mulheres, os casos novos de maior incidência são o de colo de útero (1090) e mama (720).

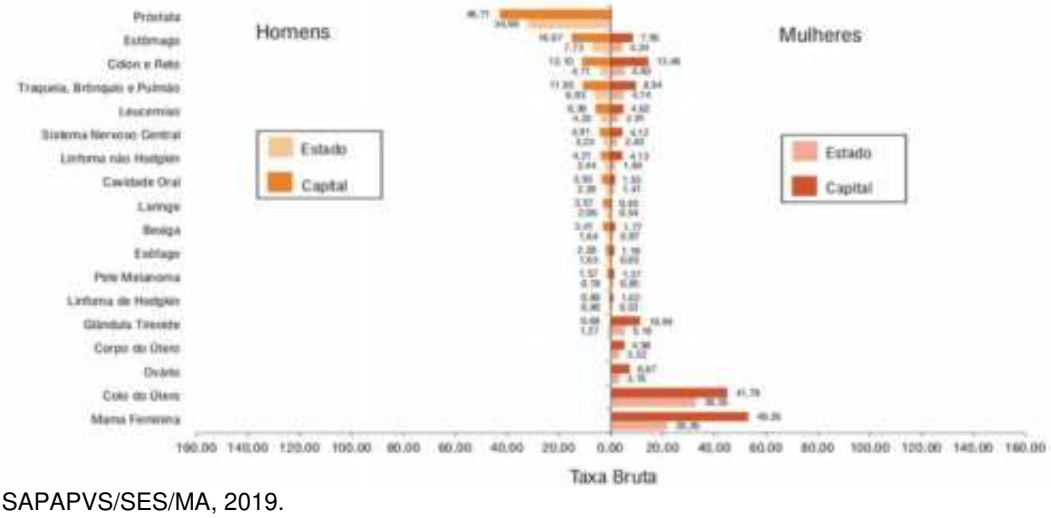
Para São Luís, sobre a estimativa para 2018, observa-se uma incidência maior para homens nos casos novos de câncer de próstata (240/46,71), estômago (80/16,67) e traqueia, brônquio e pulmão (60/11,85) e Cólon e Reto (60/12,10). Nas mulheres, os casos novos de maior incidência são mama (280/49,26) e colo de útero (240/41,79).

Tabela 2 – Estimativas de câncer entre os anos de 2014 a 2018

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DA NEOPLASIA MALIGNA	INCIDÊNCIA 2014				INCIDÊNCIA 2018			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	Estado	Capital	Estado	Capital	Estado	Capital	Estado	Capital
	Casos/ Tx. Bruta	Casos/ Tx. Bruta	Casos/ Tx. Bruta	Casos/ Tx. Bruta	Casos/ Tx. Bruta	Casos/ Tx. Bruta	Casos/ Tx. Bruta	Casos/ Tx. Bruta
Próstata	910/27,68	230/49,02	-	-	1220/34,99	240/46,71	-	-
Mama Feminina	-	-	570/17,03	250/46,55	-	-	720/20,26	280/49,26
Colo de Útero	-	-	880/26,25	200/36,70	-	-	1090/30,55	240/41,79
Traqueia, Brônquio e Pulmão	190/5,74	50/10,33	130/3,77	40/6,70	240/6,93	60/11,85	170/4,74	50/8,94
Cólon e Reto	80/2,42	30/6,90	130/3,94	70/13,55	160/4,71	60/12,10	170/4,83	80/13,48
Estômago	230/6,91	70/13,93	120/3,50	40/7,57	270/7,73	80/16,67	150/4,24	50/7,95
Cavidade Oral	70/2,06	20/4,09	50/1,52	*/1,61	80/2,28	20/3,93	50/1,41	**/1,53
Laringe	50/1,41	*/2,80	20/0,55	*/0,44	70/2,06	20/3,57	20/0,54	**/0,40
Bexiga	40/1,27	*/2,79	20/0,56	*/1,58	60/1,64	20/3,41	30/0,87	**/1,77
Esôfago	50/1,46	*/2,47	20/0,59	*/1,12	60/1,63	**/2,28	20/0,65	**/1,16
Ovário	-	-	80/2,30	40/8,23	-	-	110/3,16	40/6,87
Glândula Tireoide	30/0,78	*/0,56	120/3,54	20/4,61	40/1,27	**/0,68	180/5,18	60/10,24
Sistema Nervoso Central	90/2,73	20/4,53	60/1,73	30/5,76	110/3,23	20/4,91	90/2,40	20/4,12
Corpo de Útero	-	-	70/2,04	20/3,23	-	-	120/3,32	30/4,98

Fonte: SAPAPVS/SES/MA, 2019. * Número de casos menor que 15 ** Número de casos menor que 20

Figura 9 - Taxas brutas de incidência de casos de câncer, por sexo, segundo Estado e capital*, 2018.

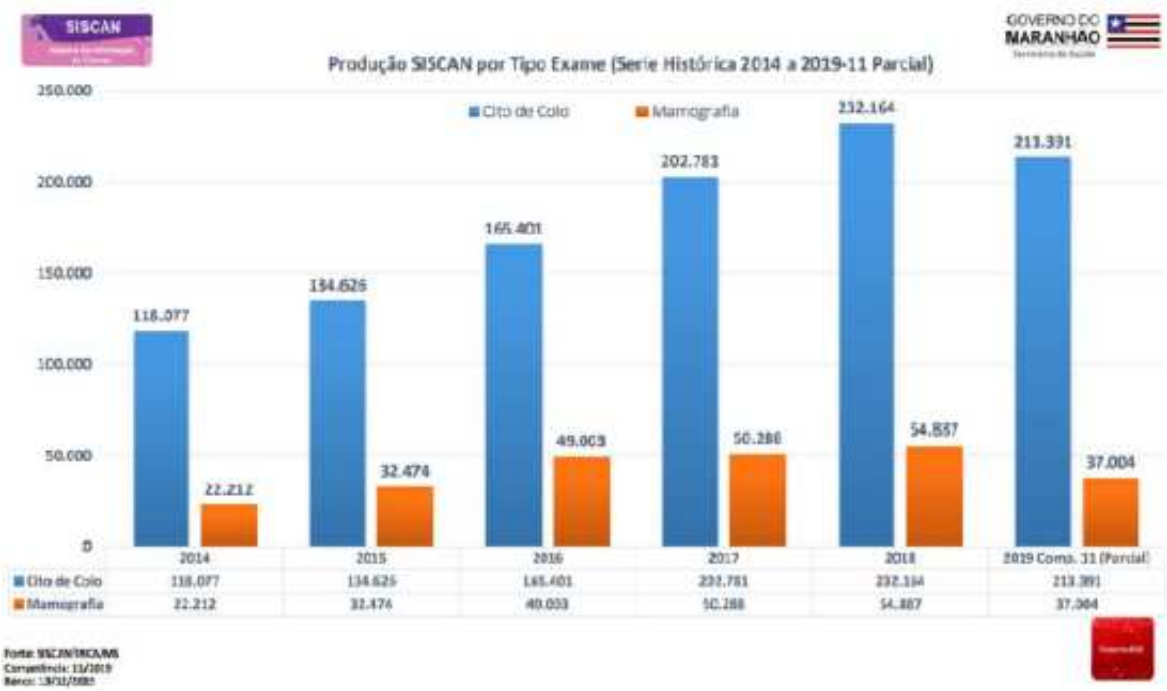


Fonte: SAPAPVS/SES/MA, 2019.

Atualmente, promover o acesso das mulheres ao exame citopatológico para a prevenção do câncer de colo de útero continua sendo um desafio. A estratégia de rastreamento do câncer de colo de útero consiste em iniciar as coletas de exames após 1ª relação sexual, tendo como referência uma meta de 40% da população feminina entre 25 a 64 anos.

Ainda temos como grande desafio na prevenção do câncer de mama promover o emponderamento das mulheres quanto ao direito em realizar o exame de mamografia, não só em período de campanha alusiva ao câncer de mama, mas durante o decorrer do ano, principalmente em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos.

Gráfico 8 - Razão de exame de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária e Razão de citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos e população na mesma faixa etária no Estado do Maranhão, ano 2014-2019.



No gráfico 8, observa-se leve crescimento na série histórica da razão de exames citopatológicos ao longo dos anos, considerando que 2019 é parcial. No que se refere a produção de exame de mamografia no estado, observa-se uma baixa produtividade de exames, contudo justifica-se o não alcance das metas pactuadas

devido à ausência de mamógrafos em algumas regiões de saúde. Ressaltamos, ainda, que o Estado está em processo de reorganização da rede de serviços para a implantação e implementação de novos serviços de média complexidade para diagnóstico do câncer de mama- SDM, nas regiões de saúde com vazios assistência.

3.2.4. Mortalidade

Com o envelhecimento da população, acompanham-se novas demandas socioeconômicas que refletirão diretamente no cuidado em saúde e na morbimortalidade. Informações sobre as condições de saúde e a necessidade de assistência médica são fundamentais para o planejamento de estratégias de prevenção, atenção e promoção da saúde. Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as DAC (capítulo IX), especialmente as doenças cardiovasculares (DCV), constituem importante causa de morte em todo o mundo.

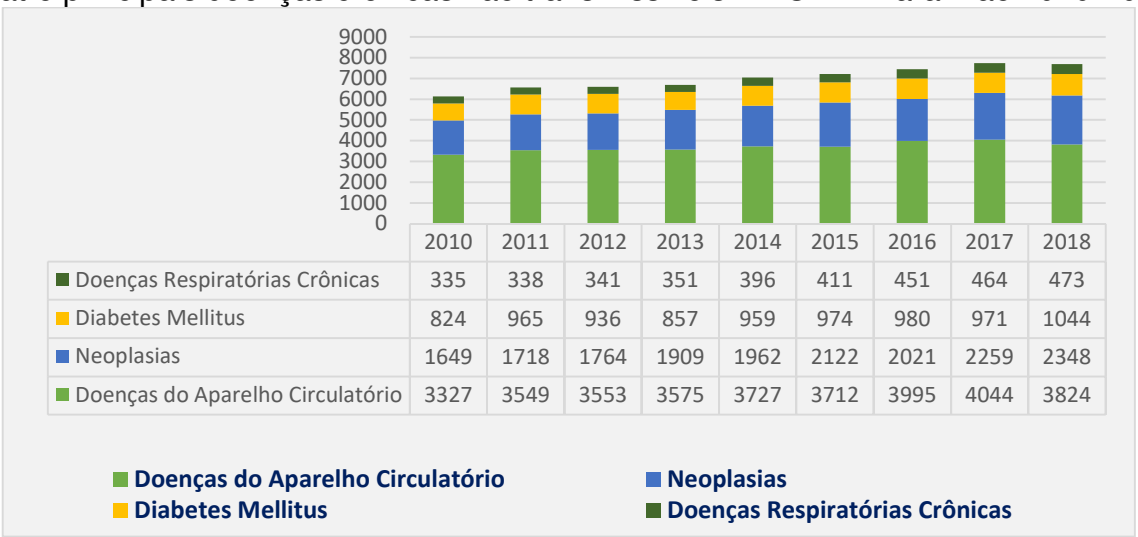
No quadro 4 observamos o ranking de causas de mortalidade classificada por capítulo da CID-10 para os anos de 2010 e 2018. As Doenças do Aparelho Circulatório aparecem como principal causa de óbitos apresentando taxa de mortalidade de 127 óbitos por 100 mil habitantes para 150/100 mil habitantes. As neoplasias apresentam incremento de 35% e as causas externas apresentaram elevação na taxa de mortalidade de 14%, passando de 59,8/100 mil hab. para 68,2/100 mil hab. no período avaliado.

Quadro 4 - Taxa de mortalidade por causa de morte classificada por capitulo da CID-10 (por 100 mil habitantes) em ordem de posição das taxas, Maranhão, 2010 e 2018

Posição	Causas de Morte por Capitulo CID-10 2010	Taxa 2010	Causas de Morte por Capitulo CID-10 2018	Taxa 2018
1	IX. Doenças do aparelho circulatóri	126,7	IX. Doenças do aparelho circulatóric	150,0
2	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	59,8	XX. Causas externas de morbidade e	68,2
3	II. Neoplasias (tumores)	46,0	II. Neoplasias (tumores)	62,1
4	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	42,4	X. Doenças do aparelho respiratório	44,0
5	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	32,8	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	42,1
6	XVIII.Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	26,2	XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	35,1
7	X. Doenças do aparelho respiratório	26,0	XI. Doenças do aparelho digestivo	24,7
8	XI. Doenças do aparelho digestivo	20,2	I. Algumas doenças infecciosas e pa	24,0
9	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18,5	XVIII.Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de	22,5
10	XIV. Doenças do aparelho geniturin	6,4	XIV. Doenças do aparelho geniturinário	11,5
11	VI. Doenças do sistema nervoso	6,0	VI. Doenças do sistema nervoso	9,3
12	XVII.Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	5,7	XVII.Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	6,1
13	V. Transtornos mentais e comportamentais	3,1	V. Transtornos mentais e comportamentais	4,5
14	III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários.	2,6	III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários.	3,0
15	XV. Gravidez parto e puerpério	2,0	XII. Doenças da pele e do tecido sub	2,5
16	XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,3	XIII.Doenças sist osteomuscular e tec	1,5
17	XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,2	XV. Gravidez parto e puerpério	1,2
18	VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,0	VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,1

Fonte: SIM/SES/MA, 2019

Gráfico 9 - Frequência (nº absoluto) da mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis – DCNT. Maranhão 2010-2018

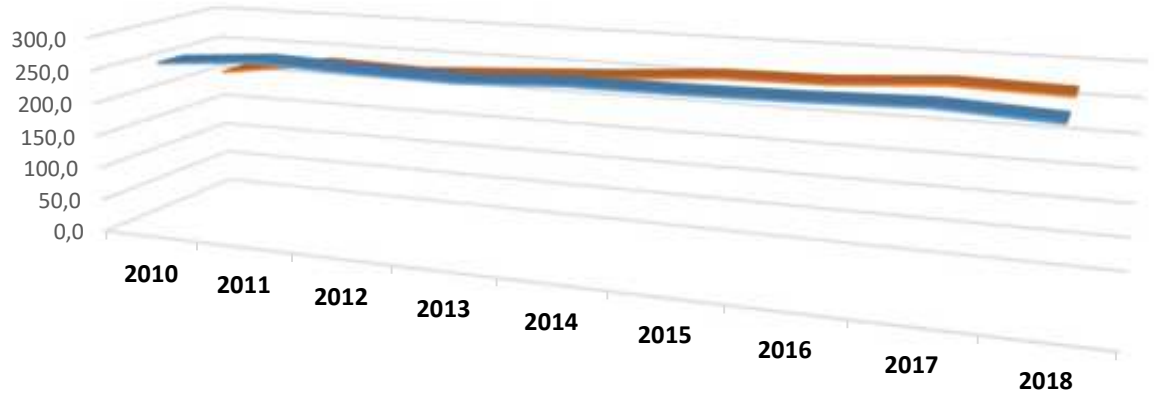


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Doenças Respiratórias Crônicas	335	338	341	351	396	411	451	464	473
Diabetes Mellitus	824	965	936	857	959	974	980	971	1044
Neoplasias	1649	1718	1764	1909	1962	2122	2021	2259	2348
Doenças do Aparelho Circulatório	3327	3549	3553	3575	3727	3712	3995	4044	3824

Fonte: SIM/SES/MA, 2020.

Em 2010, as doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs (doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas) foram responsáveis por 57% do total das mortes prematuras, na faixa etária de 30 a 69 anos. Em 2018, as DCNTs corresponderam a 55% dos óbitos registrados, com elevação de 25% na análise entre os anos de 2010 a 2018. As Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) corresponderam a 49,7% das ocorrências, seguidas das Neoplasias (30,5%), Diabetes Mellitus (13,6%) e das Doenças respiratórias crônicas (6,2%). Esses números mostram a tendência de elevação na mortalidade por DCNT no Maranhão (Gráfico 9).

Gráfico 10 - Taxa de Mortalidade pelas quatro principais doenças crônicas não transmissíveis – DCNT na população em geral e população prematura (30 a 69 anos). Maranhão 2010-2018

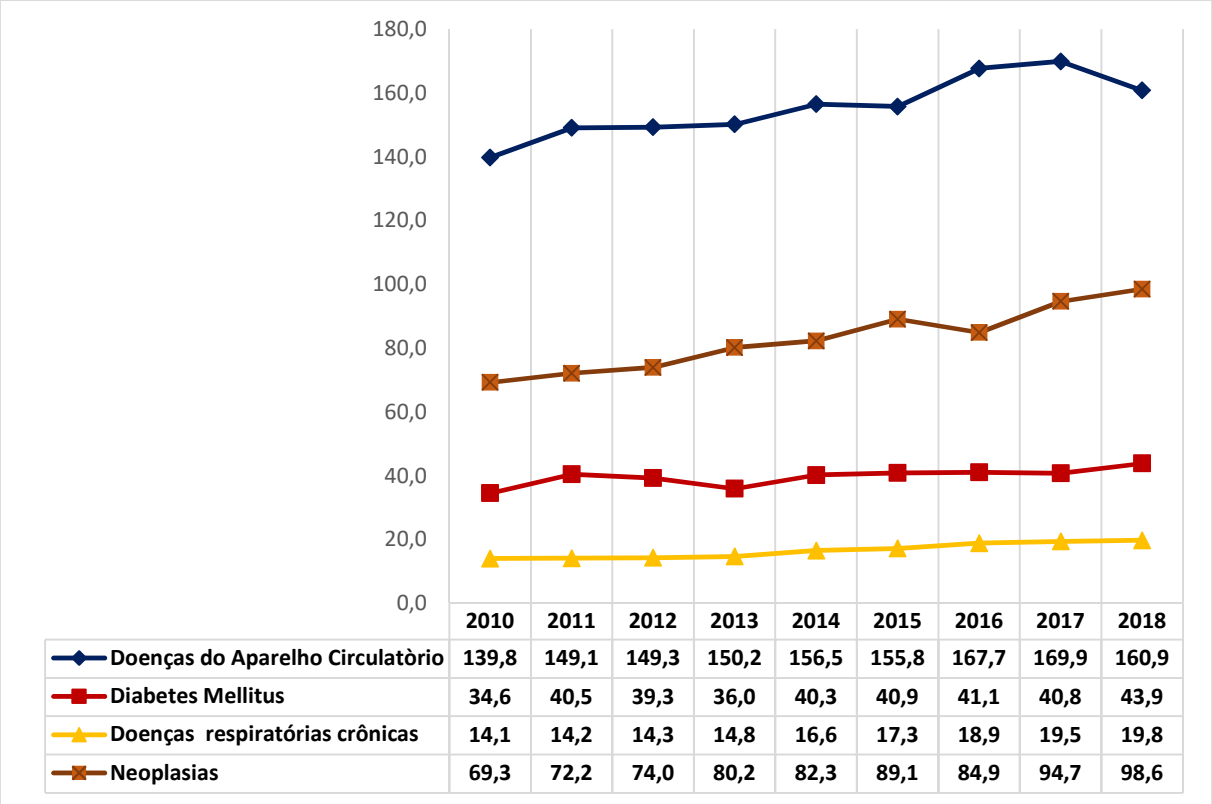


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tx Mort.DCNT POP GERAL	257,9	269,4	263,7	261,0	268,0	268,1	270,1	274,3	266,6
Tx Mort.DCNT POP PREMATURA	215,2	235,5	231,1	239,6	248,5	259,9	261,7	271,6	268,1

Fonte: SIM/SES/MA, 2019.

Na situação de saúde atual, as DCNTs são as principais causas de mortes no mundo, com destaque para o elevado número de mortes prematuras, definidas como mortes em indivíduos entre 30 e 69 anos. No Maranhão, as estatísticas mostram que, a taxa de mortalidade na população geral teve um incremento de 3,4% enquanto que na população prematura aumentou 24,6% entre 2010 e 2018 (Gráfico 10).

Gráfico 11 – Taxa de Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, Doenças do Aparelho Circulatório, Diabetes Mellitus, Doenças Respiratórias Crônicas e Neoplasias. Maranhão 2010 a 2018.



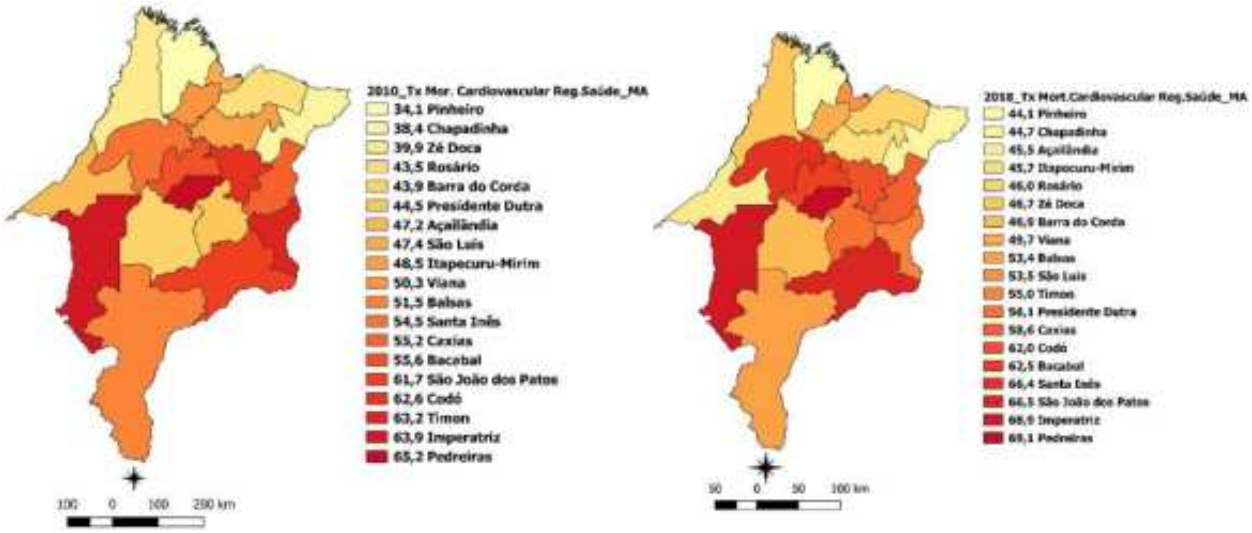
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Doenças do Aparelho Circulatòrio	139,8	149,1	149,3	150,2	156,5	155,8	167,7	169,9	160,9
Diabetes Mellitus	34,6	40,5	39,3	36,0	40,3	40,9	41,1	40,8	43,9
Doenças respiratórias crônicas	14,1	14,2	14,3	14,8	16,6	17,3	18,9	19,5	19,8
Neoplasias	69,3	72,2	74,0	80,2	82,3	89,1	84,9	94,7	98,6

Fonte: SIM/SES/MA, 2020

De acordo com a análise das taxas de mortalidade prematura por DCNT, ocorridas no Maranhão no período de 2010 a 2018, destaca-se as doenças do aparelho circulatório (DAC) que representam a principal causa de óbito, apresentando incremento de 15%, na taxa de mortalidade de 2010 para 2018 (139,8 óbitos por 100 mil hab. para 160,9/100 mil hab.).

As neoplasias apresentaram elevação na taxa de mortalidade de (42,2%), na série histórica avaliada (69,3/100 mil hab. em 2010 e 98,6/100 mil hab. no ano de 2018), seguida das doenças respiratórias crônicas, com incremento de (40,9%), sendo registrada taxa de 14,1/100 mil hab., em 2010 e 19,8/100 mil hab. no ano de 2018. A taxa de mortalidade por Diabetes Mellitus apresentou acréscimo de 26,8%, no período 2010 para 2018 (34,6/ 100 mil hab. para 43,9/100 mil hab.).

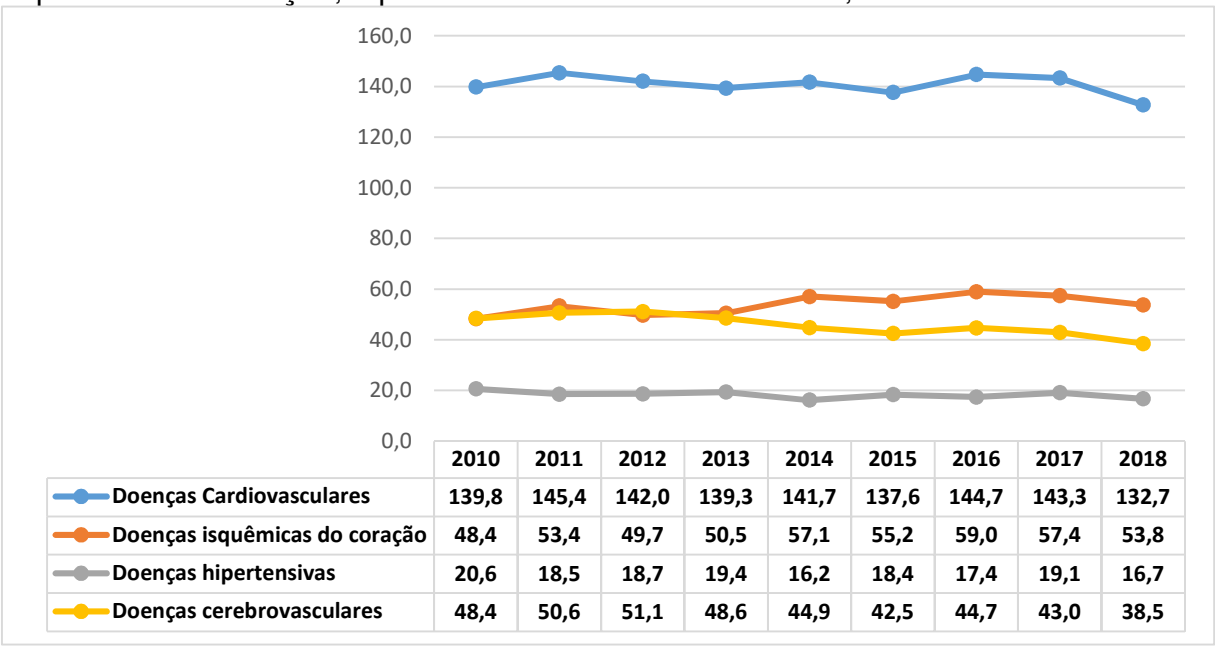
Figura 10 - Distribuição espacial da Taxa Mortalidade por Doenças Cardiovasculares, segundo região de saúde de residência, Maranhão 2010 e 2018.



Fonte: SIM/SES/MA, 2020.

As Regiões de Saúde que permaneceram com maiores taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, nos anos de 2010 e 2018, foram Pedreiras com incremento de 6% (65,2 óbitos por 100 mil habitantes para 69,1/100 mil habitantes) e Imperatriz com incremento de 7,8% (63,9/100.00 hab. para 68,9/100 mil hab.). As Regiões de Saúde que apresentaram as menores taxas no período avaliado foram: Pinheiro (34,1/100 mil hab. para 44,1/100 mil hab.) e Chapadinha (38,4/100 mil hab. para 44,7/100 mil hab.), conforme figura 10.

Gráfico 12 – Taxa de Mortalidade por doenças cardiovasculares e três subgrupos: isquêmicas do coração, hipertensivas e cerebrovasculares, Maranhão 2010 a 2018.

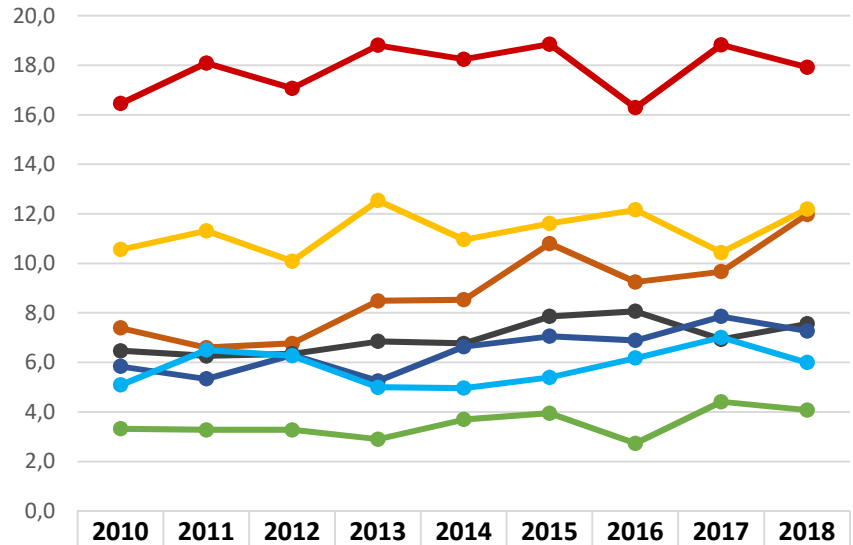


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Doenças Cardiovasculares	139,8	145,4	142,0	139,3	141,7	137,6	144,7	143,3	132,7
Doenças isquêmicas do coração	48,4	53,4	49,7	50,5	57,1	55,2	59,0	57,4	53,8
Doenças hipertensivas	20,6	18,5	18,7	19,4	16,2	18,4	17,4	19,1	16,7
Doenças cerebrovasculares	48,4	50,6	51,1	48,6	44,9	42,5	44,7	43,0	38,5

Fonte: SIM/SES/MA,2020

Na análise dos óbitos por doenças cardiovasculares-DCV, entre 2010 e 2018 (gráfico 12), as doenças isquêmicas do coração apresentaram as maiores taxas de mortalidade, chegando a 145,4 óbitos por 100 mil habitantes. Dentre os três subgrupos das DCV, observamos incremento de 11,2% de 2010 a 2018. As doenças cerebrovasculares apresentaram redução na taxa de mortalidade de 20,4%, correspondendo a 48,4/100 mil hab., em 2010 e 38,5/100 mil hab., no ano de 2018, seguida das doenças hipertensivas que apresentaram redução de 18,8%, no período avaliado (20,6/100 mil hab. para 16,7/100 mil hab.).

Gráfico 13 – Taxa de Mortalidade de neoplasias malignas na população geral, feminina e masculina, Maranhão, 2013 a 2018.



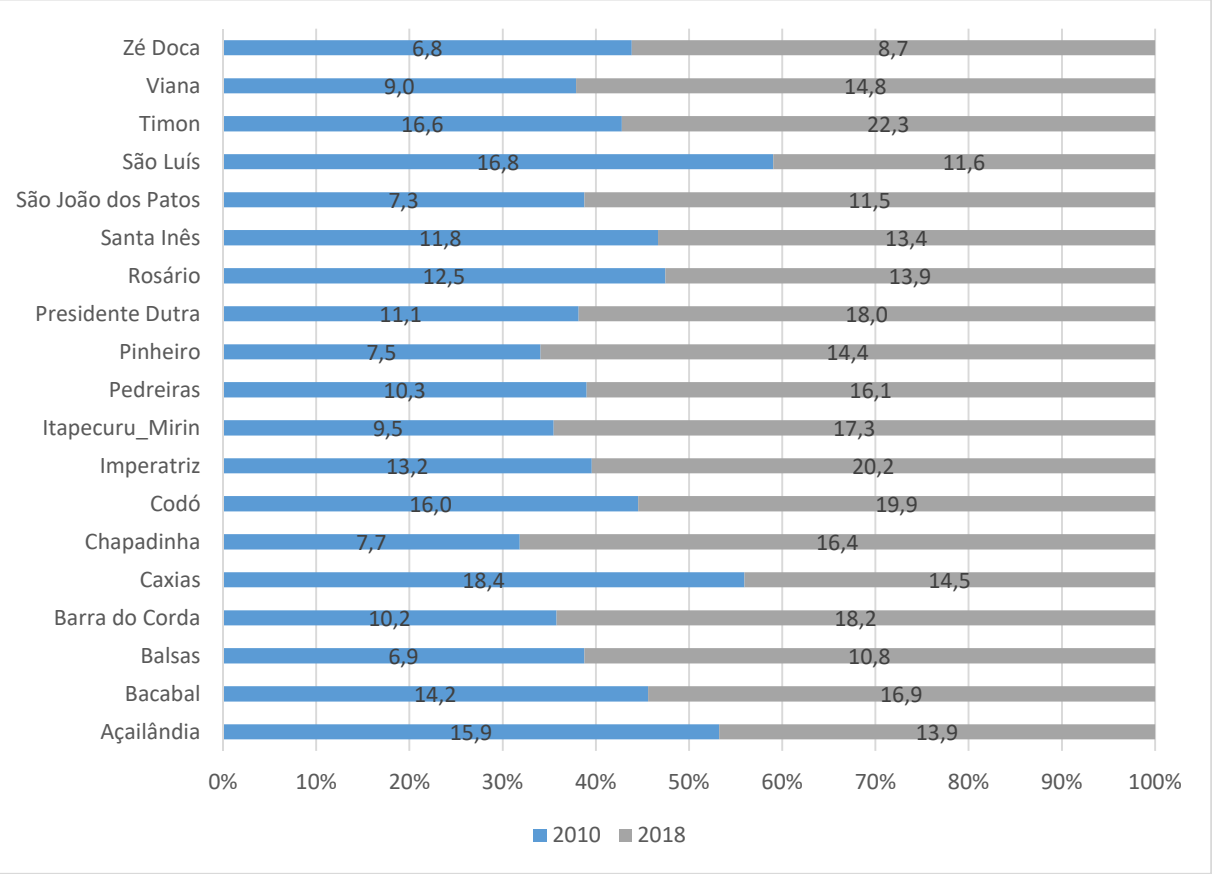
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Colo do útero	16,5	18,1	17,1	18,8	18,2	18,9	16,3	18,8	17,9
Brônquios e dos pulmões	7,4	6,6	6,8	8,5	8,5	10,8	9,2	9,7	12,0
Estômago	6,5	6,3	6,3	6,9	6,8	7,9	8,1	6,9	7,6
Mama feminina	10,6	11,3	10,1	12,5	11,0	11,6	12,2	10,4	12,2
Figado vias biliares intra-hepáticos	5,8	5,3	6,3	5,3	6,6	7,1	6,9	7,9	7,3
Encéfalo	3,3	3,3	3,3	2,9	3,7	4,0	2,7	4,4	4,1
Prostata	5,1	6,5	6,3	5,0	5,0	5,4	6,2	7,0	6,0

Fonte: SIM/TABNET/MS

No Maranhão, a taxa de mortalidade prematura por neoplasias malignas (gráfico 13), apresentou incremento de 18,3%, no comparativo entre os anos de 2010 e 2018 (124,5/100 mil hab. para 147,3 óbitos/100 mil hab.).

Na análise das taxas de mortalidade pelas principais neoplasias malignas, em ambos os sexos, as neoplasias dos brônquios e pulmões merecem destaque, com aumento de 61,9% de 2010 a 2018, seguidas das neoplasias de estômago que apresentaram acréscimo de 16,9%, e de fígado com incremento de 24,5%. A neoplasia de colo uterino apresenta a maior taxa de mortalidade, correspondendo a elevação de 8,9%, seguida da neoplasia de mama com 15,5% na taxa de mortalidade e a neoplasia de próstata apresentou elevação de 17,8% na análise no período avaliado.

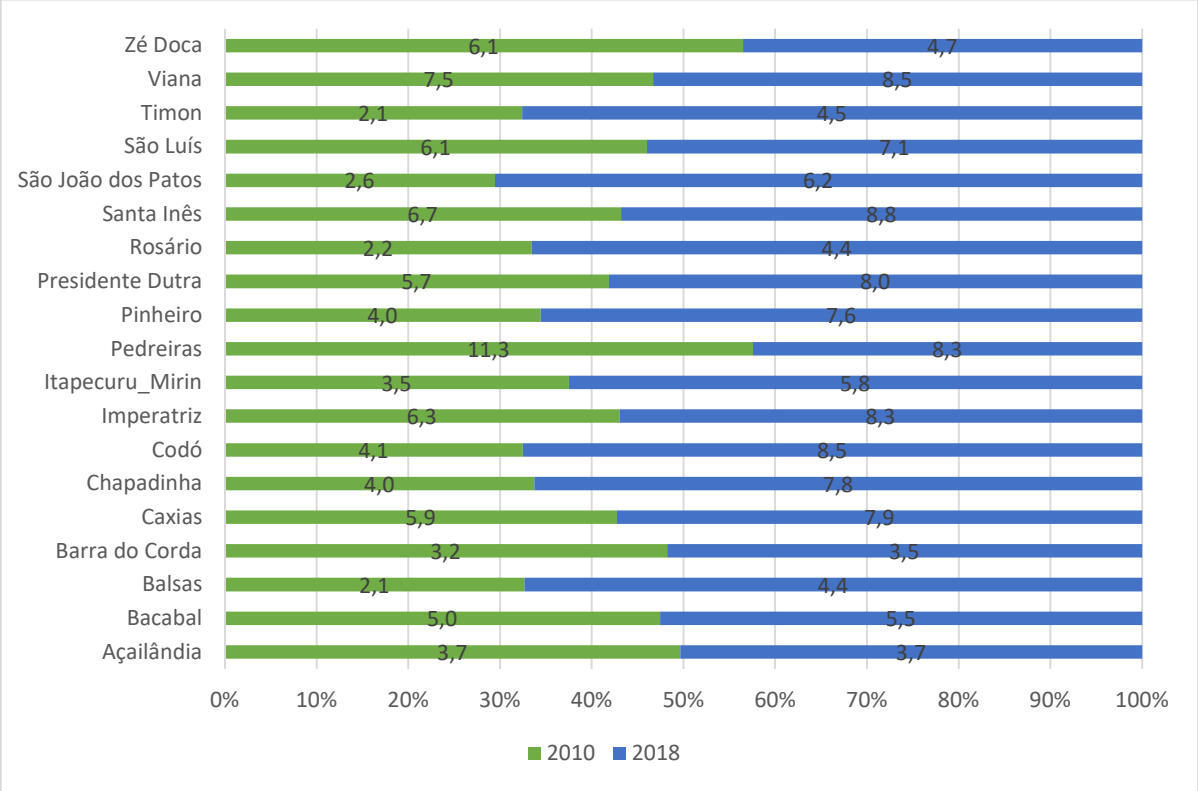
Gráfico 14 - Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus, Região de Saúde, Maranhão 2010 e 2018.



Fonte: SIM/TABNET/MS

O gráfico 14, apresenta a taxa de mortalidade relacionada ao diabetes mellitus, por Região de Saúde, nos anos de 2010 e 2018. A Região de Chapadinha apresentou incremento de 114,1% (7,7/100 mil hab. para 16,4/100 mil hab.), seguida de Pinheiro com elevação de 93,7% (7,5/100 mil hab. para 14,4/100 mil hab.), Itapecuru-Mirim com 81,8% (9,5/100 mil hab. para 17,3/100 mil hab.). Por sua vez outras regiões apresentaram redução na taxa de mortalidade, destacando-se a Região de São Luís com taxa de 16,8 óbitos por 100 mil hab. para 11,6/100 mil hab.) seguido por Caxias com 18,4/100 mil hab. para 14,5/100 mil hab. e Açailândia com 15,9/100 mil hab. para 13,9/100 mil hab.

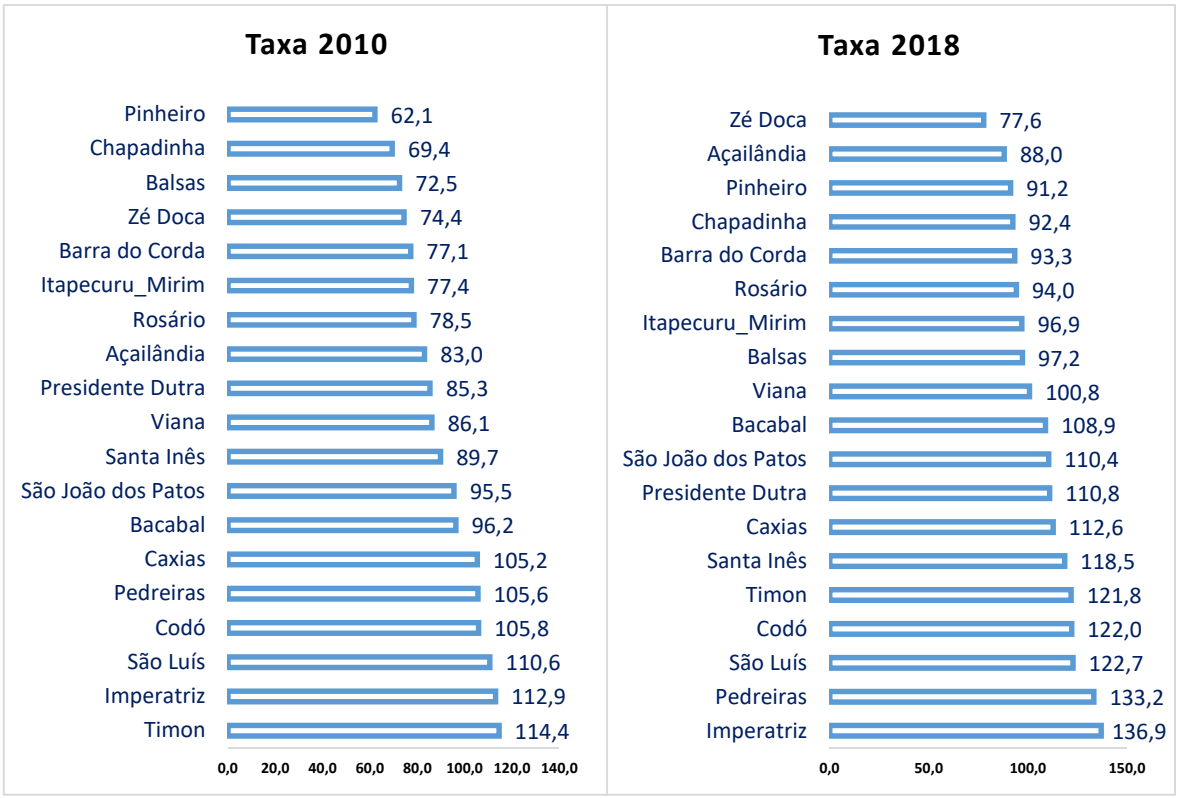
Gráfico 15 – Taxa de Mortalidade por doenças respiratórias crônicas, Região de Saúde, Maranhão 2010 a 2018.



Fonte: SIM/SES/MA,2020

A taxa de mortalidade das Regiões de Saúde do Estado por doenças respiratórias crônicas, entre 2010 e 2018, que apresentam maiores incrementos foram: São João dos Patos com 139,6% (2,6/100 mil hab. para 6,2/100 mil hab.), Timon correspondendo a 108,5% (2,1/100.000 hab. para 4,5/100mil hab.), Codó com 107,7% (4,1/100.000 hab. para 8,5/100mil hab.). A Região de Saúde de Pedreiras apresentou redução na taxa de mortalidade por doenças respiratórias crônicas de 26,3% (11,3/100 mil hab. para 8,3/100 mil hab.), seguido da Região de Zé Doca com redução de 23% (6,1/100 mil hab. para 4,7/100 mil hab.).

Gráfico 16 - Distribuição da mortalidade pelas principais DCNT por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.



Fonte: SIM/SES/MA, 2019.

No gráfico 16, analisarmos a taxa de mortalidade pelas principais DCNT, por Região de Saúde. São Luís correspondeu a 110,6 óbitos por 100 mil habitantes em 2010 para 122,7/100 mil hab., em 2018, seguido de Imperatriz (112,9/100 mil hab. para 136,9/100 mil hab.), Pedreiras (105,6/100 mil hab. para 133,2/100mil hab.), Codó (105,8/100 mil hab. para 122/100mil hab.) e Timon (114,4/100 mil hab. para 136,9/100 mil hab.). Os maiores incrementos na taxa de mortalidade foram observados nas regiões de Pinheiro (47%), Balsas (34%), Chapadinha (33%) e Santa Inês (32%).

Considerando a importância que as DCNT representam para a saúde pública, a implementação de ações de Promoção da Saúde e prevenção dos fatores de riscos entre outras estratégias, com o intuito de garantir atenção adequada à saúde dos portadores dessas patologias, constituem medidas relevantes a redução da morbimortalidade por DCNT na população maranhense.

3.2.5. Mortalidade Materna

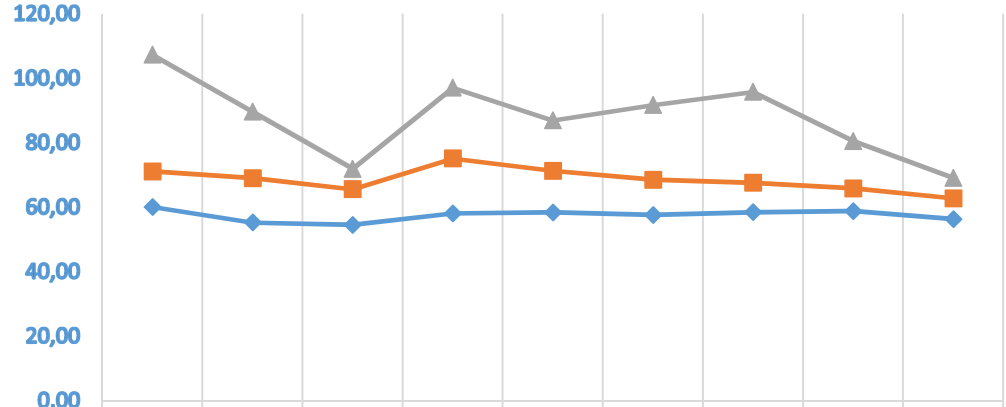
A mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública no Brasil. Os números atuais revelam índices alarmantes, quando comparados a outros países. Quando morre uma mulher grávida, no parto ou no puerpério, falharam as diretrizes políticas e os profissionais de saúde e, por conseguinte, a sociedade como um todo.

A literatura descreve que 95% dos óbitos maternos no mundo poderiam ser evitados, se os serviços de saúde público e privado ampliassem os direitos sexuais e reprodutivos à mulher, além de garantir uma atenção obstétrica segura e respeitosa. A mensuração destes óbitos é considerada um ótimo indicador para medir o nível de desenvolvimento da saúde em determinadas regiões ou no país.

A estimação da RMM depende da cobertura dos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC) em todo o Estado, além dos óbitos de mulher em idade fértil (MIF) e daqueles com causas mal definidas e causas presumíveis de serem maternas, uma vez que eles podem mascarar óbitos maternos.

Como a cobertura dessas informações não atinge 100% no Maranhão, é necessário aplicar fatores de correção conforme metodologia proposta pelo Ministério da Saúde no chamado “Reproductive Age Mortality Study” (RAMOS). Tal método utiliza todas as possíveis fontes de informações para identificar as mortes maternas. Foi implementado em todas as capitais das Unidades Federativas a partir de 2002, identificando muitas mortes maternas que, embora estivessem informadas no SIM, estavam classificadas com outras causas de morte.

Gráfico 17 - Razão Mortalidade Materna Direta, Brasil, Região Nordeste e Maranhão, 2010 a 2018.



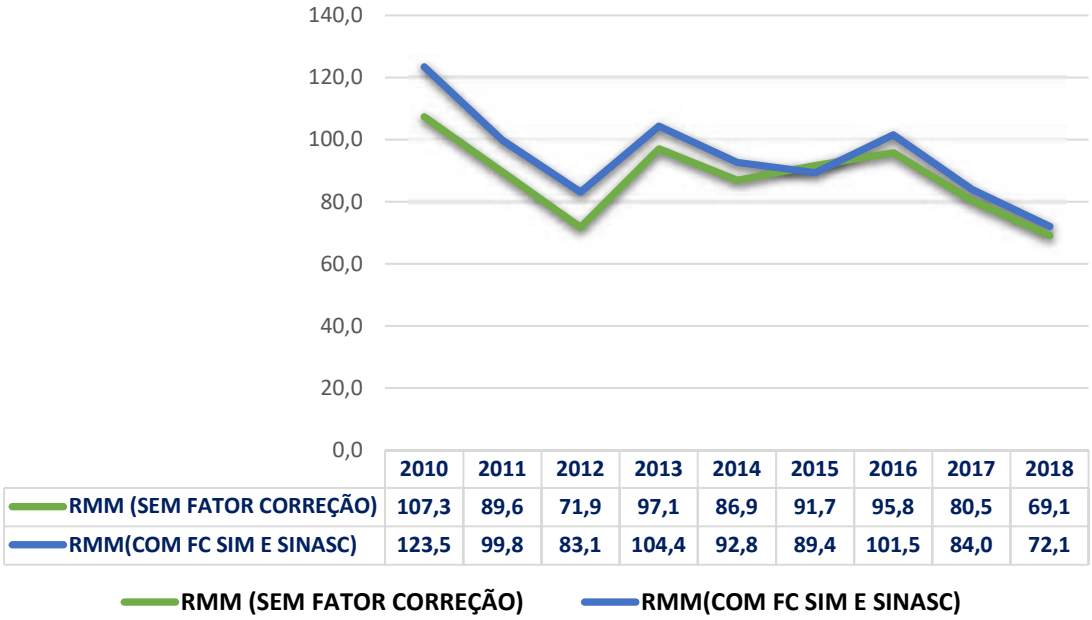
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brasil	60,07	55,27	54,48	58,06	58,37	57,59	58,44	58,76	56,30
Regiao Nordeste	71,09	68,98	65,58	75,11	71,30	68,53	67,58	65,83	62,74
Maranhão	107,31	89,63	71,86	97,05	86,93	91,70	95,77	80,52	69,12

Fonte: MS/SVS/DASIS; SIM/SES/MA, 2019.

No Brasil, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) Direta (sem fator de correção) decresceu 6,3% do ano de 2010 para o ano 2018 (60/100.000 NV e em 2018 atingiu 56,3/100.000 NV), a região nordeste apresentou redução de 11,8% e o Estado do Maranhão decresceu a RMM em 35,6%, deixando a ocorrência de 107 óbitos maternos para cada 100,000NV, para 69 óbitos maternos para 100,000NV (Gráfico 17).

No Maranhão, a RMM com fatores de correção apresenta oscilação positiva em alguns anos demostrando insuficiência de ações que possa dar sustentabilidade à manutenção da queda. Em 2016, a RMM sem fator de correção foi de 95,8/100.000 NV e com correção foi de 101,5/1000.000 NV, ou seja, quase o dobro da nacional. Observa-se uma elevação em 2013 e 2016 com redução a partir de 2017 (Gráfico 18).

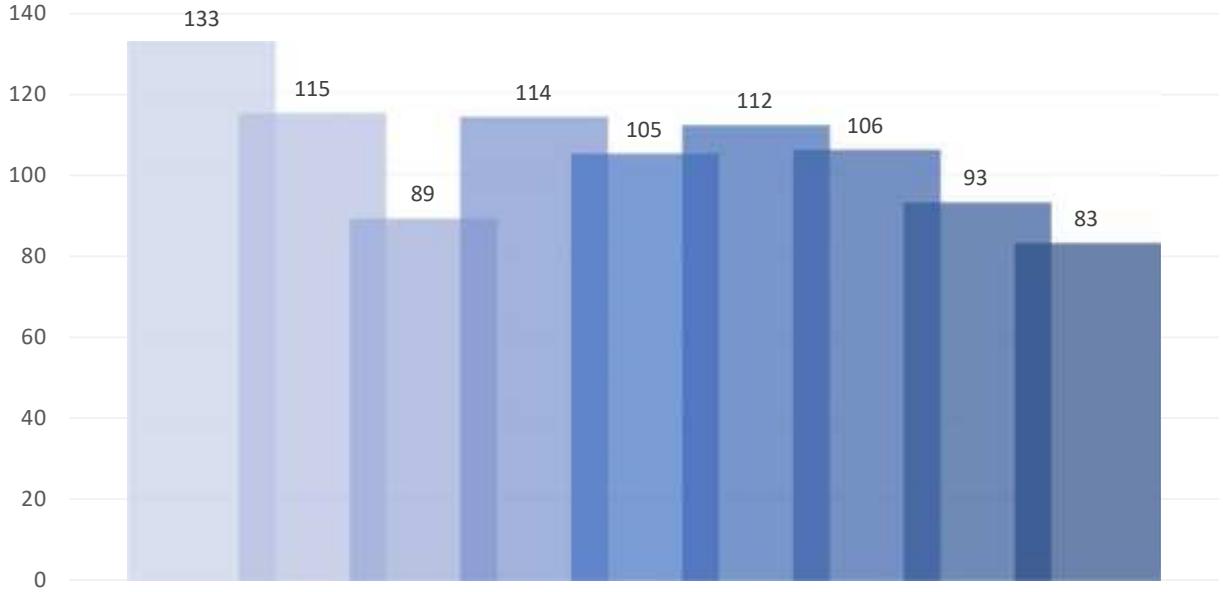
Gráfico 18 - Razão de Mortalidade Materna no Maranhão, 2010-2018.



Fonte: SIM/SES/MA, 2019. Adaptado.

No quadriênio de 2014 a 2017 o número total de óbitos maternos no Estado foi de 373, enquanto nos entre os anos de 2010 e 2013 o número foi de 420, ou seja, redução de 11,19%. Em número absoluto, entre 2010 e 2018 o Maranhão apresentou uma redução de 37,6% em óbitos maternos, representando uma redução de ocorrência de 50 óbitos maternos no período avaliado, gráfico 19.

Gráfico 19 - Número absoluto de óbitos maternos no Maranhão, 2010-2018.



Fonte: SIM/SES/MA, 2019. Adaptado.

Na tabela 3 apresentamos a RMM Direta, sem fator de correção por região de saúde do Maranhão no período de 2010 a 2018, observamos que no período avaliado a Região de Caxias apresentou a maior RMM nos anos de 2015 e 2017, 308/100.000NV e 205/100,000, respectivamente. No ano de 2010 (176/100.000NV) e de 2013 (189/100.000NV) a maior RMM ficou na região de Timon; Região de saúde de Barra do Corda em 2011(207/100.000NV) e 2018 (191/100,000NV); Região de Bacabal em 2012(136/100.000NV), Chapadinha em 2014 com 162/100,000NV; e ano de 2016 a Região de saúde de Codó (159/100,000).

Nesse período entre 2010 e 2018, a Região de Saúde com maior redução da RMM foi a região de Balsas com 94,5/100.000 nascidos vivos (NV) para 24,2/100.000 NV e a com maior acréscimo foi a região de saúde de Zé Doca que apresentava 19,9/100,000NV e apresentou em 2018 a RMM de 83,1/100.000 NV, definido como RMM moderada segundo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Ao analisarmos a razão de mortalidade materna por região de saúde observamos que em 2017, a região de Caxias obteve o resultado, de 205/100.000 NV, a maior taxa do estado no ano avaliado, enquanto em 2018 reduziu para 77,5 fruto dos investimentos realizados na atenção primária como a planificação e estruturação da rede materno infantil, Em seguida, as regiões que apresentam as maiores RMM

nesse mesmo período foram: Barra do Corda, Açailândia, Presidente Dutra e Pedreiras.

A região de São Luís, que é a mais populosa, vem apresentando redução da RMM significativa a partir de 2016 (88,3/100,000NV) alcançando em 2018 a ocorrência de 45 óbitos maternos para cada 100,000NV, o que podemos inferir que a resolutividade das ações nas duas maternidades de Alta Complexidade e de referência para todo o Estado tem surtindo efeito significativo na redução da mortalidade materna. A região de Pedreiras, que apresenta zero de RMM em 2017, não informou os óbitos em tempo oportuno, demonstrando potencial crescimento de tendência em 2018 (84/100,000NV).

Tabela 3 – Razão de Mortalidade Materna (RMM)*, por Regiões de Saúde, Maranhão, 2010 a 2018.

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Açailândia	116,0	100,4	62,5	62,9	60,6	99,0	142,8	104,8	120,0
Bacabal	153,9	66,1	136,2	93,0	45,6	93,3	51,3	76,2	71,9
Balsas	94,5	47,9	25,3	101,0	47,7	143,0	124,9	48,3	24,2
Barra do Corda	120,0	206,6	88,9	22,1	127,7	102,2	138,3	104,5	190,6
Caxias	124,0	51,5	130,3	155,8	58,1	308,3	125,4	205,0	77,5
Chapadinha	88,2	90,3	47,9	64,0	161,8	96,2	53,2	50,1	63,5
Codó	70,8	137,7	107,6	112,3	126,2	55,5	159,0	155,3	58,5
Imperatriz	83,3	119,3	73,1	134,8	111,7	78,4	84,1	71,5	68,6
Itapecuru Mirim	141,4	91,1	62,9	79,8	47,1	109,5	136,6	162,7	79,7
Pedreiras	125,7	102,8	57,0	83,6	55,7	28,6	59,6	0,0	84,4
Pinheiro	32,1	46,8	46,8	116,8	129,7	66,4	102,7	32,2	76,7
Presidente Dutra	39,6	183,0	64,6	169,1	125,7	64,9	92,7	64,4	109,6
Rosário	102,0	38,7	121,2	166,4	60,1	79,9	20,4	103,7	38,1
Santa Inês	106,9	55,8	59,4	89,4	88,7	88,6	139,6	154,0	45,9
São João dos Patos	174,2	116,7	77,7	26,0	97,0	50,0	105,5	105,0	49,3
São Luís	149,0	70,5	69,1	66,3	75,8	70,5	88,3	33,0	44,9
Timon	176,2	53,4	0,0	189,1	76,6	75,4	77,2	25,0	46,9
Viana	45,8	86,1	100,7	46,7	69,4	116,6	73,5	95,2	69,7
Zé Doca	19,9	101,1	40,7	142,2	60,7	79,6	43,6	43,2	83,1

Fonte: SIM/SES/MA,2019. Adaptado. * Sem Fator de Correção **RMM por 100.000 NV

As taxas de mortalidade constituem um paradoxo em relação aos avanços do sistema de saúde, como o aumento na cobertura de atendimento pré-natal e atenção ao parto hospitalar, mas também em relação às transformações sociais

experimentadas pela sociedade brasileira, com a melhoria do nível socioeconômico e a acentuada queda da fecundidade (Victora, et al., 2011). Aliado às altas taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) descreve que 95% dos óbitos maternos no mundo poderiam ser evitados se os serviços de saúde pública e privado ampliassem os direitos sexuais e reprodutivos à mulher, além de garantir uma atenção obstétrica segura e respeitosa (FARIA et al., 2012). Estudos têm apontado deficiências na assistência pré-natal, como o não reconhecimento de fatores de risco e falhas na condução de gestantes de alto risco, que são consideradas as principais fragilidades do sistema de saúde que contribuem para manutenção das taxas elevadas de mortalidade (Morse, et al., 2011; Lima et al., 2016). Além desses, outro estudo evidenciou que contribuem para a morte materna a superlotação dos hospitais, a precariedade de acesso aos serviços de saúde e a falta de habilitação profissional no atendimento, que repercute em atrasos no diagnóstico e no tratamento adequado. (Viana et al., 2011).

3.2.6. Mortalidade Infantil

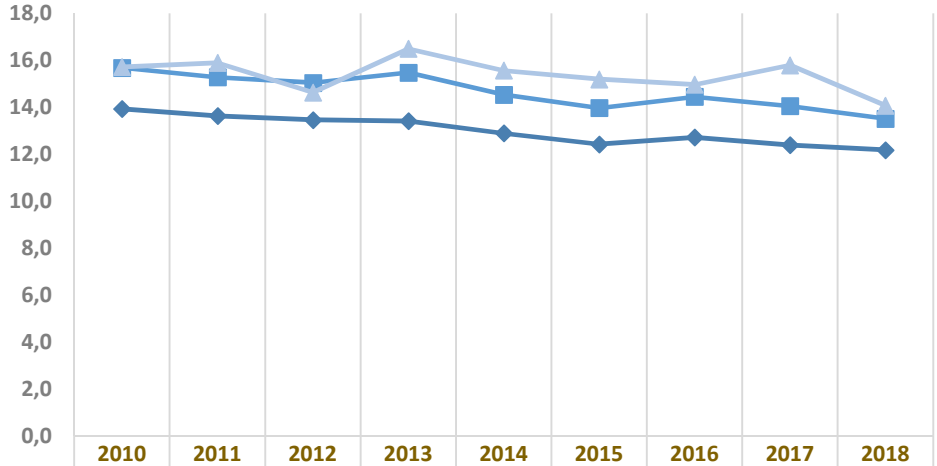
A taxa de mortalidade infantil (TMI) tem sido, ao longo do tempo, utilizado como um bom indicador das condições de vida, pois reflete o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população: os menores de um ano. É definido pelo número de óbitos de menores de um ano de idade por cada mil nascidos vivos, em determinada área geográfica e período, e interpreta-se como a estimativa do risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. Valores altos refletem, em geral, níveis precários de saúde, condições de vida e desenvolvimento socioeconômico.

A TMI é classificada em função da proximidade ou distância de valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas, o que varia com o tempo. Em geral, são consideradas altas, taxas maiores do que 50/1.000 NV, médias aquelas entre 20 e 49/1.000 NV e baixas as menores do que 20/1.000 NV.

Estima-se que quatro milhões de recém-nascidos (RN) morrem a cada ano no mundo. Assim, aproximadamente 70% desses óbitos ocorrem por causas evitáveis, entre elas, a inadequada qualidade da assistência prestada à mulher

durante a gestação, ao parto e ao RN (MOREIRA et al., 2014). Para os autores, a mortalidade infantil também está associada às condições socioculturais, como escolaridade, renda familiar, nutrição, acesso aos serviços de saúde, saneamento e ao grau de instrução das gestantes (MOREIRA et al., 2014). Entretanto, alterações no perfil da mortalidade infantil vêm sendo observada nas últimas décadas no Brasil, com maior redução do componente pós-neonatal em virtude das ações estruturadas a partir dos eixos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), que incorporam o cuidado ao recém-nascido e à criança nos diversos contextos de saúde que vai da alta complexidade à Atenção Primária em Saúde. Dessa forma, o empenho para redução da mortalidade infantil deve ser direcionado para os vários aspectos no âmbito da saúde coletiva (BEZERRA, 2016).

Gráfico 20 - Taxa de Mortalidade Infantil, Brasil, Região Nordeste e Maranhão 2010 a 2018.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brasil	13,9	13,6	13,5	13,4	12,9	12,4	12,7	12,4	12,2
Região Nordeste	15,7	15,3	15,0	15,5	14,5	14,0	14,5	14,1	13,5
Maranhão	15,7	15,9	14,6	16,5	15,6	15,2	15,0	15,8	14,1

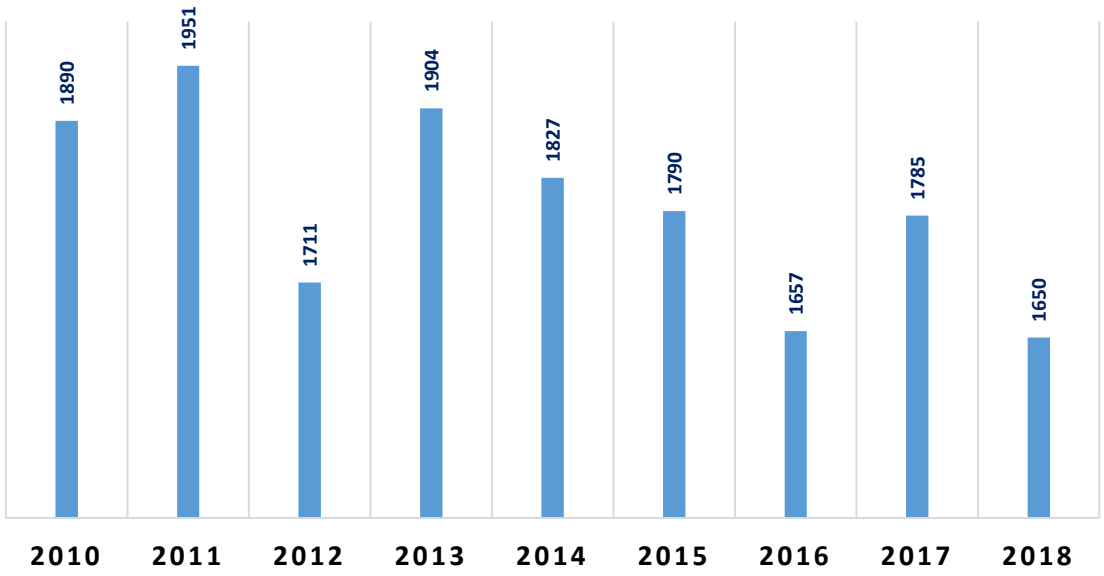
Fonte: MS/SVS/DASIS; SIM/SES/MA,2019. Adaptado. * Sem Fator de Correção **TMI por 1000 NV

A redução da taxa de mortalidade infantil foi estabelecida em setembro do ano 2000, onde líderes de 189 países se encontraram na sede das Nações Unidas em Nova York e aprovaram a Declaração do Milênio, a Declaração foi traduzida para um roteiro que estabeleceu oito metas a serem atingidas até 2015, conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), e o Brasil alcançou a meta de redução da mortalidade infantil, apresentando uma TMI 12,4/1.000 NV.

No Maranhão, a taxa de mortalidade infantil, considerando o recorte temporal entre os anos de 2015 a 2018, apresentou comportamento estável com tendência à queda de 7,4% entre 2015 e 2018. O principal componente da mortalidade infantil é o neonatal precoce (0-6 dias de vida), sendo que parte dos óbitos infantis acontece nas primeiras 24 horas de vida. Apesar da redução da TMI ainda há alternância entre redução e aumento com dificuldades para sustentabilidade à manutenção da queda (Gráfico 19). Sabe-se, outrossim, que a mortalidade infantil é um fenômeno complexo e ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e do sistema de saúde e se define como um grande desafio para as políticas e ações no Estado.

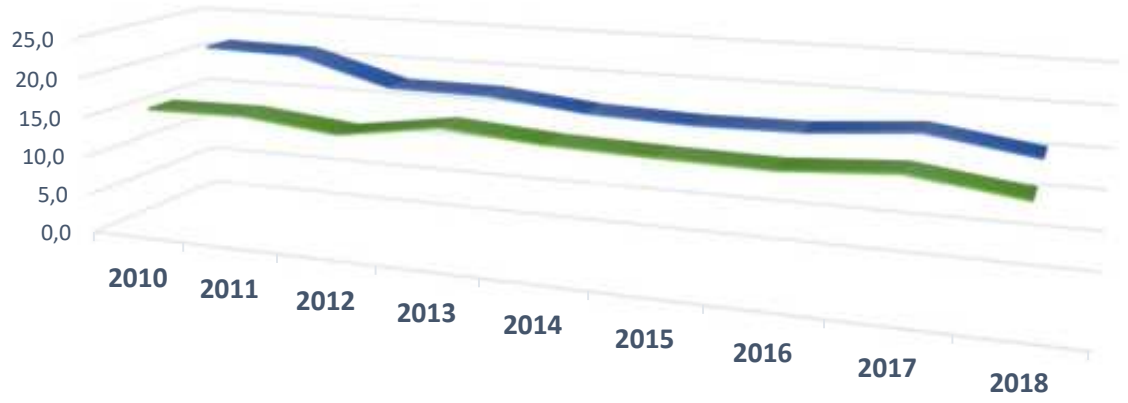
É oportuno destacar que o principal componente da mortalidade infantil é o neonatal precoce (0-6 dias de vida), sendo que parte dos óbitos infantis acontece nas primeiras 24 horas de vida. Essa realidade deve estruturar proposições assistenciais para a atenção a gestação, ao parto e ao nascimento.

Gráfico 21 - Número absoluto de óbitos infantis no Maranhão, 2010 a 2018.



Fonte: SIM/SINASC/MS,2019. Adaptado. * Dados sujeitos à alteração

Gráfico 22 - Taxa de Mortalidade Infantil com e sem fator de correção, Maranhão, 2010 a 2018.

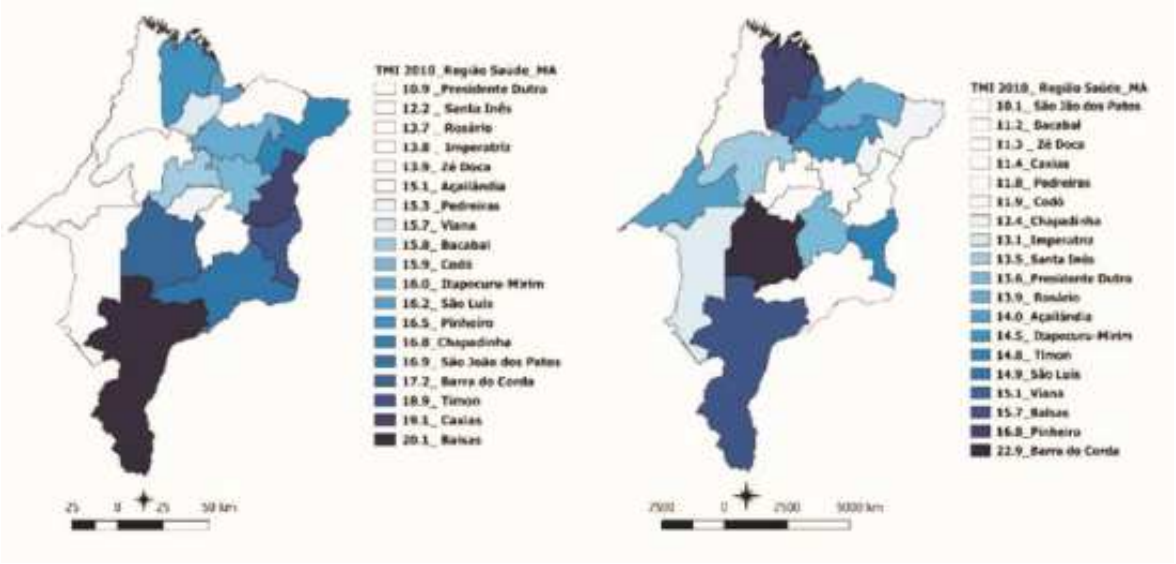


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
TMI (SEM FC)	15,7	15,9	14,6	16,5	15,6	15,2	15,0	15,8	14,1
TMI (COM FC SIM E SINASC)	21,4	21,2	17,8	17,7	16,5	16,1	16,2	17,3	15,4

Fonte: SIM/SINASC/MS,2019. Adaptado. * Dados sujeitos à alteração ** TMI por 1.000 NV

Ao analisarmos a taxa de mortalidade infantil por região de saúde, no ano de 2010, na figura 10, observa-se que a região de Balsas se encontra no 1º lugar no ranking das regiões com maior taxa, sendo que em 2018 passou para 3º lugar, reduzindo a TMI para 15,7/1.000 NV. A região de Barra do Corda assumiu o 1º lugar em 2018 apresentando um incremento de 33,3% quando comparamos com 2010. A região de Caxias apresentou queda significativa de 40% passando do segundo lugar em 2010 (19,1/1000NV) para 16ª colocação em 2018 (11,4) o que podemos inferir que a planificação da Atenção Primária no ano de 2016, pode ter contribuído com esta redução. A região de Presidente Dutra apresentou a menor taxa em 2010, sendo que 2018 ficou com a região de São Joãos dos Patos (10/1000NV).

Figura 11 – Distribuição espacial da taxa Mortalidade Infantil, segundo região de saúde de residência, Maranhão, 2010 e 2018.



Fonte: SIM/SES-MA, 2019.

No Estado do Maranhão o número de óbitos infantis no período de 2010 a 2018 foi de 16.165, com maior TMI sem fator de correção de 16,5 óbitos/1.000 NV em 2013 (Gráfico 18). As Regiões de Saúde que apresentaram maior TMI, no período de 2010 a 2018, foram Balsas (20 óbitos/1.000 NV), Caxias de 2011 a 2014 (25 óbitos/1.000 NV, 20 óbitos/1.000 NV, 27,5 óbitos/1000NV e 22,6 óbitos /1000NV respectivamente), Timon no ano de 2015 (21,3 óbitos/1.000 NV), Barra do Corda em 2016 e 2018 com TMI de 23 óbitos/1.000 NV em ambos os anos, e Viana em 2017 (20,2 óbitos/1.000 NV), conforme tabela 4.

Tabela 4 – Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)*, por Regiões de Saúde, Maranhão, 2010 a 2018.

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Açailândia	15,08	14,26	12,92	17,83	17,57	18,01	16,12	17,39	14,01
Bacabal	15,83	15,42	11,58	13,03	13,44	15,63	12,84	11,44	11,16
Balsas	20,08	13,66	14,17	15,91	21,96	15,25	17,24	17,63	15,72
Barra do Corda	17,21	19,83	18,00	14,16	20,64	17,58	23,06	19,26	22,94
Caxias	19,13	24,88	20,10	27,46	22,64	15,22	16,52	14,76	11,44
Chapadinha	16,75	18,21	11,03	15,67	11,65	12,51	14,36	16,20	12,42
Codó	15,94	13,95	14,35	17,22	16,59	14,97	16,90	14,56	11,91
Imperatriz	13,85	12,72	14,42	16,28	13,30	12,64	13,66	14,41	13,14
Itapecuru-Mirim	16,02	16,55	17,15	16,44	11,16	15,81	12,47	14,16	14,51
Pedreiras	15,34	13,10	15,96	15,88	11,70	13,44	12,22	13,98	11,82

Pinheiro	16,53	18,11	16,52	15,52	15,08	14,78	14,04	16,74	16,78
Presidente Dutra	10,88	14,85	10,76	14,16	13,40	9,95	10,43	11,59	13,60
Rosário	13,67	16,27	11,92	14,14	12,42	12,99	13,28	14,94	13,95
Santa Inês	12,16	15,34	15,59	16,84	15,53	13,14	14,58	12,94	13,57
São João dos Patos	16,92	9,57	12,17	15,58	16,00	14,99	13,72	14,96	10,12
São Luís	16,21	15,35	15,45	16,08	17,17	16,84	15,71	17,04	14,83
Timon	18,88	18,96	15,97	17,29	15,59	21,36	18,27	16,52	14,78
Viana	15,79	13,99	10,57	17,75	16,20	17,25	12,25	20,22	15,11
Zé Doca	13,91	17,39	14,26	16,45	11,52	14,72	14,40	17,28	11,27

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM/SINASC * TMI por 1.000 NV **Sem fator de correção

A classificação de evitabilidade de óbitos infantis no Estado permitiu identificar que uma parcela significativa das mortes está relacionada ao grupo de causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, parto e nascimento.

3.2.7. Principais Causas Externas

No ano de 2017, no Brasil, as causas externas representaram a primeira causa de morte na população de adultos jovens de 10 a 49 anos e a terceira posição entre crianças de zero a 9 anos e acima de 50 anos.

No Maranhão, esse cenário não foi diferente. Entre os anos de 2010 e 2018, as causas externas representaram a segunda causa de mortalidade no estado, com um aumento de 8,4% nesse período.

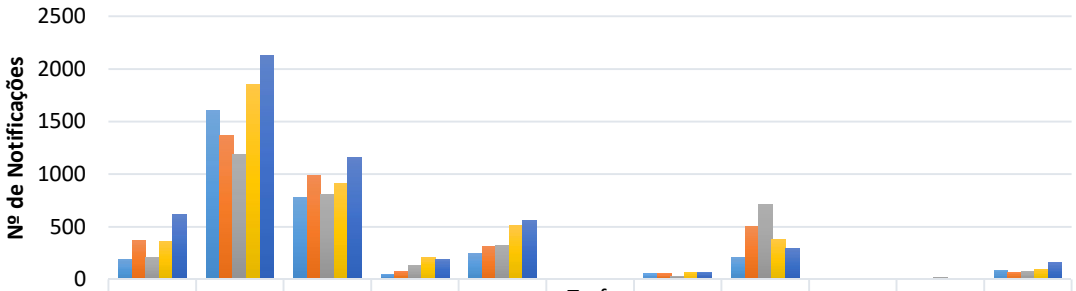
No que se refere às violências interpessoal e autoprovocada, tem-se as violências domésticas e comunitárias, as autoagressões, as automutilações e as tentativas de suicídio, contempladas nas ações de vigilância em saúde. A Secretaria de Estado da Saúde, por meio do Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS) da Superintendência de Epidemiologia e Controle de Doenças, tem buscado junto aos municípios intensificar a realização da notificação de violência interpessoal e autoprovocada com o objetivo de gerar informações para compreensão desse agravo e apoiar a organização de serviços, na formação e o fortalecimento das redes intra e intersetoriais.

Dados extraídos do componente de Vigilância de Violências e Acidentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN), no período de 2014

a 2018, mostra que foram notificados 13.162 casos de violências sendo que 11.429 (87%) foram casos de violência interpessoal e os outros 1.733 (13%) por lesão autoprovocada.

Das notificações referentes à violência interpessoal e autoprovocadas, observou-se que a física, a pisco/moral, sexual, autoprovocada, por negligencia e abandono foram as mais presentes. Identificou-se ainda que entre os anos de 2014 e 2018 houve um expressivo aumento de notificações em quase todas as violências, identificadas no gráfico 22.

Gráfico 23 – Número de notificações por tipo de violência. MA, 2014 a 2018.



	Lesao auto provoc	Viol Física	Viol Psico/ moral	Viol Tortura	Viol Sexual	Traf. Seres Humanos	Viol Finan/Econo	Viol Negli/Aband	Viol Trab. Infant	Viol Interv Legal	Outra Violência
2014	189	1606	775	48	244	2	53	211	5	6	85
2015	365	1366	993	77	318	7	58	503	6	9	72
2016	204	1183	810	129	324	3	30	714	4	15	80
2017	359	1852	917	210	510	2	68	379	4	12	98
2018	616	2132	1159	190	560	4	64	299	12	7	159

Fonte: SINAN-SES/MA.

Destaca-se o quantitativo maior de notificação de violência interpessoal/autoprovocada nas Regiões de Saúde Metropolitana, Imperatriz e Caxias, como identificado na tabela 5.

Tabela 5 - Número de casos de violência autoprovocada notificados por Região de Saúde, Maranhão 2014 a 2018.

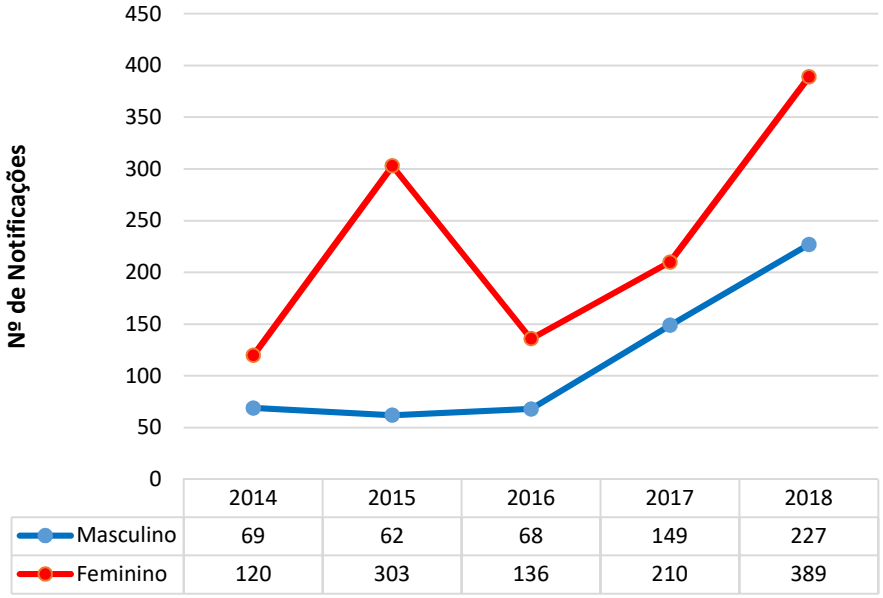
U R S	TOTAL GERAL DE VIOLÊNCIA OCORRIDAS				
	2014	2015	2016	2017	2018
U R S AÇAILANDIA	66	40	34	32	25
U R S BACABAL	9	4	9	41	76
U R S BALSAS	28	11	20	188	192
U R S BARRA DO CORDA	125	94	123	103	142
U R S CAXIAS	516	563	433	329	518
U R S CHAPADINHA	63	24	44	151	51
U R S CODO	261	60	46	107	179
U R S IMPERATRIZ	445	343	277	296	170
U R S ITAPECURU MIRIM	49	125	100	80	105
U R S METROPOLITANA	369	797	936	714	897
U R S PEDREIRAS	35	21	12	39	86
U R S PINHEIRO	39	36	40	61	60
U R S PRESIDENTE DUTRA	38	21	37	25	127
U R S ROSARIO	54	75	74	133	79
U R S SANTA INÊS	34	56	19	113	96
U R S SÃO JOÃO DOS PATOS	32	15	19	32	40
U R S TIMON	18	13	12	74	93
U R S VIANA	39	27	35	59	64
U R S ZÉ DOCA	188	133	118	173	158
TOTAL	2408	2458	2388	2750	3158

Fonte: SINAN-SES/MA.

Outra análise que merece destaque é a relacionada ao aumento dos casos de notificação de violência autoprovocada e que tem preocupado no que se refere ao enfrentamento e prevenção ao suicídio.

No Maranhão, os casos de violência autoprovocada tiveram um aumento significativo segundo sexo e ano. No período de 2016 a 2018, por exemplo, esse aumento foi de 186,0% dos casos notificados relativos ao sexo feminino e 233,8% no masculino, como é possível identificar no Gráfico 24.

Gráfico 24 - Número de notificações por lesão autoprovocada, segundo sexo e ano de ocorrência. MA, 2014 a 2018.



	2014	2015	2016	2017	2018
Masculino	69	62	68	149	227
Feminino	120	303	136	210	389

Fonte: SINAN-SES/MA.

Ao longo desses anos, grandes avanços foram alcançados no que se refere à notificação da violência, não só no aumento em número como no estreitamento das parcerias firmadas buscando a atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência permitindo a garantia de fluxos, o estabelecimento de referências, a construção de protocolos de atendimento e as prioridades nos serviços.

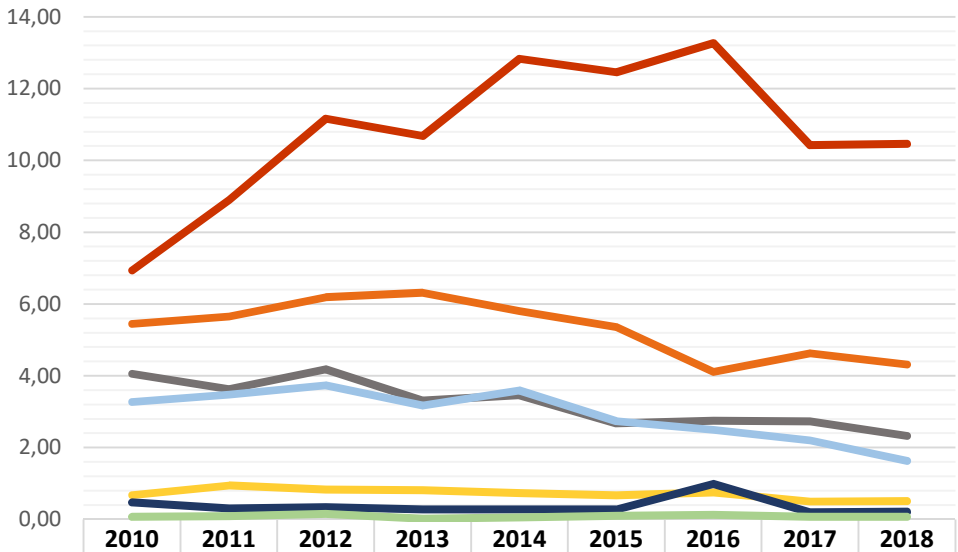
A violência é um agravo que pode ser prevenido e falar sobre o tema, enfrentando o silêncio, conscientizando e estimulando a prevenção pode ser uma saída para reverter esse cenário.

As notificações relativas à violência são de extrema importância, pois fornecem dados úteis para prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, intervenção e organização da rede de atenção bem como para pesquisa e estudos na área da prevenção.

Além das violências, temos dentro das causas externas os acidentes. Segundo o Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2015, o Maranhão apresentou o maior crescimento percentual da taxa de mortalidade por Acidente de Transporte Terrestre (ATT), chegando a 162,1%, quando comparando com os demais estados do País.

Entre 2010 e 2018 foram registrados no SIM/SES-MA um total de 14.415 óbitos por acidentes de transporte terrestre (CID 10-capitulo XX, V01 a V89), com média anual de 1.602 óbitos. Foram mais frequentes entre os homens (84,0%), na faixa etária de 20 a 39 anos, com média proporcional de (36,7%), e na categoria raça/cor maior ocorrência foi entre os de cor parda (74,5%), para a escolaridade verificou-se que 23,7% das vítimas cursaram o ensino fundamental II e 23,6% o fundamental I.

Gráfico 25 – Taxa de Mortalidade por tipo de acidente de transporte terrestre (por 100.000 mil hab.), Maranhão, 2010 a 2018.



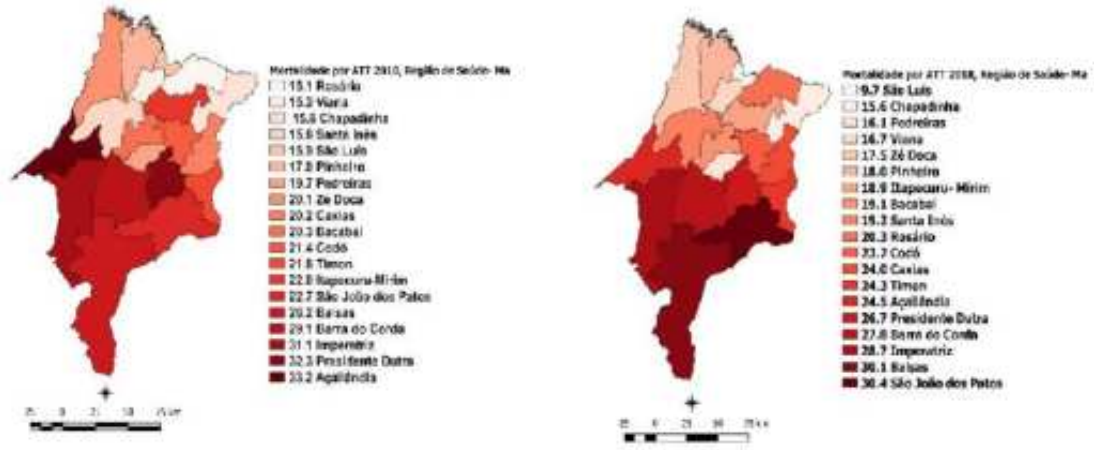
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pedestre	4,06	3,63	4,19	3,31	3,46	2,68	2,75	2,73	2,33
Ciclista	0,68	0,94	0,83	0,81	0,73	0,67	0,75	0,50	0,51
Motociclista	6,94	8,90	11,17	10,69	12,83	12,46	13,27	10,43	10,46
Automóvel	3,27	3,48	3,74	3,18	3,59	2,74	2,50	2,20	1,63
Veículos Pesados	0,47	0,30	0,34	0,28	0,28	0,28	0,99	0,20	0,21
Ônibus	0,08	0,09	0,15	0,01	0,06	0,10	0,13	0,07	0,07
Outros Acidentes	5,45	5,65	6,19	6,31	5,81	5,36	4,11	4,63	4,32

Fonte: SIM/SES-MA,2020

Neste período o Estado do Maranhão apresentou a maior taxa de mortalidade por ATT 26,8/100 mil habitantes no ano de 2014. A maior taxa de mortalidade específica na condição de pedestre foi observada em 2012 com 4,1/100 mil habitantes. Na condição de ocupante de motocicletas ou triciclos, a maior

mortalidade foi registrada em 2016 (13,3/100 mil habitantes) e para a condição de ocupantes de automóveis foi verificada em 2012 (3,7/100 mil habitantes) como a maior taxa. Na condição de ocupante de veículos pesados a maior taxa foi observada em 2016 (0,1/100 mil habitantes), já na condição de ocupantes de ônibus a taxa permaneceu 0,1/100 mil habitantes, sendo registrado somente um caso de mortalidade nessa categoria em 2013, o que pode configurar subregistros adequado das causas em mortalidades (gráfico 24).

Figura 12 – Taxa de Mortalidade por Acidente de Transporte Terrestre, por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.



Fonte: SIM/SES/MA. Adaptado.

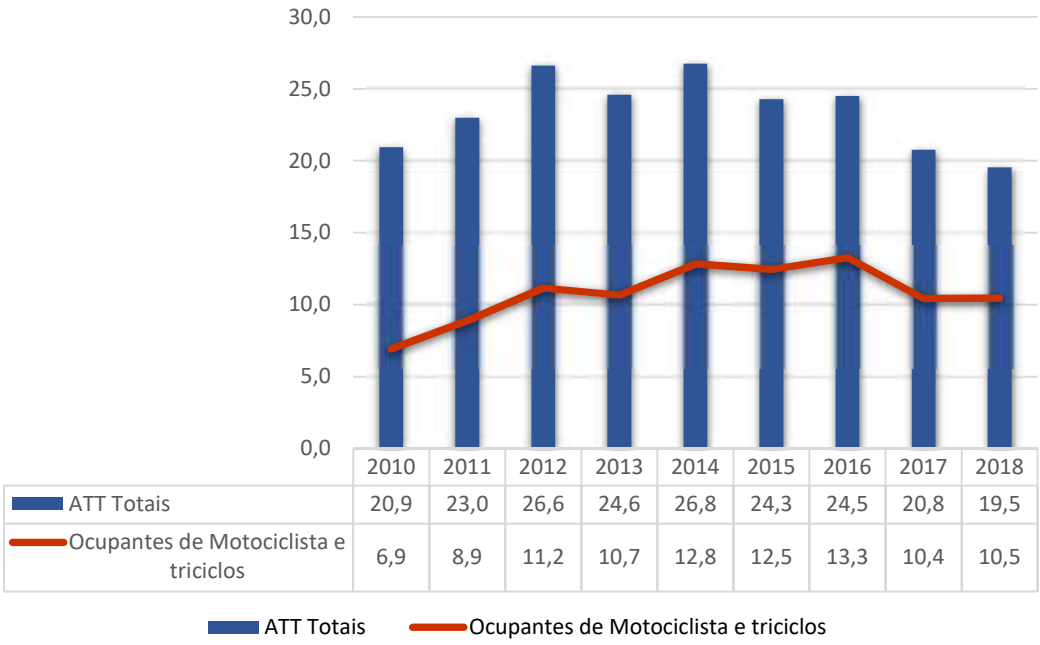
A SES/MA em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís vem desenvolvendo estratégias de enfrentamento desde 2012. Nesse ano foi implantado o Programa Vida no Trânsito (PVT), por meio da Portaria nº/2012 GAB-SES-MA que instituiu o Comitê Interinstitucional Estadual do PVT com sede no município de São Luís.

Em 2015, foi criado o Programa Vida em Duas Rodas, derivado do PVT e instituído em 2015, com proposta de expansão das suas ações para 15 municípios com Circunscrição Regional de Trânsito (CIRETRAN) com o objetivo de reduzir as lesões, óbitos e sequelas, com ênfase nos ATT relacionados aos motociclistas que constituem o grupo com maior número de óbitos por acidentes de trânsito.

No Maranhão, a taxa de mortalidade por acidente de transporte terrestre vem reduzindo gradativamente. Os demais tipos de ATT fatais apresentaram redução

de 14,4/100.00 hab. em 2014 para 9,2/100.00 hab. em 2018, assim como a taxa de mortalidade por ATT com motociclistas apontaram tendência de redução passando de 12,5/100.000 hab. no ano 2014 para 10,1/100 mil hab. em 2018, como pode ser identificado no Gráfico 26.

Gráfico 26 – Taxa de mortalidade por ATT Totais e ATT por ocupantes de motociclistas e triciclos, Maranhão, 2010 a 2018.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ATT Totais	20,9	23,0	26,6	24,6	26,8	24,3	24,5	20,8	19,5
Ocupantes de Motociclista e triciclos	6,9	8,9	11,2	10,7	12,8	12,5	13,3	10,4	10,5

Fonte: SIM/SES-MA,2020.

3.2.8. Principais causas de internação

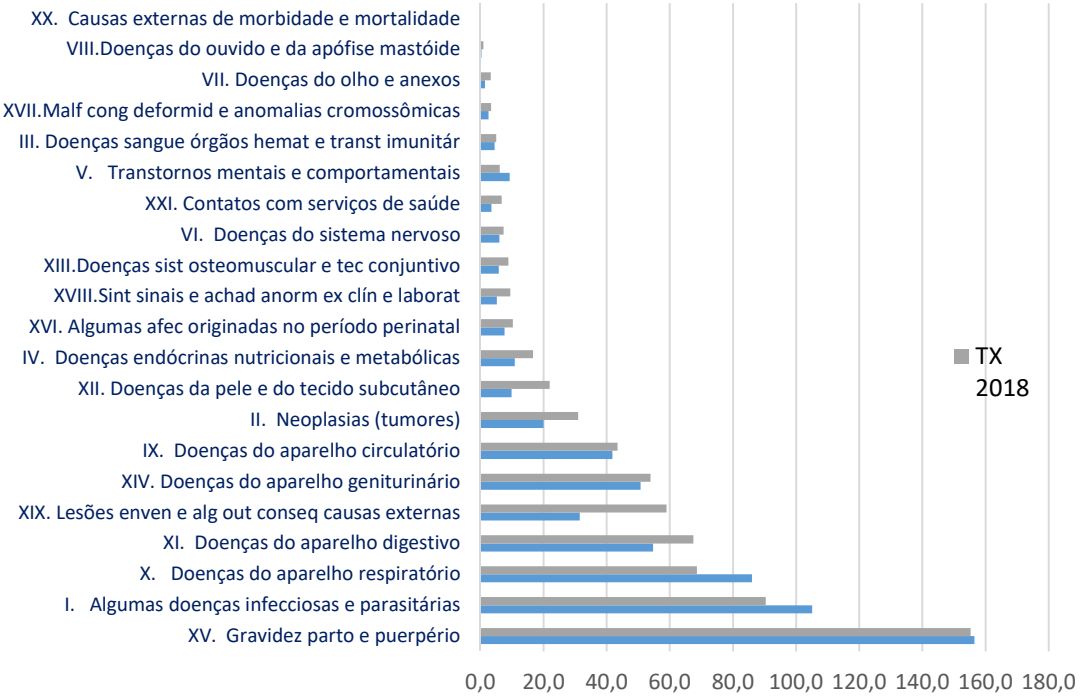
Em 2018, o Sistema de Informações Hospitalar (SIH) registrou 471.052 internações hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde em residentes do Estado do Maranhão, representando uma taxa de internação de 668,8 para cada 10.000 habitantes.

Ao analisarmos as principais doenças que levam à internação hospitalares, observamos que as causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério representaram o 1º lugar nas causas de internações na população maranhense em 2010 e 2018, com taxas de internações de 156,5/10.000 hab. e 155,3/10.000 hab., respectivamente.

As doenças infecciosas e parasitarias apresentaram redução de 13,9% (105,1/10.000 para 90, 4/10.000hab.), e as doenças do aparelho respiratório tiveram decréscimo na taxa de internação de 20,2% (86,0/10.000 para 68, 6/10.000hab.). As causas relacionadas a lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas apresentaram incremento na taxa de internação de 87,3% do ano de 2010 para 2018 (31,5/10.000 para 58,9/10.000 hab.).

A faixa etária que mais apresentou internação foi a de 20 a 29 anos (25,64% e 20,84%), seguida da 30 a 39 anos (12,15% e 14,96%), tanto no ano de 2010 quanto em 2018 (Quadro 5)

Gráfico 27 – Principais causas de internação hospitalar, segundo a CID-10, 2010-2018, Maranhão.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS/MS, 2020.

Quadro 5 - Número e percentil de internações por faixa etária, Maranhão 2010 e 2018.

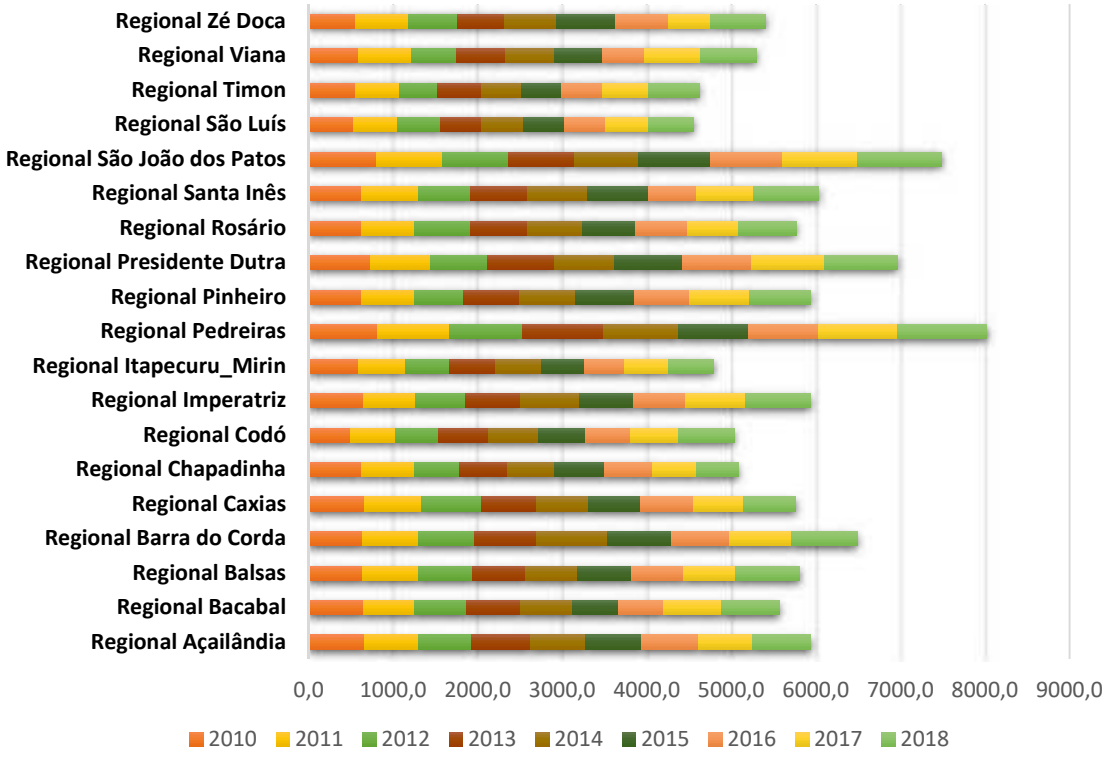
Ano Base	2010		2018	
Faixa Etária	Nº Absoluto	%	Nº Absoluto	%
Menor 1 ano	18585	4,59	20408	4,33
1 a 4 anos	37277	9,20	31000	6,58
5 a 9 anos	18677	4,61	19406	4,12
10 a 14 anos	15738	3,89	16908	3,59
15 a 19 anos	43277	10,69	44820	9,51
20 a 29 anos	103836	25,64	98180	20,84
30 a 39 anos	49202	12,15	70488	14,96
40 a 49 anos	31962	7,89	42919	9,11
50 a 59 anos	27299	6,74	37630	7,99
60 a 69 anos	24892	6,15	37504	7,96
70 a 79 anos	21543	5,32	30823	6,54
80 anos e mais	12688	3,13	20966	4,45

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS/MS, 2020.

O ranking do primeiro e o segundo lugar das maiores taxas de internações no ano de 2010 e 2018 permaneceram com as Regiões de Saúde de Pedreiras (813,2/10.000 hab. para 1061,7/10.000 hab.) e São João dos Patos (808,3/10.000 hab. para 984,8/10.000 hab.), respectivamente.

Segundo análise dos dados, a Região que apresentou maior redução foi a Região de Saúde de Chapadinha com decréscimo de 21%. A regiões que se encontrava ocupando o 11º lugar passou para 19º em 2018. As Regiões de Saúde que apresentaram maiores incrementos nas taxas de internação foram: a Região de Saúde de Pedreiras (30,6%) e a Região Saúde de Santa Inês, com incremento de 22,9% no período analisado. Além disso, apresentaram também elevadas taxas de internação no ano de 2018 as regiões de Saúde de: Presidente Dutra (860,9/10.000 hab.) ocupando o 3º lugar; Santa Inês (770,5/10.000 hab.) ocupando o 4º lugar e Barra do Corda (767,9/10.000 hab.) em 5º lugar no ranking do ano avaliado.

Gráfico 28 – Taxa de Internação Hospitalar por Região de Saúde, Maranhão, 2010 e 2018.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS/MS, 2020.

3.2.9. Principais Doenças Endêmicas

3.2.9.1. Hanseníase

Segundo os parâmetros da OMS, o Maranhão é hiperendêmico para hanseníase, apresenta taxa de detecção de 44,6 100 mil habitantes no ano de 2018. Analisando o coeficiente de detecção nas 19 Regiões de Saúde do Maranhão, observa-se que oito situam-se em parâmetro de hiperendemicidade (coeficiente de detecção igual ou maior que 40 casos/100 mil habitantes), nove em parâmetro muito alto (coeficiente de detecção entre 20 e 39,9 casos/100 mil habitantes) e dois em parâmetro alto (coeficiente de detecção entre 10 e 19,9 casos/100 mil habitantes). (SINAN 2018). Nesse contexto, a hanseníase se mantém como um problema de saúde pública em todas as regiões de saúde do Estado. De acordo com os dados, o agravo é considerado prioritário para ações de enfrentamento do governo estadual desde ano de 2015.

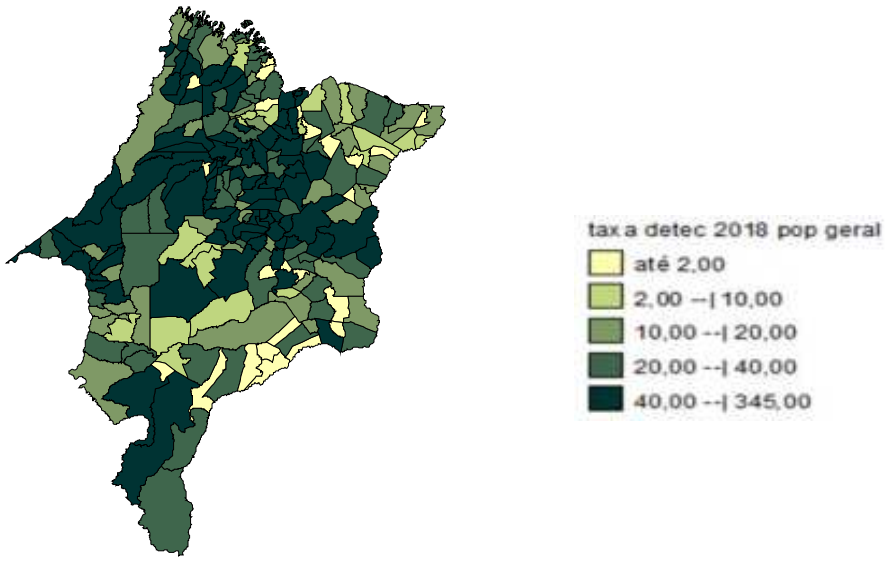
Tabela 6 – Coeficiente e Média da Detecção de casos de Hanseníases, Regiões de Saúde, Maranhão 2014-2018.

URS MA	DET GERAL 18	DET GERAL 17	DET GERAL 16	DET GERAL 15	DET GERAL 14	MÉDIA
Acailândia	50,8	33,1	47,0	44,0	46,7	44,3
Bacabal	51,2	39,7	63,0	53,0	58,7	53,1
Balsas	24,4	21,3	35,2	35,9	20,5	27,5
Barra do Corda	26,6	24,9	39,9	28,6	33,0	30,6
Caxias	25,3	26,6	32,9	31,8	34,4	30,2
Chapadinha	10,8	39,5	15,8	19,1	15,2	20,1
Codó	49,4	69,0	53,1	64,7	62,1	59,7
Imperatriz	32,3	28,2	36,7	41,4	39,8	35,7
Itapecuru	50,8	28,2	41,5	42,7	30,4	38,7
MA	44,6	44,4	47,0	50,2	50.9	46,6
Metropolitana	46,0	48,4	42,0	50,1	52,7	47,8
P Dutra	38,8	38,9	49,3	40,2	48,9	43,2
Pedreiras	48,4	59,2	61,0	68,5	66,5	60,7
Pinheiro	26,2	32,7	29,0	26,9	22,8	27,5
Rosário	21,9	16,0	21,0	22,0	28,6	21,9
Santa Inês	87,2	69,2	83,8	95,5	84,3	84,0
São João dos Patos	15,2	17,7	17,6	20.8	18,9	17,4
Timom	25,5	30,8	25,4	38,3	34,0	30,8
Viana	24,5	37,0	41,8	29,5	24,1	31,4
Zé Doca	43,9	37,8	43,4	45,7	43,9	42,9

Fonte: SINAN/SES-MA

Segundo os relatórios do SINAN do ano de 2018, observa-se que a espacialização dos casos hanseníase no Estado é homogênea: 37% dos municípios (n=82) apresentaram coeficiente de detecção igual ou maior que 40 casos/100 mil habitantes; 24.8% (n= 54) apresentaram coeficiente de detecção entre 20 e 39,9 casos/100 mil habitantes; 17,9% dos municípios (n=39) com coeficiente de detecção entre 10 e 19,9 casos/100 mil habitantes; e 8,7% dos municípios (n=19) coeficiente de detecção entre 2 a 9,9 casos por 100 mil habitantes. Embora 11% dos municípios (n=23) não tenham casos notificados em 2018, esses se localizam em regiões com detecção elevada, o que aponta para fragilidades na operacionalização das ações de controle da doença. Cabe ressaltar que nenhum município do estado deixou de notificar casos nos últimos cinco anos.

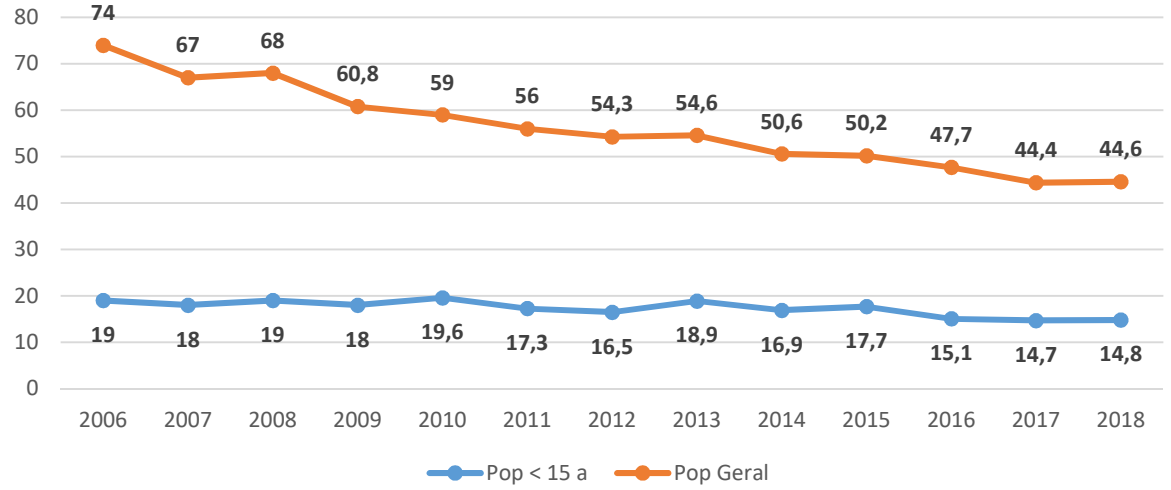
Figura 13 – Distribuição de casos de hanseníase na população geral, Maranhão 2018.



Fonte: SINAN/SES - MA

A partir de 2006 observa-se a redução do coeficiente de detecção de 74,0 para 44,6/100.000 habitantes em 2018 (queda de 29.4 pontos percentuais), acompanhando a tendência decrescente nacional. Contudo, o Maranhão ainda se mantém em parâmetro de hiperendemicidade segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Gráfico 29 – Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população geral e em menores de 15 anos. Maranhão, 2006 a 20118.



Fonte: SINAN/SES-MA

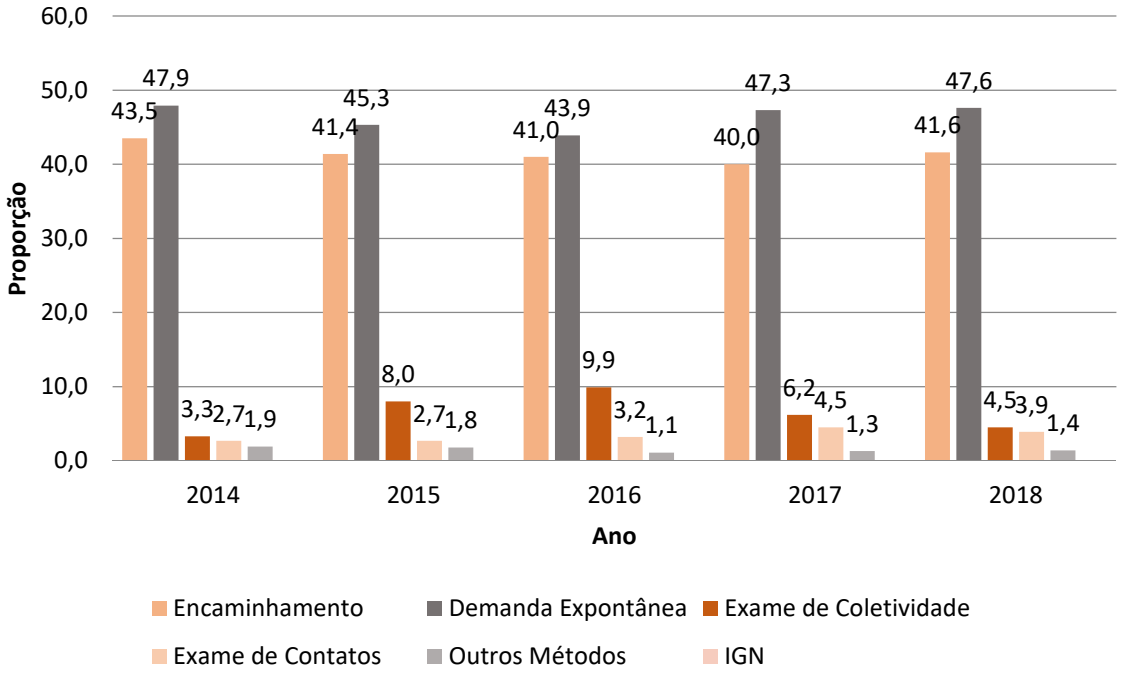
Os valores alcançados em relação ao coeficiente de detecção em menores de 15 anos caracterizam também o estado como hiperendêmico. Esse indicador mede a força de transmissão recente, com a manutenção de focos ativos da doença, e revela também o risco de adoecimento e possíveis manifestações de incapacidades e deformidades numa faixa etária muito jovem da população.

A maioria dos acometidos por hanseníase são diagnosticados em formas multibacilares no Maranhão, sendo 77,3% dos casos e 7,7% dos pacientes que são avaliados quanto ao grau de incapacidade física já apresentam alguma deformidade ou incapacidade. Esses dados inferem numa detecção tardia e na necessidade de implementação de atividades sistemáticas de busca de doentes para inserção no tratamento precocemente.

A manutenção de focos ativos da doença pode estar associada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde em virtude da centralização do diagnóstico nas regiões centrais dos municípios, a baixa qualificação dos profissionais da atenção primária em saúde para atendimento dos sintomáticos dermatológicos, como também para o exame qualificado dos contatos de doentes de hanseníase.

Os relatórios do Departamento de Atenção Básica da Secretária de Estado da Saúde mostram que no Maranhão a cobertura das famílias por equipes da estratégia de saúde da família está acima de 80%, todos os municípios do estado contam com o programa de controle da hanseníase implantado, com 62,5% de unidades com serviços de hanseníase cadastrados. Apesar dessa cobertura por serviços e do aumento de 20,3% nas coberturas de exame contato, de 67,3% em 2013 para 87,6% em 2018, a maior parte dos pacientes diagnosticados ainda são identificados na procura espontânea aos serviços, e em média 3.3% são diagnosticados por exame de contato.

Gráfico 30 – Modo de detecção dos casos novos de hanseníase, Maranhão, 2014 a 2018.



Fonte: SINAN/SES-MA

3.2.9.2. Tuberculose

A tuberculose permanece como um grande desafio para a saúde pública dada a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade. O risco de infecção pelo Mycobacterium tuberculosis e o desenvolvimento da doença estão diretamente ligados aos determinantes sociais, econômicos, culturais e estado imunológico das pessoas.

Para o controle da tuberculose é necessária organização da rede assistencial de atenção, ações relacionadas a práticas clínicas, interações com outras áreas dentro e fora do setor saúde e sistema de vigilância.

Considera-se que as pessoas com suspeitas de tuberculose devem ser identificadas, atendidas e vinculadas a atenção básica ou atenção primária.

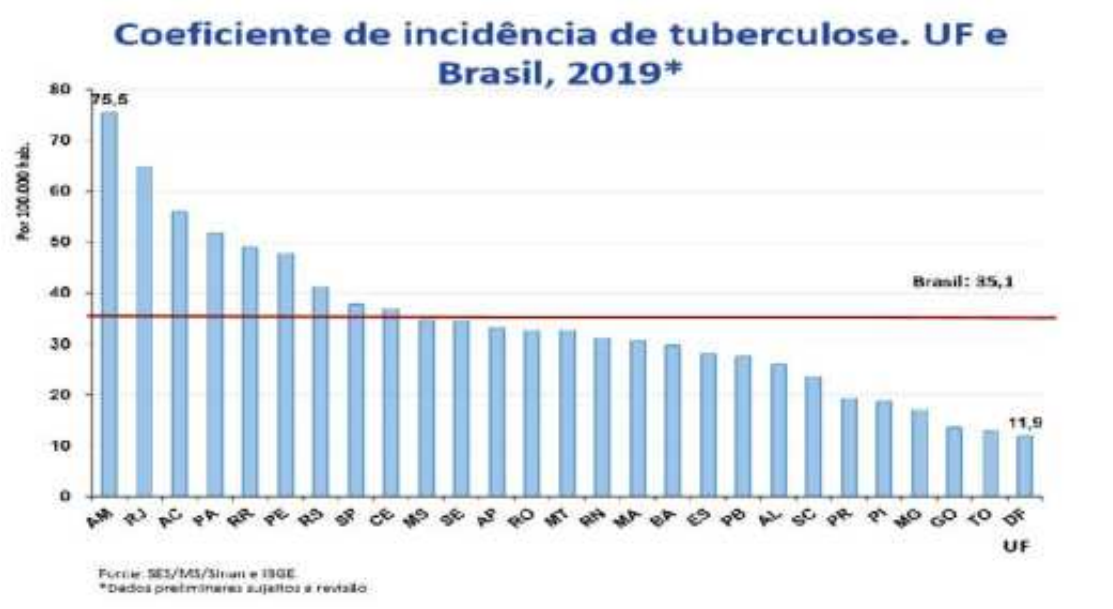
A Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada do SUS com atendimento capaz de resolver os problemas mais frequentes e de relevância em seu território, seguindo os princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do

cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

No Maranhão a média de notificação no período de 2015 a 2019, correspondeu a 2.602 casos de tuberculose, destes 160 casos foram em pessoas privadas de liberdade, 52 casos em pessoas em situação de rua, 57 casos em indígenas e 228 em pessoas vivendo com HIV/Aids.

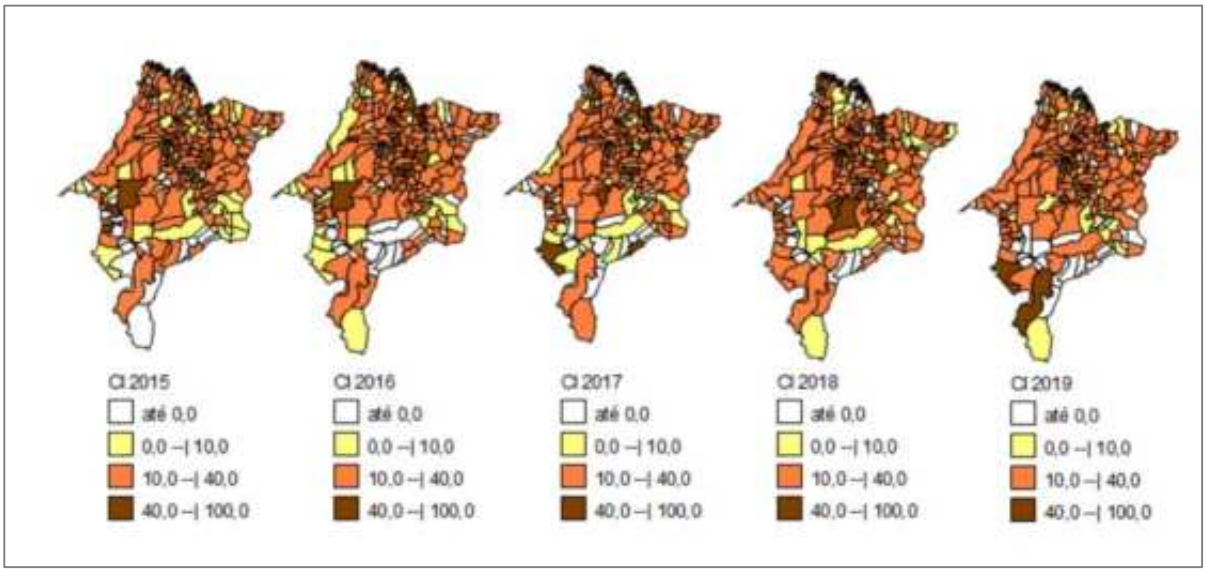
Os casos de tuberculose ocorrem em quase todos os municípios maranhenses, apresentando-se de maneira variável de acordo com o período avaliado. No Maranhão em 2019, o coeficiente de incidência dos casos de tuberculose de todas as formas foi de 32,4/100.000 hab., valor menor que a do Brasil (35,1/100.000 hab.). O Maranhão encontra-se em 16º lugar entre os estados da federação.

Gráfico 31 – Coeficiente de incidência de tuberculoses por unidade federada, Brasil 2019.



Em 2019, os municípios com maior coeficiente de incidência foram: Jenipapo dos Vieiras (165,7/100.000 hab), Pindaré Mirim (73,1/100.000 hab), São Luís (68, 7/100.000hab), Trizidela do Vale (68,5/100.00hab), Porto Rico do MA(66,7/100.000hab),Maranhãozinho (62,4/100.000hab) e Pio XII (60,2/100.000hab).

Figura 14 – Coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose todas as formas, segundo município de residência, Maranhão, 2015 a 2019.



Fonte: SINAN/SES-MA

Este indicador reflete a permanência de fatores favoráveis a disseminação do Mycobacterium tuberculosis na população. Os coeficientes de incidência podem sofrer influência das ações realizadas para o controle da tuberculose como: busca ativa de casos, controle de contatos e atividades preventivas da doença com indicação do Tratamento da Infecção Latente “ILTB”.

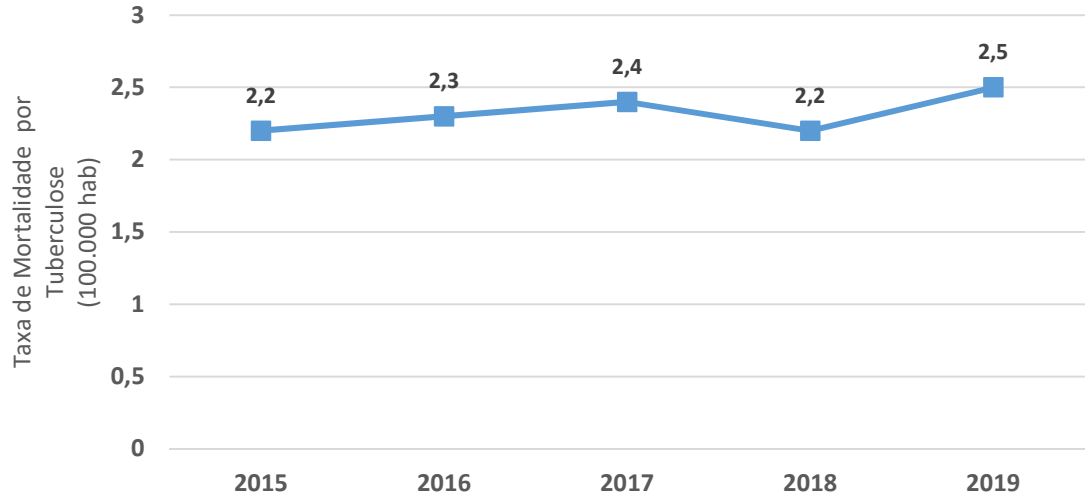
Apesar da tuberculose ser uma doença curável e tratável, ainda temos pessoas morrendo por tuberculose. Em 2015, o Maranhão apresentou um coeficiente de mortalidade por tuberculose de 2,2/100.000 hab. passando para 2,5/100.000 hab. em 2019. Ressaltamos que a coinfecção TB/HIV é um dos fatores que contribuem para aumento da mortalidade, logo ações devem ser voltadas para detecção do HIV na população e adesão a terapia antirretroviral de forma a impactar diretamente na redução da mortalidade.

Outro fator que pode impactar diretamente na tendência da mortalidade é a vigilância do óbito com menção a tuberculose. A vigilância do óbito tem como objetivo identificar as condições individuais e de acesso aos serviços de saúde das pessoas com tuberculose que evoluíram para óbito, identificar e examinar os contatos de casos de tuberculose que evoluíram para óbito e não foram avaliados pelos serviços de saúde, analisar e corrigir (quanti-qualitativamente) as informações do

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e propor medidas que possam reduzir o número de mortes por tuberculose.

O Programa Estadual de Controle da Tuberculose/PECT/MA, em parceria com a equipe do SIM e outros setores afins, iniciou em outubro de 2018 a implantação da vigilância do óbito com menção a tuberculose no estado do Maranhão. Essa ferramenta permite conhecimento do cenário epidemiológico mais próximo da realidade.

Gráfico 32 – Coeficiente de mortalidade por tuberculose (100.000 mil hab.), Maranhão, 2015 a 2019.



Fonte: SIM/SES/MA

Para controle da tuberculose faz-se necessário ações articuladas entre as três esferas de gestão e diferentes setores para buscar estratégias que fortaleçam o acesso a prevenção, diagnóstico e acompanhamento do tratamento.

O Estado do Maranhão apresenta indicadores epidemiológicos e operacionais que merecem atenção especial de todos, desde a rede de atenção nos municípios até a organização e busca de parceiros intra e intersetorial no planejamento de ações que fortaleçam o controle da tuberculose no estado.

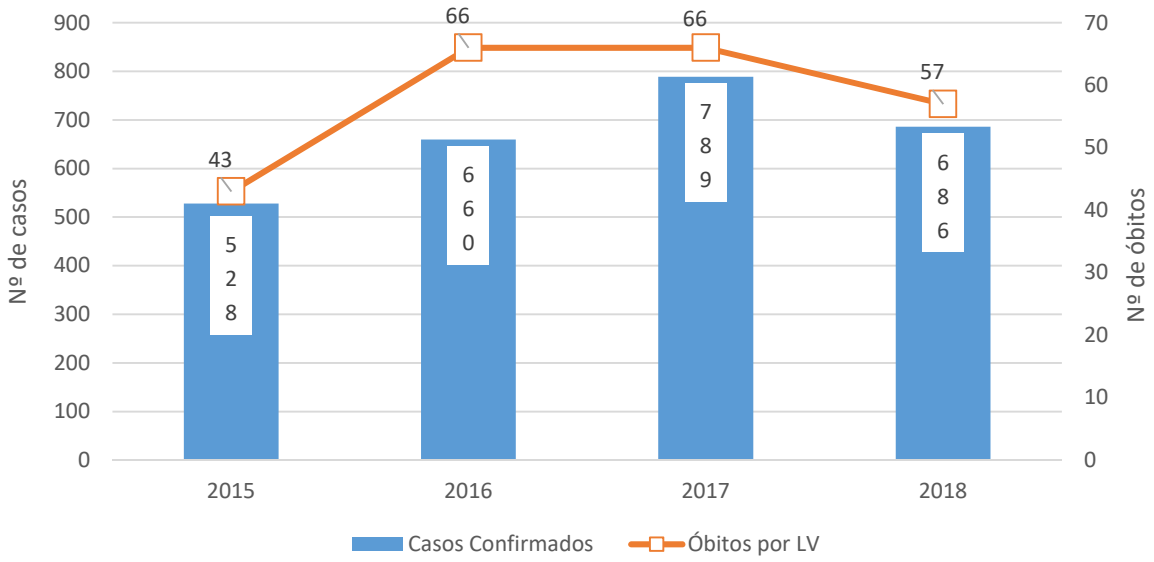
3.2.9.3. Leishmaniose Visceral (LV)

Leishmaniose Visceral (LV) é considerada uma doença emergente e incontrolada, dada a sua incidência e alta letalidade, principalmente em indivíduos não tratados, crianças desnutridas, idosos e indivíduos portadores de infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV). No Maranhão foram notificados 2.663 casos no período de 2015 a 2018, sendo que em 2017 houve maior número de casos e de óbitos, conforme gráfico 31.

Em 2018, 176 (81,1%) municípios tiveram transmissão para a doença, sendo divididos em cinco estratos: muito intenso, intenso, alto, médio e baixo levando em consideração os casos registrados nos anos de 2015, 2016 e 2017. O município de São Luís destaca-se com 323 casos registrados nos últimos anos, seguido por Barra do Corda (123) e Caxias (112). De maneira geral, o panorama epidemiológico evidencia a expansão da doença para diversas regiões do Estado e alguns fatores podem ter contribuído para o aparecimento de novos focos: transformações no ambiente, provocadas pelo intenso processo migratório, por agressões ao ambiente, por pressões econômicas ou sociais, a pauperização decorrente de distorções na distribuição de renda, o crescente processo de urbanização, o esvaziamento rural e as secas periódicas. Em 2018, observou-se uma tendência decrescente no número de casos de LV (redução de 12,5%).

A maior parte dos casos de LV é confirmada pelo critério laboratorial. Frente à complexidade do diagnóstico da LV, métodos laboratoriais de fácil realização e interpretação são necessários como os Testes de imunocromatografia de fluxo lateral empregando-se o antígeno rK39, utilizados no SUS para melhorar o diagnóstico da LV no Maranhão ao longo dos anos. A LV, por ser uma doença de evolução grave e rápida, leva facilmente a óbito, por essa razão precisa ser diagnosticada e tratada de forma precoce e eficaz. Portanto, as rotinas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento necessitam, obrigatoriamente, de uma integração entre Vigilâncias Epidemiológica, Entomológica, Ambiental e Sanitária; Laboratórios; Assistência Médica; Instituições de Pesquisa; Educação em Saúde e sociedade.

Gráfico 33 – Casos confirmados x óbitos por leishmaniose visceral, Maranhão, 2015-2018.



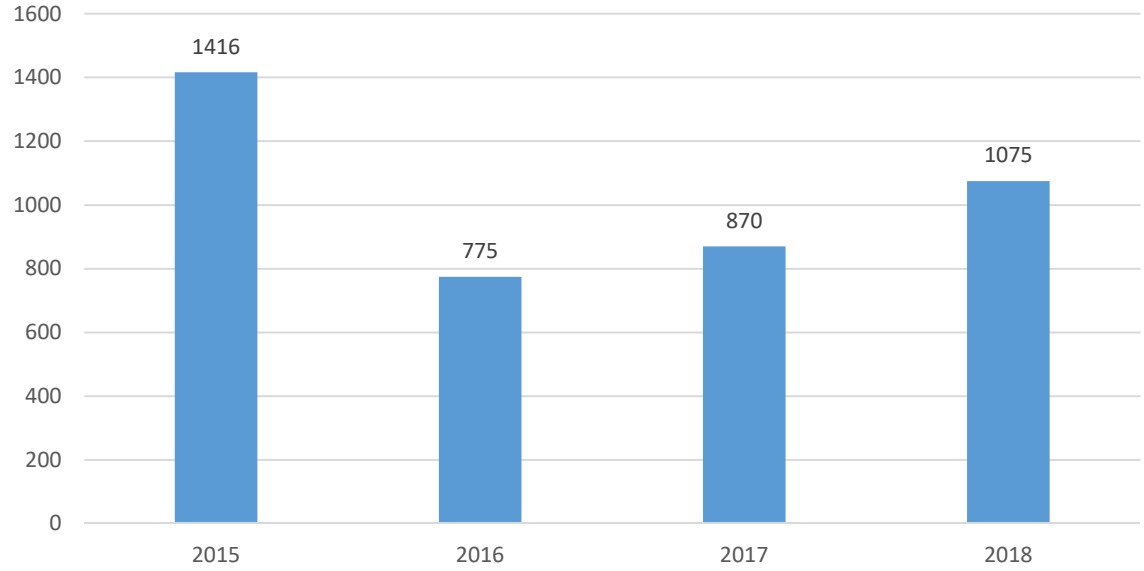
Fonte: SVS/MS, SINANNET. Adaptado.

3.2.9.4. Leishmaniose Tegumentar (LT)

A Leishmaniose Tegumentar (LT) é considerada pela Organização Mundial de Saúde como uma das seis mais importantes doenças infecciosas, pela sua magnitude, alto coeficiente de detecção e o risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no ser humano, com reflexos no campo psicológico, social e econômico. Dada as características epidemiológicas peculiares da LT, as estratégias de controle devem ser flexíveis e distintas, adequadas a cada região. Ao mesmo tempo em que a diversidade de agentes, de reservatórios, de vetores, de situações epidemiológicas, aliada ao conhecimento ainda insuficiente sobre vários desses aspectos evidencia a complexidade do controle dessa doença.

No Maranhão foram notificados 4.116 casos novos confirmado no período de 2015 a 2018, sendo que a maior concentração da doença ocorre nas regiões de saúde de Zé Doca, Imperatriz e Açailândia (Amazônia Maranhense), o município de Urbano Santos destaca-se com 295 casos registrados nos últimos anos, seguido de Barreirinhas (245) e Açailândia (216).

Gráfico 34 – Casos notificados de leishmaniose tegumentar, Estado do Maranhão, 2015-2018.



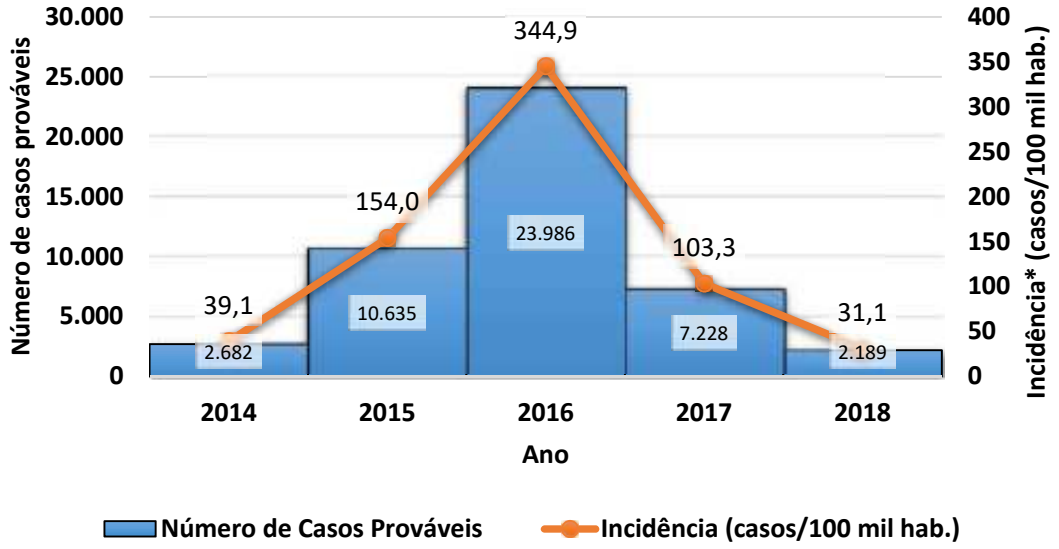
Fonte: SINAN/MS. Adaptado.

3.2.9.5. Arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika)

O Maranhão, a partir de 1986, passou por períodos de alta infestação de Aedes aegypti, principal vetor transmissor das arboviroses Dengue, Chikungunya e Zika, tendo os primeiros casos de dengue registrados no Estado em 1994, nos municípios de Chapadinha e Balsas.

Nos anos de 2015 e 2016 houve um aumento nas taxas de incidência, sendo 154,0 e 344,9/100.000 habitantes, atribui-se o aumento de casos prováveis de Dengue à introdução dos vírus da Zika e da Febre do Chikungunya que, ainda não tinham sido identificados, sendo as notificações realizadas como casos prováveis de Dengue, com um aumento de 125,5%. A partir de 2017, houve redução da taxa de incidência de 103,3 para 31,1/100.000 mil habitantes em 2018.

Gráfico 35 – Número de Casos e Taxa de Incidência de Dengue, Maranhão, 2014 a 2018.

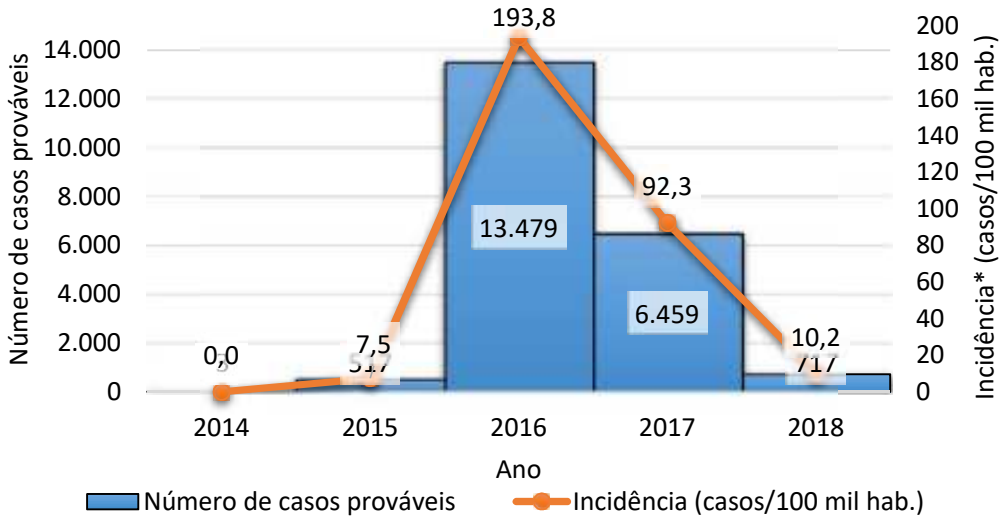


Fonte: SINAN-Dengue online. Adaptado. SES/MA.

No Brasil, os primeiros casos autóctones foram identificados em Oiapoque, Estado do Amapá (Norte), e Feira de Santana, Estado da Bahia (Nordeste), em setembro de 2014. No Maranhão, os primeiros casos autóctones confirmados ocorreram em 2015 com 517 casos.

No ano de 2015 foram registrados 517 casos prováveis de Febre de Chikungunya no Estado, correspondendo a uma taxa de incidência de 7,5 casos por 100.000 habitantes. Em 2016, houve um aumento na taxa de incidência para 193,8 por 100.000 habitantes, com redução em 2017 e 2018 para 92,3 e 10,2/100.000 habitantes, respectivamente. Atribui-se o aumento do número de casos da Febre de Chikungunya no ano de 2016 em relação ao ano de 2015 pela introdução de um novo vírus, o qual a população encontrava-se susceptível e pelo elevando Índice de Infestação Predial do Aedes Aegypti no Estado do Maranhão.

Gráfico 36 - Número de Casos e Taxa de Incidência de Chikungunya, Maranhão, 2014 a 2018

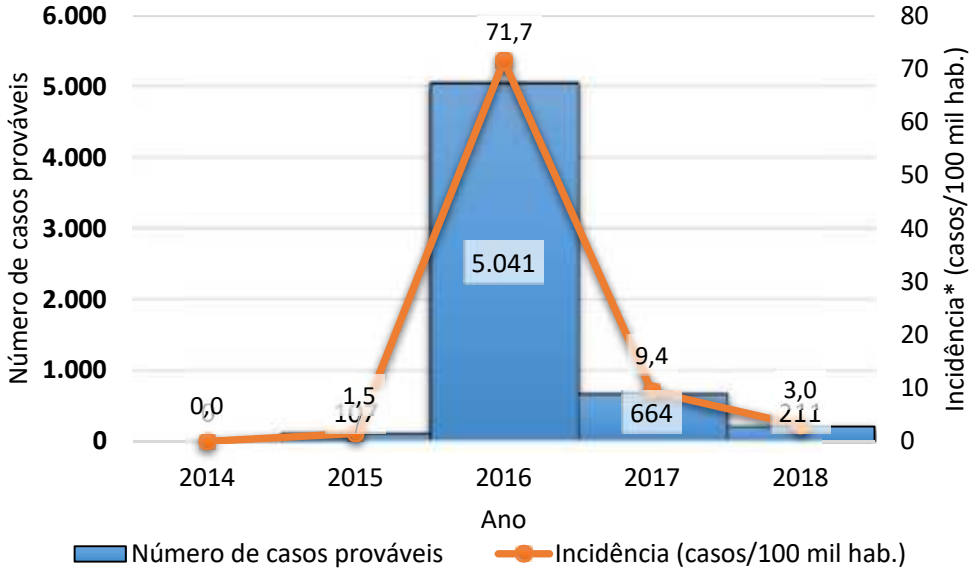


Fonte: SINAN-Dengue online. Adaptado. SES/MA.

O vírus Zika foi isolado pela primeira vez em 1947 em Uganda, país do continente africano. Seu nome remete a uma floresta local e, literalmente, pode-se traduzir como "coberto" ou "cheio". Foram detectados casos isolados em países de África e, no final da década de 1970, na Indonésia. A partir de 2007, foram descritas epidemias na Micronésia e em outras ilhas do oceano Pacífico.

Em 2015 foram notificados 107 casos prováveis de Zika no Estado, correspondendo a uma taxa de incidência de 1,5 casos por 100.000 habitantes. Em 2016 concentra-se o maior número de casos prováveis (5.041) com a taxa de incidência 71,7 por 100.000 habitantes. Nos anos seguintes, observa-se uma redução dos casos prováveis e da incidência da doença no Estado, que pode ser atribuído ao fato das pessoas ao serem contaminadas pelo vírus da Zika tornar-se imunes e pelas intensificações das ações de controle vetorial no período considerado emergencial.

Gráfico 37 - Número de Casos e Taxa de Incidência de Zika. Maranhão, 2014 a 2018.



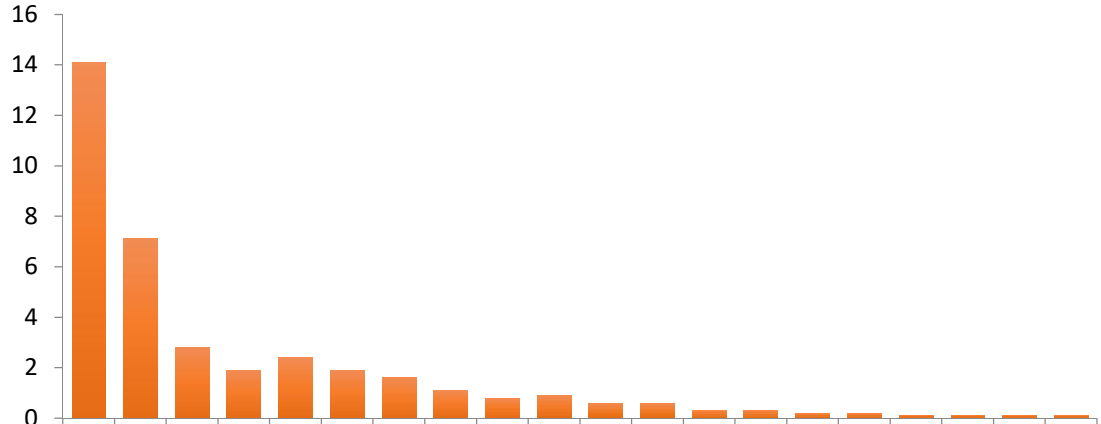
Fonte: SINANNET. Adaptado, SES/MA.

3.2.9.6. Malária

Ao final do ano de 2000 o registro de casos de malária alcançou 78.817 e ao final do ano de 2019 a notificação chegou a 616 casos, sendo que destes, 83 casos (13,5%) foram autóctones com predominância nas áreas indígenas das Regiões de Barra do Corda e Zé Doca. No ano de 2020, entre 01/01/2020 e 07/07/2020, ocorreram o registro de 246 casos, sendo apenas 31 considerados autóctones (12,5%).

Dados do Programa Estadual de Controle da Malária (PECM), mostra tendência de redução de incidência Parasitária Anual no Maranhão, no período de 2000 a 2019. O declínio da Malária no Estado do Maranhão ocorreu a partir do ano de 2000 segundo o IPA (Índice Parasitário Anual), que mensura o risco de adoecer pela doença, apresentando índice de 14,1/1.000 hab, que corresponde ao número aproximado de 80.000 casos. A partir de então a malária entrou em um processo de controle, com o IPA se mantendo abaixo de 1/1.000 habitantes até a época presente.

Gráfico 38 - Incidência Parasitária Anual (IPA), Maranhão, 2000 a 2019.



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
IPA	14,1	7,1	2,8	1,9	2,4	1,9	1,6	1,1	0,8	0,9	0,6	0,6	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1

Fonte: SIVEP-Malária

Com a queda acentuada da transmissão da malária no Estado, fato animador, merece, por outro lado, a atenção da gestão estadual sobre algumas questões que poderão influenciar no futuro do programa, como insuficiência de recursos humanos de campo provenientes da esfera federal, requerendo o envolvimento das equipes da atenção básica do nível municipal e a necessidade de reposição de equipamentos e pessoal dos laboratórios das Unidades Regionais de Saúde, tanto laboratoristas revisores, quanto entomologistas.

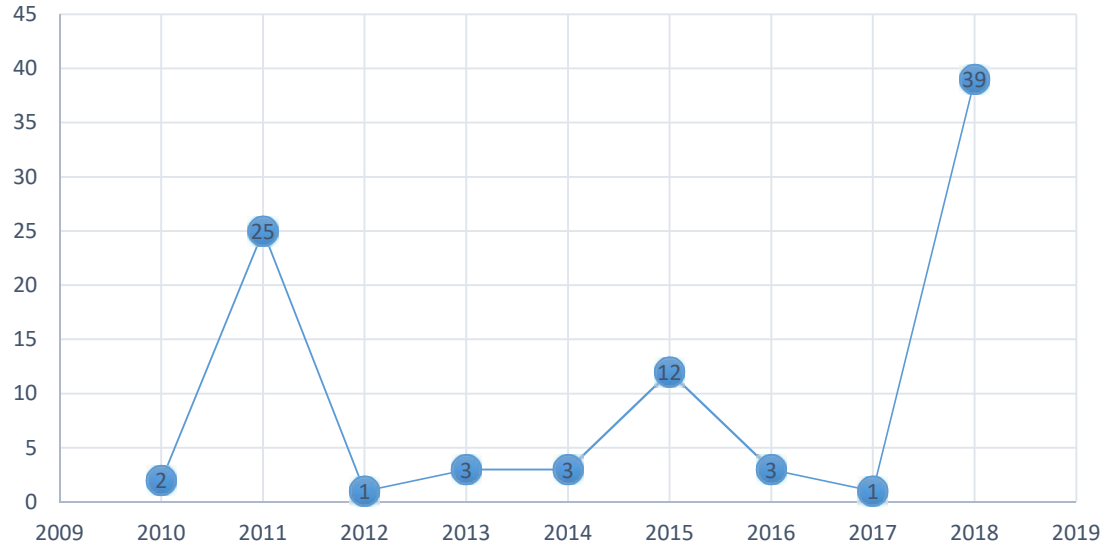
3.2.9.7. Doença de Chagas

A Doença de Chagas no Brasil vem apresentando mudança do perfil epidemiológico em face ao êxito do controle vetorial intradomiciliar em todos as áreas onde prevalecia o cenário tradicional deste tipo de transmissão, causada pelos triatomíneos de hábitos predominantemente domiciliares.

Atualmente a transmissão está ligada ao ciclo silvestre do parasita, o Trypanosoma cruzi, concentrando-se na Região Amazônica. No Maranhão, os casos têm ocorrido com maior frequência por transmissão oral, ou seja, pela ingestão de alimentos contaminados com parasitas provenientes de triatomíneos infectados, entre eles, o suco de juçara ou açaí, bacaba, além do caldo de cana. Quanto a dimensão do registro de casos no estado, são esporádicos e isolados no tocante à transmissão

domiciliar por vetores. Os casos notificados entre 2015 e 2018, originados por ingestão de alimentos totalizou 54 casos, sendo 39 no ultimo surto ocorrido em 2018, no município de Pedro do Rosário.

Gráfico 39 – Casos de Doenças de Chagas, Estado do Maranhão, 2010-2018



Fonte: SINAN
2011: Surto Pinheiro e S. Roberto; 2015: Surto Turilândia 2018: Surto em P.. Rosário

Para o controle da doença, três eixos devem ser evidenciados pela gestão: a necessidade de manutenção da vigilância nas áreas de controle de possíveis focos de transmissão intradomiciliar, emergência de formas de transmissão ligados aos ciclos silvestre, especialmente a transmissão por via oral, pouco suscetível à estratégias tradicionais de controle e a atenção aos indivíduos com a infecção crônica. Para tanto é necessário a manutenção dos laboratórios municipais, para exame de gota espessa dos suspeitos da Doença de Chagas e sua confirmação pelo LACEN através da sorologia.

Portanto a atenção aos portadores de Doença de Chagas exige que a Rede de Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde, inclua o atendimento ambulatorial básico, nas diversas modalidades clinicas da infecção, devendo também ser desenvolvidos ações de saúde pública com envolvimento de equipes multidisciplinares, não somente para o tratamento antiparasitário como também para ampliar as ações de vigilância sanitária e educação em saúde, visando a melhoria do

manejo dos produtos que, por ingestão causam a infecção aguda, além do promoção da qualidade de vida dos atingidos, considerando-se inclusive os aspectos sociais relacionadas à enfermidade.

3.2.9.8. Sarampo

No Brasil, o sarampo é uma doença de notificação compulsória desde 1968. Desde 2016 o Comitê Internacional de Especialistas (CIE), responsável pela avaliação da documentação e verificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome de Rubéola Congênita, declarou a eliminação da circulação do vírus do sarampo na região das Américas. Desde então, o país se encontrava em fase de sustentabilidade da eliminação da transmissão autóctone dos vírus do sarampo e da rubéola, no entanto em 2018 ocorreu a reintrodução do vírus do sarampo no Brasil com surtos em nove estados, e registro de casos nas cinco regiões no ano de 2020 entre as semanas epidemiológicas 01 a 24 com notificação de 11.198 casos suspeitos de sarampo sendo confirmados 4.641.

O Maranhão que vinha sem registros de casos da doença desde 1998, voltou a registrar novos casos em 2019, com notificação de 81 casos suspeitos sofrendo surto de nove casos confirmados, distribuídos em seis municípios, conforme tabela 7, abaixo.

Tabela 7 - Distribuição de casos confirmados de sarampo, por município, Maranhão, 2019

Ord	Municípios	Quantidade de casos
01	São Luís	04
02	Pedreiras	01 (residente de São Paulo)
03	Lima Campos	01
04	Vitorino Freire	01
05	Lago da Pedra	01
06	Caxias	01
	TOTAL	09

Fonte: SINANNET/SES/MA e SI-GAL

O último caso confirmado em 2019 foi do município de Pedreiras, com primeiros sintomas em 7 de outubro 2019, em pessoa residente de São Paulo.

Considerando que a vacina contra a doença é a única medida eficaz de prevenção e controle, é preocupante o acúmulo de suscetíveis que possibilitam a ocorrência de surtos de sarampo.

O Ministério da Saúde tem mantido a vacinação de rotina e as campanhas nacionais de vacinação contra o sarampo. Cabe ao Estado e municípios dar prioridade às ações de vacinação e desenvolver estratégias para melhorar coberturas.

3.2.9.9. Meningite

As Meningites têm distribuição mundial e são de importância para a saúde pública por sua magnitude, potencial de transmissão, patogenicidade e relevância social.

No estado do Maranhão, conforme a tabela 8, no período de 2014 a 2019, foram notificados no Sistema de Informação SINANNET 1.429 casos suspeitos de Meningite, destes 687 confirmados, 465 descartados. A partir de 2016 observa-se uma redução da proporção de casos confirmados e o aumento dessa grandeza em relação aos casos ignorados e inconclusivos. Isto se deve a fragilidade da investigação dos casos, principalmente no que se refere a dificuldade de coleta de amostras para exames nas unidades de saúde, não significando redução da ocorrência.

Tabela 8 - Distribuição de casos notificados de meningite segundo classificação final, Maranhão, 2014 a 2019.

Ano	IgN	%	Confirmado	%	Descartado	%	Inconclusivo	%	Total
2014	12	6,3	102	54,2	69	36,7	5	2,6	188
2015	16	8,8	110	60,7	53	29,2	2	1,1	181
2016	24	12,4	113	58,5	52	26,9	4	2,0	193
2017	41	15,5	129	49,0	80	30,4	13	4,9	263
2018	44	16,1	113	41,5	97	35,6	18	6,6	272
2019	78	23,4	120	36,1	114	34,3	20	6,0	332
Total	215	15,0	687	48,0	465	32,5	62	4,3	1429

Fonte: SINAN/SES-MA – dados sujeitos a atualizações.

Observa-se na tabela 9 uma maior concentração dos casos de Meningite não especificadas (MNE), 345 casos, seguida da Meningite Bacteriana (MB), 81, Meningite Viral (MV) 93.

O grupo das Doenças Meningocócicas (DM = MCC+MM+(MM+MCC) totalizaram 79 casos, Meningite de outras etiologias (MOE) 35, Meningite por pneumococos (MP) 28, Meningite por Tuberculose (MTBC) 07, Meningite por Haemophylus (MH) 09 casos. Em 2017 e 2018, chama atenção o aumento de casos de DMM, MP e MH, visto que existem vacinas disponíveis, na rede pública, para prevenção desses tipos de meningite.

Tabela 9 - Distribuição de casos confirmados de meningites, segundo etiologia, Maranhão, 2014 a 2019.

ANO	IGN	MCC	MM	MM+MCC	MTBC	MB	MNE	MV	MOE	MH	MP	Total
2014	0	2	2	4	0	13	63	9	5	0	4	102
2015	1	3	1	2	1	17	58	14	8	0	5	110
2016	1	3	0	0	2	12	63	17	9	1	5	113
2017	0	3	6	1	2	14	72	13	4	2	12	129
2018	0	5	13	11	1	12	46	13	5	5	2	113
2019	0	4	15	04	01	13	43	27	04	01	08	120
Total	02	20	37	22	07	81	345	93	35	09	36	787

Fonte: SINAN/SES – MA dados sujeitos a atualizações

LEGENDA: IGN - Ignorado; MCC - Meningococemia; MM - Meningite Meningocócica; MTBC - Meningite Tuberculose; MB - Meningite Bacteriana; MNE - Meningite Não Especificada; MV - Meningite Viral; MOE - Meningite por Outras Etiologias; MH - Meningite por Haemophylus; MP - Meningite por Pneumococo.

3.2.9.10. Influenza

A Influenza é uma infecção respiratória aguda, causada pelos vírus A, B, C e D. O vírus A está associado a epidemias e pandemias. É um vírus de comportamento sazonal e tem aumento no número de casos entre as estações climáticas mais frias, podendo haver anos com menor ou maior circulação. Habitualmente em cada ano circula mais de um tipo de influenza concomitantemente (exemplo: Influenza A (H1N1) pdm09, Influenza A (H3N2) e Influenza B).

A vigilância da Influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela da Síndrome Gripal (SG) e de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), através das Unidades de Urgência e Emergência e Internação Hospitalar, por meio do

monitoramento de casos hospitalizados e óbitos. Cabe às unidades de internação, notificarem os casos para as Vigilâncias Epidemiológicas dos municípios, enviando fichas devidamente preenchidas, acompanhadas de laudos de exames específicos se houver.

Os dados epidemiológicos são coletados por meio de formulário padronizado e inseridos no sistema de informação online SIVEP-Gripe pela equipe técnica dos municípios, cujo banco de dados serve para análise de situação.

Tabela 10 - Casos e Óbitos de SRAG Notificados e Classificados, Maranhão, 2016 a 2019.

ANOS		SRAG NOTIFIC	SRAG CONFIR./ INFLUENZA	SRAG CONFIR./ OUT. VÍRUS	SRAG CONFIR./ OUT. AGENTES	SRAG NÃO ESPECIF.	SRAG EM INVESTIGAÇÃO
2016	CASOS	65	3	3	0	47	12
	ÓBITOS	15	1	1	0	11	2
2017	CASOS	29	1	4	0	17	7
	ÓBITOS	9	0	2	0	5	2
2018	CASOS	194	42	9	4	76	63
	ÓBITOS	36	9	1	1	22	3
2019	CASOS	261	14	10	2	180	55
	ÓBITOS	22	1	3	0	18	0
	ÓBITOS	19	4	0	1	3	11

Fonte: SIVEP-GRIPE/SECD/SES/MA

O vírus da Influenza A (H1N1pdm09) permaneceu circulando no Maranhão após a Pandemia de 2009 proporcionando a ocorrência de surtos, com registros de óbitos como fica demonstrado nas tabelas 10 e 11. Pelo monitoramento durante o período sazonal, verifica-se que essa situação é evidente a partir de janeiro, intensificando-se nos meses de março, abril e maio. Após esse período há uma redução ocasionada diminuição dos suscetíveis cobertos por anticorpos produzidos pela vacina contra Influenza que anualmente é realizada nos meses de abril e maio e ainda pela própria doença nos infectados.

Tabela 11 - Casos e óbitos por tipo de vírus da Influenza, MA 2016 a 2019.

Anos	Influenza A H1N1		Influenza A H3N2		Influenza A não subtipado		Influenza B	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
2016	2	1	0	0	0	0	1	0
2017	0	0	1	0	0	0	0	0
2018	27	6	3	0	10	3	2	0
2019	4	1	8	0	0	0	2	0

Fonte: SIVEP-GRIPE/SECD/SES/MA

Observa-se ainda na tabela 10 que a partir de 2018 há um aumento de notificações de casos de SRAG e de identificação de vírus de influenza: Influenza A (H1n1-pdm09), Influenza A (H3N2) e Influenza B como de agentes etiológicos de SRAG.

3.2.9.11. Esquistossomose

Esquistossomose mansoni é uma doença infecto parasitaria provocada por vermes do gênero Schistossoma, que tem como hospedeiros intermediários caramujos de água doce do gênero Biomphalaria, podendo apresentar-se nas formas leve assintomática até formas clinicas extremamente grave.

A Esquistossomose no Maranhão é considerada um problema de saúde pública abrangendo atualmente 36 dos 217 municípios do Estado, em 10 Unidades Regionais de Saúde. Está distribuída em duas áreas geográficas distintas: A área endêmica com 17 municípios localizados na baixada ocidental maranhense, e a área de foco com 19 municípios dispersos pelo estado, envolvendo mais 10 regiões de saúde (Região de Saúde de Viana e Pinheiro).

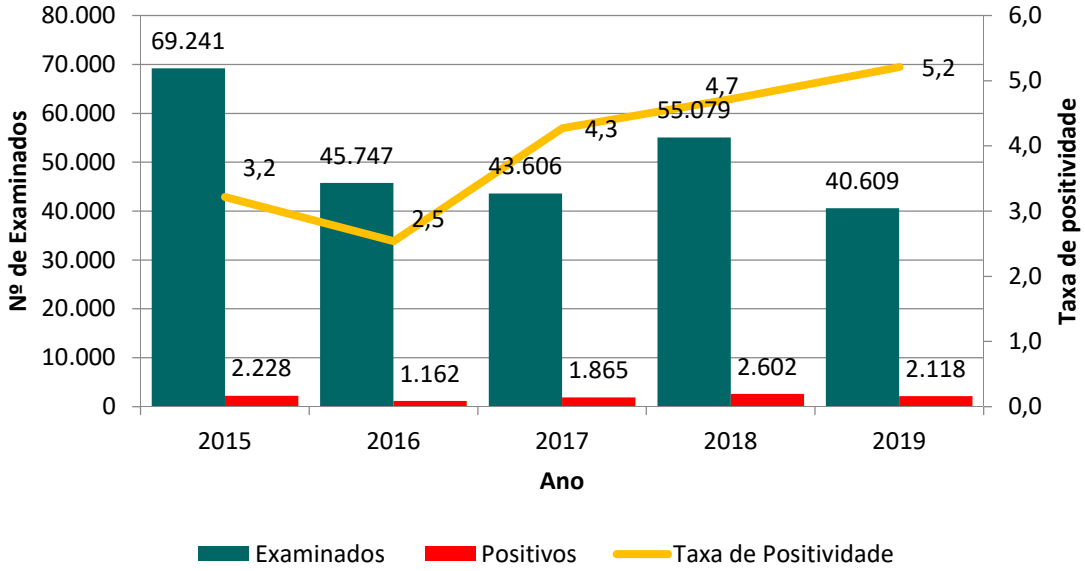
O Programa de Controle da Esquistossomose – PCE tem como objetivo reestruturar as ações da endemia no Estado, visando o controle efetivo e duradouro da doença, evitando a ocorrência de formas graves, reduzindo a prevalência da infecção, e o risco de expansão da endemia.

A estratégia para alcançar estes objetivos envolve ação desenvolvidas em campo: Servidores do SUS que atuam no PCE a nível estadual e municipal, uma rede laboratorial capacitada; Diagnóstico precoce com vista a reduzir a carga parasitária e impedir o aparecimento de formas graves e óbitos; Tratamento dos portadores de S. mansoni com droga específica e ações complementares de Malacologia dirigidas aos

hospedeiros intermediários para identificar possíveis locais de transmissão; e Ações de Educação em Saúde que devem preceder e acompanhar todas as atividades de controle e vigilância da doença.

O gráfico 38 mostra a quantidade de diagnóstico (por exame Kato Katz) realizado anualmente pelos municípios, demonstrando uma redução que pode comprometer o alcance dos objetivos de reduzir transmissão e controlar a doença. Para reverter esse quadro é necessário que seja intensificada a capacitação e sensibilização das equipes de Atenção Básica (ESF) para a execução de coleta de amostras, orientação da população e tratamento dos casos positivos.

Gráfico 40 - Distribuição do número de exames realizados, positivos e percentual de positividade para de Schistosoma mansoni no período de 2015 a 2019.



Fonte: SISPCE/SES/MA

3.2.9.12. Sífilis

A Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), declarada como grave problema de saúde pública. O diagnóstico da Sífilis gestacional é simples e o seu rastreamento é obrigatório durante o pré-natal. Ainda assim, essa patologia apresenta elevada prevalência, afetando anualmente cerca de um milhão de gestantes no mundo. As ferramentas para a redução da carga da infecção são

conhecidas, simples e custo efetivas. Entretanto, a infecção continua com elevada prevalência e insuficiente priorização.

O número crescente de gestantes com Sífilis durante a gestação e o parto, é achado sugestivo de transmissão comunitária e elevada ocorrência de infecção pelo Treponema pallidum entre mulheres em idade fértil.

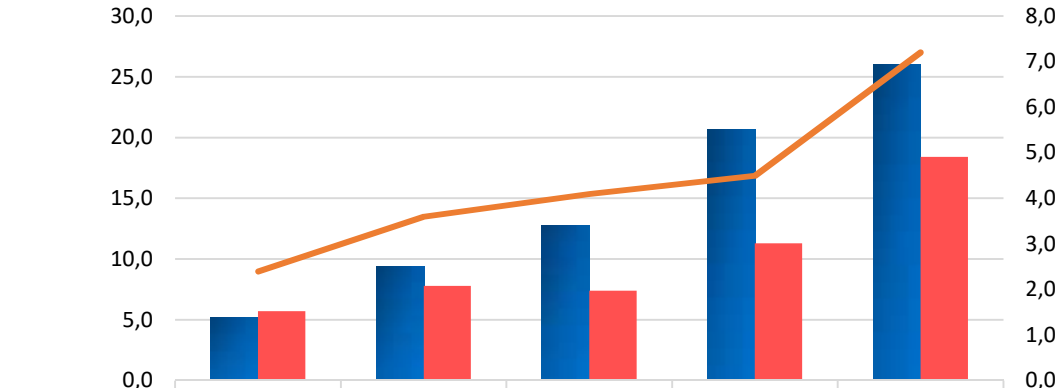
No Maranhão, nos anos de 2017 e 2018 houve aumento dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 62,8% nos casos de Sífilis em gestantes, 25,3% nos casos de sífilis adquirida e 60% nos casos de Sífilis congênita, sugerindo o aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica para esse incremento e no tratamento que poderá ser aplicada na unidade básica de saúde. Esta é, até o momento, a principal e mais eficaz forma de combater a bactéria causadora da doença.

Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019 do Ministério da Saúde, observa-se que entre os anos de 2017 e 2018, os Estados que apresentaram aumentos mais expressivos nas taxas de incidência de Sífilis congênita foram Roraima (132,0%) e Maranhão (97,2%). A capital apresenta a taxa de incidência de Sífilis congênita acima da média nacional (9,0), com 14,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

Diante deste cenário epidemiológico desafiador, a mobilização no Estado para o enfrentamento da epidemia de sífilis depende da articulação entre os diversos atores envolvidos neste contexto onde os objetivos convergem para um mesmo resultado na redução da Sífilis.

Houve elevação das taxas de incidência da Sífilis congênita (por 1000 NV), das taxas de detecção de Sífilis em gestante (por 1000 NV) e adquirida (por 100.000 hab.) entre os anos de 2014 a 2018. De 2017 para 2018 houve aumento de 62,8% nos casos de Sífilis em gestantes, 25,3% nos casos de Sífilis adquirida e 60% nos casos de Sífilis congênita.

Gráfico 41- Taxa de detecção de Sífilis adquirida(por 100.000 habitantes), taxa de detecçãode de Sífilis em gestantes (por 1000 nascidos vivos) e taxa de incidência de Sífilis congênita (por 1000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Maranhão, 2014 a 2018.



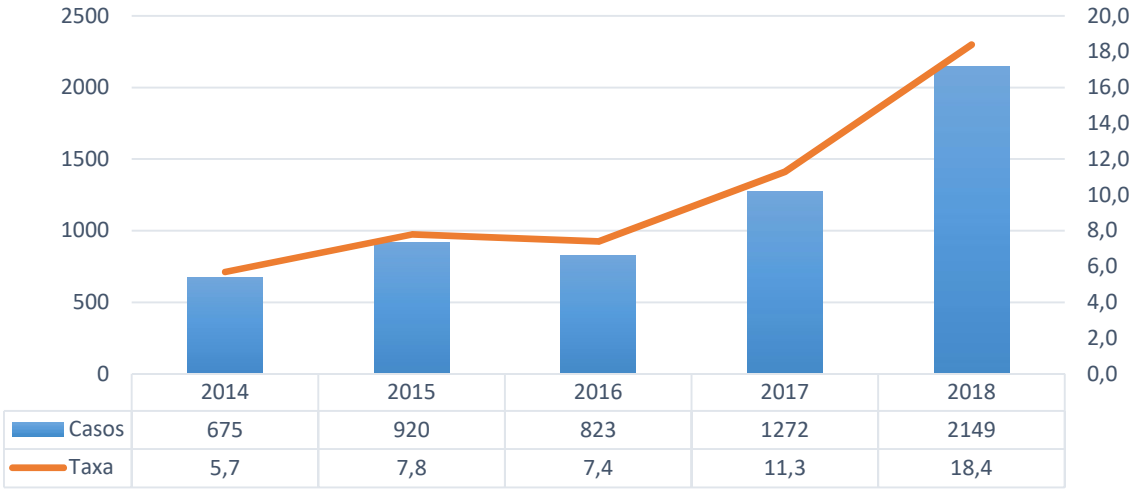
	2014	2015	2016	2017	2018
Adquirida	5,2	9,4	12,8	20,7	26,0
Gestante	5,7	7,8	7,4	11,3	18,4
Congênita	2,4	3,6	4,1	4,5	7,2

Fonte: SINAN/SES//MA* Dados parciais em 30/06/19, sujeitos a alterações

A notificação da Sífilis em gestantes é obrigatória, devendo ser realizada pelos serviços de saúde, como forma de possibilitar o controle da doença. Quanto maior o número de detecção de Sífilis, tratamento e notificação em gestantes, maiores são as chances de reduzir as taxas de Sífilis congênita.

No Estado, entre os anos de 2014 a junho de 2019, foram notificados 6.630 casos de Sífilis em gestantes. No ano de 2018, houve aumento dos casos notificados, em mais de duas vezes, em relação a 2014. A taxa de detecção de Sífilis em Gestante por 1000 nascidos vivos (NV), passou de 5,8 por 1.000 NV em 2014 para 18,4/1.000 NV em 2018.

Gráfico 42 - Casos e Taxa de detecção de Sífilis em gestantes (por 1.000 NV) e ano de diagnóstico. Maranhão. 2014 a 2018.



	2014	2015	2016	2017	2018
Casos	675	920	823	1272	2149
Taxa	5,7	7,8	7,4	11,3	18,4

Fonte: SINAN/SES/MA* Dados parciais em 30/06/19, sujeitos a alterações

Diante da realidade nacional e do contexto global, o Ministério da Saúde (MS) incluiu metas de redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis contidas em seu Plano Plurianual (PPA) 2012-2015. A agenda estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde foi a eliminação da Sífilis congênita como problema de saúde pública até 2015. Diante dos resultados ainda insatisfatórios, em 2016, o Ministério da Saúde lança ação nacional de combate à Sífilis e em 2018 o Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção (Sífilis Não) - uma parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS).

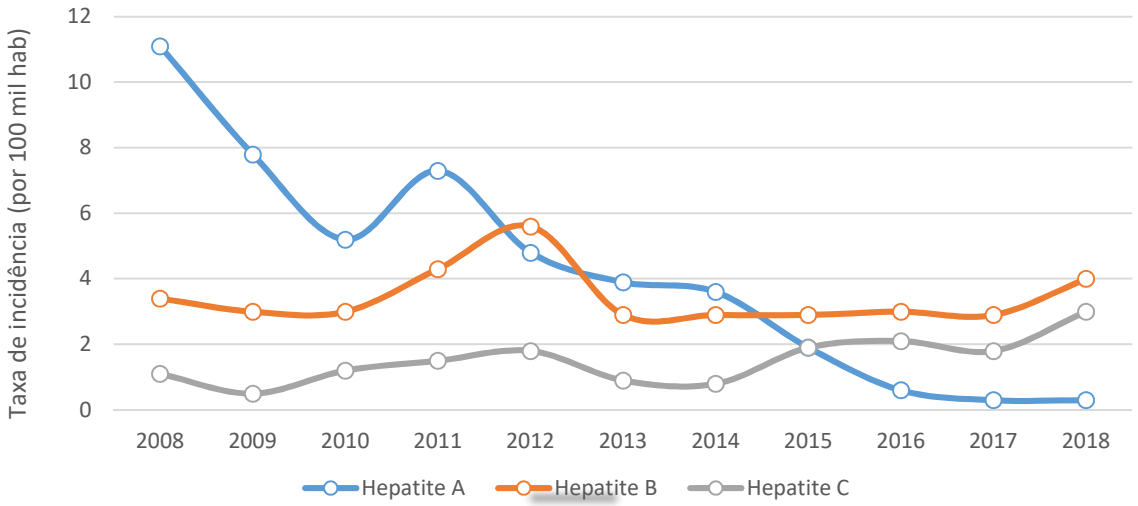
No Estado temos três municípios prioritários no Projeto São Luís, Paço do Lumiar e Timon. O enfoque central é reduzir a sífilis adquirida e eliminar a sífilis congênita no Brasil. O projeto inclui a ampliação e qualificação do diagnóstico e o aumento da testagem, principalmente nas gestantes. A identificação ainda no primeiro trimestre da gestação e o tratamento adequado impedem a transmissão da doença da mãe para o bebê. O projeto também prevê a implantação de linha de cuidado para a Sífilis congênita e de crianças expostas à infecção e intervenção nas populações de gays, pessoas trans, trabalhadores do sexo e pessoas que usam álcool e outras drogas.

3.2.9.13. Hepatites Virais

As Hepatites Virais constituem um amplo desafio à saúde pública em todo o mundo, responsáveis por cerca de 1,4 milhões de óbitos anualmente, em decorrência das formas agudas graves ou pelas complicações das formas descompensadas crônicas ou por hepatocarcinoma. Entre 2007 e 2018, no Maranhão, a Hepatite Viral com maior incidência, foi do tipo A, seguido por Hepatite B e C, com exceção no município de São Luís, que apresentou incidência maior de Hepatite C.

Entre os anos de 2014 a 2018 foram notificados 2.673 casos confirmados de Hepatites Virais. A Hepatite A no Maranhão, foi por muito tempo a mais predominante, porém nos últimos anos tem apresentado acentuada queda na notificação de casos confirmados, acompanhando o quadro epidemiológico do Brasil. Foram notificados 550 casos confirmados de Hepatite A com maior número na faixa de 5 a 9 anos, que representa 30% dos casos totais (167 casos). Nos anos de 2017 e 2018 nota-se aumento na incidência de casos de Hepatite B e C, com estabilidade principalmente do vírus C, maior incidência da Hepatite B. Houve 24 casos notificados de co-infecções entres as Hepatites Virais, destas, a co-infecção de Hepatite B+C foi a mais prevalente entre os anos de 2014 a 2018, seguido pela A+B e pela Hepatite D, que é um co-infecção obrigatória dos vírus B+D.

Gráfico 43 - Taxa de incidência de Hepatites (por 100.000 hab.) por tipo de Hepatite e ano de notificação, Estado do Maranhão, 2006-2018.



Fonte: SVS/MS. Adaptado

3.2.9.14. AIDS

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência. As pessoas infectadas pelo HIV, sem tratamento, evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, uma das principais células-alvo do vírus.

No Brasil, de 1980 a junho de 2018 foram notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, cerca de 926.742 casos de AIDS; destes, 65% no sexo masculino (606.936 casos), 35% no sexo feminino (319.682 casos), 1,8% em menores de 05 anos (17.128 casos), 11% em jovens de 15-24 anos (102.780 casos).

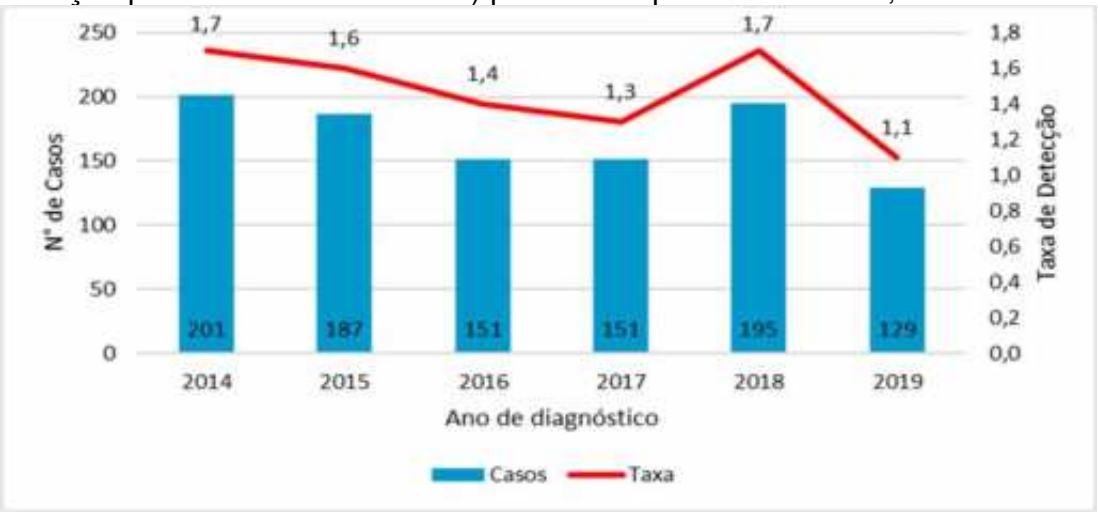
Entre 1980 a junho de 2018, o Maranhão registrou 19.193 casos de AIDS, destes, 12.102 casos em pessoas do sexo masculino e 7.089 do sexo feminino. Nos últimos 10 anos (2008 a 2017) a incidência de AIDS por 100.000 habitantes vem aumentando no Estado, passando de 13,8 para 21,4/100.000 hab., por conta do aumento das notificações e aprimoramento dos sistemas de vigilância, assim como pela descentralização dos testes rápido para a Atenção Primária dos 217 municípios maranhenses, aumentando o acesso ao diagnóstico.

A faixa etária predominante no Estado do Maranhão é a mesma que a nível nacional se destaca, a faixa de 20 a 49 anos, porém nos últimos 10 anos a incidência nessa faixa relativamente se estabilizou. Entretanto, entre os jovens de 15 a 24 anos a incidência passou de 7,2 em 2007 para 12,1/100.000 hab em 2017.

No Maranhão, no período de 2014 a 2019, foram notificadas 1.014 gestantes infectadas com HIV. A taxa de detecção nessa população, nos últimos 5 anos, vem se mantendo constante. No ano 2018, essa taxa foi de 1,7 casos/1000 nascidos vivos (gráfico abaixo).

Verificou-se que cerca de 36% dessas, são residentes na região metropolitana de São Luís, seguidos pelas regiões de Imperatriz (7% dos casos), Balsas (5,5%), Codó (4,6%) e Bacabal (4,3%).

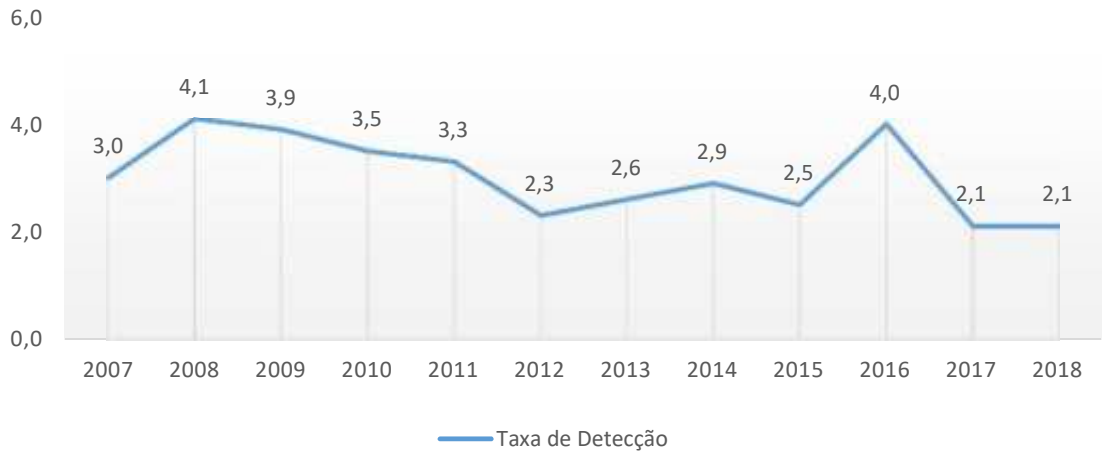
Gráfico 44 - Distribuição dos casos de Gestantes infectadas pelo HIV (número e taxa de detecção por 1000 nascidos vivos) por ano do parto. Maranhão, 2014 – 2019.



FONTE: SINAN, Secretaria de Estado da Saúde-SES
Notas: Dados sujeito a atualizaçõe

Com relação aos casos de AIDS em menores de 5 anos, o Maranhão registrou 375 casos de AIDS de 1985 até junho de 2019. Nos últimos dez anos os dados mostram uma diminuição nos casos, de 26 casos em 2008, passando para 13 casos em 2017 e 18 casos em 2018. O indicador "taxa de incidência em menores de 5 anos" é utilizado para monitorar a redução dos casos de AIDS em menores de 5 anos no gráfico abaixo.

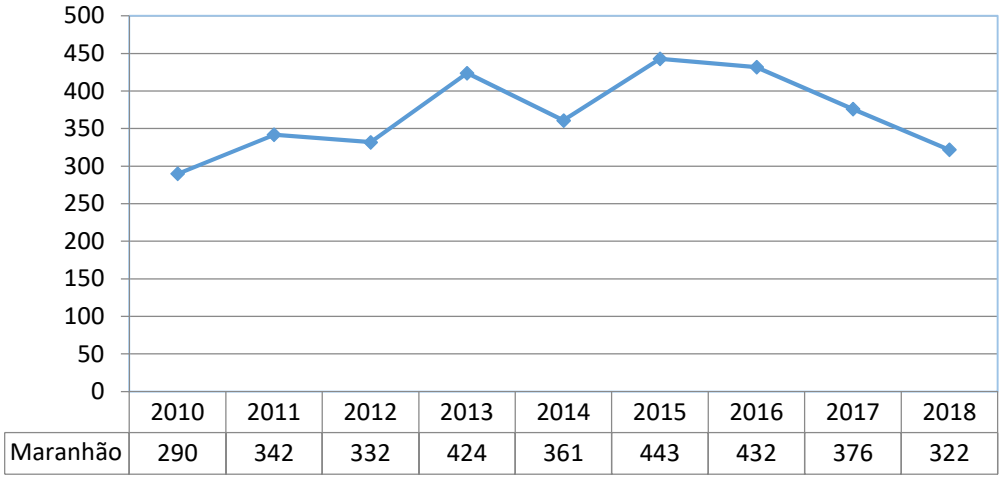
Gráfico 45 - Taxa de detecção de AIDS (por 100.000 hab.) em menores de 5 anos notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom[1] por ano de diagnóstico. Maranhão. 2007- 2018.



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – DIAHV

Foram notificados 5.392 óbitos tendo a AIDS como causa básica (CID B20 a B24) no Estado, de 1980 a 2017. Os dados que é demonstrado no gráfico no período de 2015 a 2017 essa taxa vem sensivelmente diminuindo, em 2015 e 2016 era de 6,4/100.000 hab. a de 2017 é de 5,5/100.000 hab., de acordo com o boletim nacional do Ministério da Saúde. Entende-se que a população está buscando o serviço de saúde e tendo seu diagnóstico precoce com a realização dos testes rápidos e começando o tratamento imediato.

Gráfico 46 - Óbitos por AIDS (número) segundo ano do óbito. Estado do Maranhão, 2010-2018



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Maranhão	290	342	332	424	361	443	432	376	322

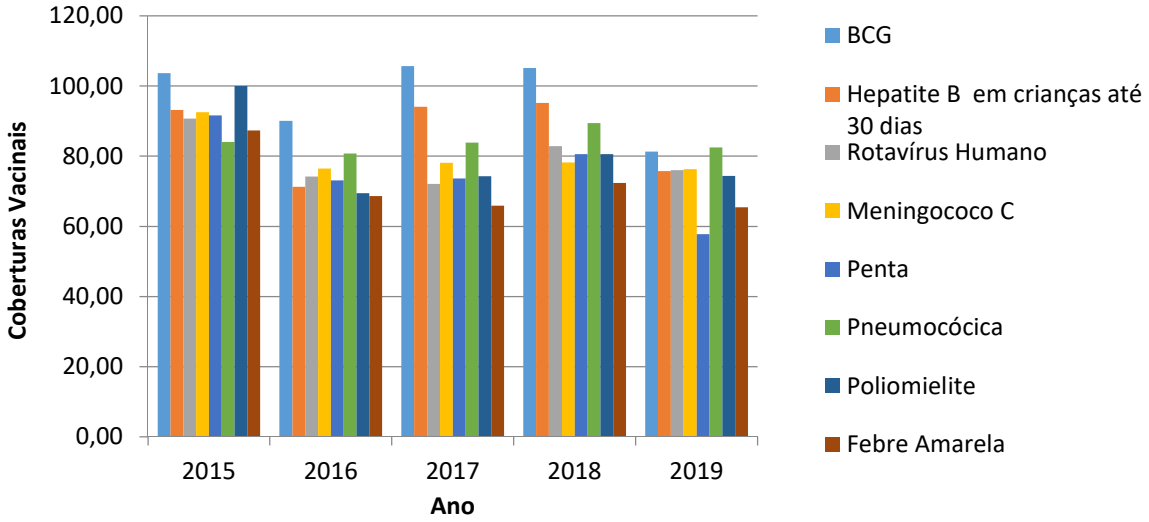
Fonte: SISCEL/SICLOM

3.2.10. Imunização

O Programa Nacional de Imunizações estabelece metas para as coberturas vacinais no país, sendo preconizadas para a maioria das vacinas o alcance de pelo menos 95%, com exceção das vacinas BCG e rotavírus, cujas metas são de 90% para cada uma.

Em 2015 no Maranhão as coberturas vacinais para menores de 1 ano de idade ficaram 92,89%, ou seja, abaixo da meta nacional, excetuando a vacina BCG, Rotavírus e Poliomielite que alcançaram coberturas de 103,64%, 90,71% e 100,02% respectivamente. A série histórica de 2015 a 2019 da cobertura vacinal, segundo imunobiológico, é apresentada no gráfico 45.

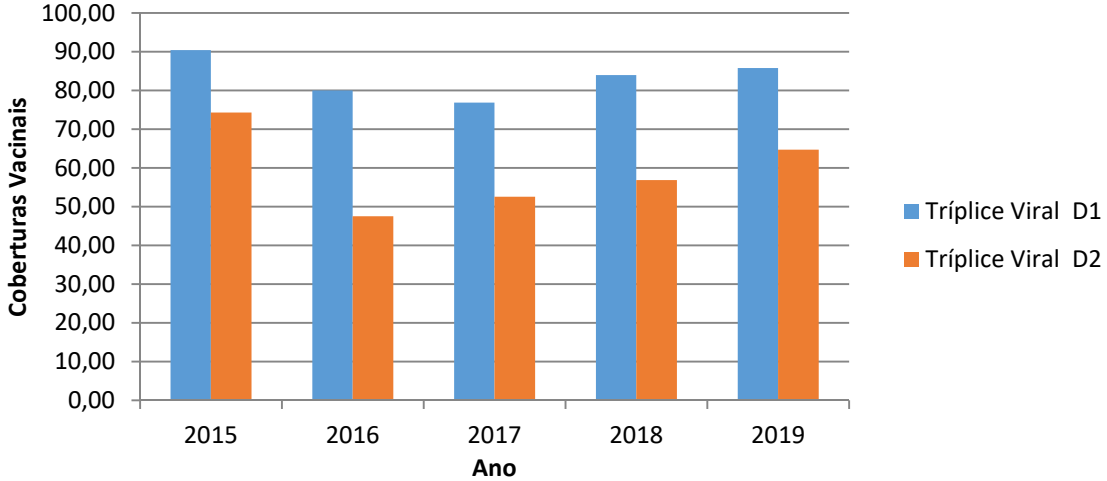
Gráfico 47 – Coberturas Vacinais por Imuno: BCG, Hepatite B em crianças até 30 dias, Rotavírus Humano, Meningococo C, Penta, Pneumocócica, Poliomielite e Febre Amarela, Maranhão, 2015 – 2019.



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS).

O Sarampo é uma doença infectocontagiosa febril, aguda, de transmissão respiratória, sendo ainda, em algumas partes do mundo, uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças menores de 5 anos de idade. O Maranhão apresenta nos anos de 2015 a 2019 apenas 71,27% nas coberturas vacinais caracterizando uma baixa imunogenicidade da vacina de Sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral), SCR, em crianças de 12 a 23 meses como demostra o gráfico 46.

Gráfico 48 – Coberturas Vacinais por Imuno: Tríplice Viral D1 e Tríplice Viral D2, Maranhão, 2015 – 2019.



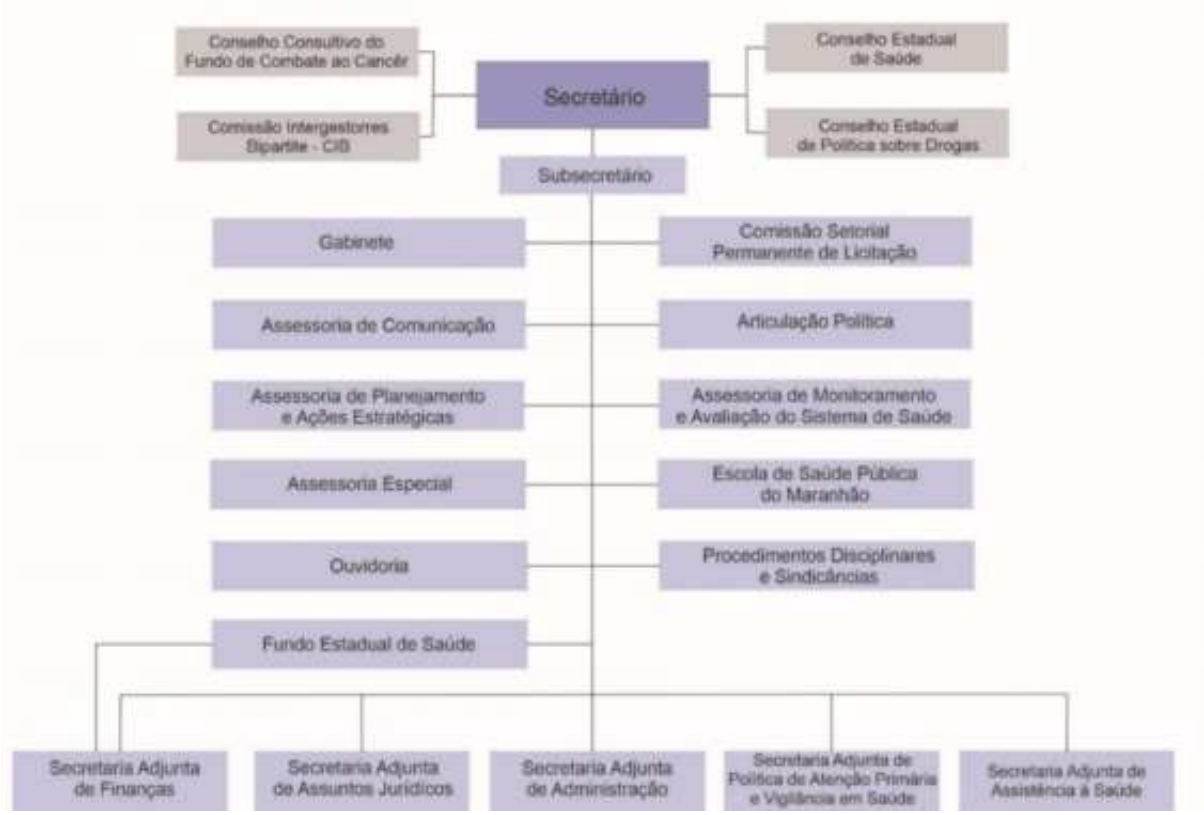
Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS).

3.3. Estrutura e Organização do Sistema de Saúde

A Secretaria de Estado da Saúde - SES é o órgão responsável pela política estadual de saúde no Maranhão, tendo como missão institucional o cuidar das pessoas, como visão ser uma instituição modelo de gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que o Maranhão seja o Estado onde se viva mais e melhor, tendo como valores: o respeito à vida, a diversidade, ética, transparência, solidariedade, compromisso, qualidade, gestão democrática e participativa.

Nessa perspectiva de gerir a política de saúde, a Secretaria de Estado da Saúde está organizada administrativamente em secretarias adjuntas, superintendências, departamentos, assessorias, setores e outras instituições vinculadas para apoiar e promover as ações e serviços públicos em saúde no Estado. A figura 15 apresenta uma versão preliminar da nova proposta de estrutura organizacional da SES previsto para o ano de 2019, mas até o momento da elaboração deste plano, estava passando por adequação.

Figura 15 – Organograma da Secretaria de Estado da Saúde
(Versão Preliminar-2019)



Fonte: SES/MA, 2019.

3.3.1. Rede de Serviços de Saúde

3.3.1.1. Atenção Ambulatorial e Hospitalar

De acordo com a Resolução CIB nº 64/2018, publicada no Diário Oficial n° 120 de 28 de junho de 2018, o Estado do Maranhão está dividido em 03 (três) Macrorregiões de Saúde (Macro Norte; Macro Sul e Macro Leste), composta por 9, 4 e 6 Regiões de Saúde, respectivamente.



No que se refere aos serviços de saúde no Estado do Maranhão, a rede assistencial vinculada à Secretaria de Estado da Saúde está distribuída entre as 19 Regiões de Saúde das 3 Macrorregiões, sendo administradas por organizações sociais e empresas públicas, como a Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares – EMSERH que a partir de 2015 passou a gerenciar mais 70% das unidades de saúde do estado e uma tendência futura de expandir para 100% delas. Além disso, os serviços especializados terceirizados que são contratados para cobertura da assistência ambulatorial e hospitalar e também o apoio de auxílio financeiro aos municípios potencializando a qualidade do atendimento à população no estado.

Com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, até outubro de 2019, o Estado do Maranhão tinha 5.791 estabelecimentos de saúde, sendo 65,5% públicos e 34,5% privados, destes 150 estabelecimentos estão sob gestão estadual, dos quais 98 são classificados como públicos, 22 são entidades empresariais e 30 sem fins lucrativos.

As unidades da rede assistencial de saúde própria do Estado que prestam atendimento ambulatorial e hospitalar correspondem a 65 estabelecimentos distribuídos pelas regiões de saúde.

Tabela 12 – Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Tipo de Gestão e Natureza Jurídica (Maranhão, Out./2019).

Tipo de Gestão	Natureza Jurídica				Total
	Administração pública	Entidades empresarias	Sem fins lucrativos	Pessoas Físicas	
Municipal	3.677	1.646	36	241	5.600
Estadual	98	22	30	-	150
Dupla	18	16	07	-	41
Total	3.793	1.684	73	241	5.791

Fonte: TABWIN, CNES, competência outubro 2019.

A tabela 13 representa o número de estabelecimentos de saúde por tipo de gestão distribuídos por Macrorregiões de Saúde, sendo que mais da metade dos estabelecimentos de saúde estão localizados na Macro Norte (55%) e o restante com 23% na Macro Sul e 22% na Macro Leste. Até outubro de 2019, as unidades de saúde sob gestão estadual perfaziam um total de 19 estabelecimentos na Macrorregião Sul, 101 na Macrorregião Norte e 30 na Macrorregião Leste.

Tabela 13 – Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Macrorregião de Saúde e Tipo de Gestão (Maranhão, Out./2019)

Macrorregião de Saúde	Tipo de Gestão			Total
	Municipal	Estadual	Dupla	
SUL	1.303	19	15	1.337
NORTE	3.058	101	20	3.179
LESTE	1.239	30	06	1.275
TOTAL	5.600	150	41	5.791

Fonte: TABWIN, CNES, competência outubro 2019.

Na tabela abaixo apresenta-se a distribuição de estabelecimentos, públicos e privados, no mesmo período por Região de Saúde e por tipo de gestão, dando um destaque a Região de Saúde de São Luís que conta com 1.356 estabelecimentos de saúde disponíveis, sendo 55 delas estão sob gestão estadual.

A segunda cidade com maior número de estabelecimentos é Imperatriz com 689 unidades, das quais 11 delas estão sob gestão estadual. Outra região com um número significativo de estabelecimentos sob gestão estadual é a de Chapadinha com 12 unidades, mas com relação ao número total de estabelecimentos apresentam 245 estabelecimentos disponíveis.

Do total das 19 regiões de saúde, 10 delas apresentam entre 200 e 300 estabelecimentos, 07 ficam abaixo de 200 estabelecimentos e 02 estão acima de 300 estabelecimentos.

Tabela 14 – Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Região de Saúde e Tipo de Gestão (Maranhão, Out. /2019).

Região de Saúde	Tipo de Gestão			Total
	Dupla	Estadual	Municipal	
Açailândia	01	02	223	226
Bacabal	02	03	186	191
Balsas	03	03	242	248
Barra do Corda	-	03	171	174
Caxias	04	03	228	235
Chapadinha	03	12	230	245
Codó	-	10	157	167
Imperatriz	11	11	667	689
Itapecuru Mirim	01	07	231	239
Pedreiras	-	05	192	197
Pinheiro	05	04	267	276
Presidente Dutra	01	03	273	277
Rosário	01	07	201	209
Santa Inês	-	06	277	283
São Joãos dos Patos	01	06	246	253
São Luís	08	55	1.293	1.356
Timon	-	03	143	146
Viana	-	02	193	195
Zé Doca	-	05	180	185
Total	41	150	5.600	5.791

Fonte: TABWIN, CNES, competência outubro 2019.

A tabela 15 representa os estabelecimentos, públicos e privados, por tipo de gestão no Estado do Maranhão na competência de outubro de 2019. Os maiores números de estabelecimentos de saúde são do tipo Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde que perfazem um total de 1.886 unidades, Clínicas Especializadas / Ambulatório Especializado com 926 unidades e 547 consultórios. Sob gestão estadual, tem-se 40 clinicas especializadas / ambulatório especializado, 31 hospitais gerais, 30 unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia e 11 hospitais especializados.

Tabela 15 – Tipo dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Tipo de Gestão (Maranhão, Out. /2019).

Tipo de Estabelecimento	Tipo de Gestão			Total
	Dupla	Estadual	Municipal	
Academia da Saúde	-	-	88	88
Central de Abastecimento			3	3
Central de Regulação	-	4	22	26
Central de Regulação Média das Urgências	-	-	10	10
Centro de Apoio à Saúde da Família-CASF	-	-	43	43
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	-	-	2	2
Centro de Atenção Psicossocial-CAPS	-	2	98	100
Centro de Imunização			3	3
Centro de Parto Normal	-	-	3	3
Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde	6	6	1.874	1.886
Central de Notif. Capitação e Distribuição de Órgãos Estadual	-	1	-	1
Clínica Especializada / Ambulatório Especializado	13	40	873	926
Consultório	-	-	547	547
Cooperativa	-	-	14	14
Farmácia	-	2	68	70
Hospital Especializado	1	11	21	33
Hospital Geral	14	31	179	224
Hospital Dia	-	1	6	7
Laboratório de Saúde Pública	-	1	14	15
Policlínica	1	3	142	146
Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde		2	5	7
Posto de Saúde	-	-	438	438
Pronto Atendimento	-	10	9	19
Pronto Socorro Especializado	-	-	2	2
Pronto Socorro Geral	-	-	4	4
Central de Gestão em Saúde	-	1	217	219
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	-	-	14	14
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	-	-	46	46
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	4	30	423	457
Unidade de Vigilância em Saúde	-	1	212	213
Unidade Mista	2	1	39	42
Unidade Móvel de Nível Pre-Hosp-Urgência/Emergência	-	-	135	135
Unidade Móvel Terrestre	-	3	42	45
Telesaúde	-	-	3	3
Total	**41**	**150**	**5.600**	**5.791**

Fonte: TABWIN, CNES, competência outubro 2019.

Essa distribuição dos números de estabelecimentos, sob gestão estadual, está ilustrada da figura 16 nos aspectos do mapa das macrorregiões e regiões de saúde do Estado do Maranhão.

Figura 16 – Mapa dos Estabelecimentos, sob Gestão Estadual, por Região de Saúde. (Maranhão, Out./2019)



Região	Nº de Unidades
Açailândia	2
Bacabal	3
Balsas	3
Barra do Corda	3
Caxias	3
Chapadinha	12
Codó	10
Imperatriz	11
Itapecuru Mirim	7
Pedreiras	5
Pinheiro	4
Presidente Dutra	3
Rosário	7
Santa Inês	6
São João dos Patos	6
São Luís	55
Timon	3
Viana	2
Zé Doca	5

Fonte: CNES, out. 2019.

Os gráficos a seguir apresentam respectivamente uma série histórica do número de estabelecimentos de saúde por tipo de gestão e por natureza jurídica, observando que houve um aumento de 45% na quantidade de estabelecimentos de saúde no estado, no período de 2010 a 2018.

O gráfico 45 revela que houve um aumento em todos os anos no número de estabelecimento sob gestão municipal, por outro lado, entre os anos de 2014 e 2015 houve uma queda naqueles que estavam sob dupla gestão (municipal e estadual) e nos que representavam sob gestão estadual, -29,70% e -5,37%, respectivamente, isso devido ao processo de municipalização da saúde, isto é, algumas unidades de saúde que antes estavam sob gestão estadual, passaram a ser gerenciadas pelos municípios.

A partir de 2015 até 2018, houve um crescimento de 10,64% nos números de estabelecimentos sob gestão estadual, isso deve-se ao fato da ampliação das redes assistenciais nas Regiões de Saúde promovidas pelo Governo do Estado do Maranhão, tais como: construção do Hospital de Pinheiro, Imperatriz, Caxias, Bacabal, Chapadinha, Balsas, Santa Inês, Hospital e Maternidade de Colinas, Hospital de Traumatologia e Ortopedia de São Luís, Centro de Especialidade Odontológica – SORRIR, Centro de Referência NINAR, Casa de Apoio ao Câncer e no ano de 2019 a entrega do Centro de Hemodiálise de São Luís, Centro de Referência para Crianças com Transtorno do Espectro do Autismo e Policlínica de Matões do Norte. O gráfico abaixo apresenta o número de obras realizadas pelo Governo do Estado, no período de 2015 a 2018,

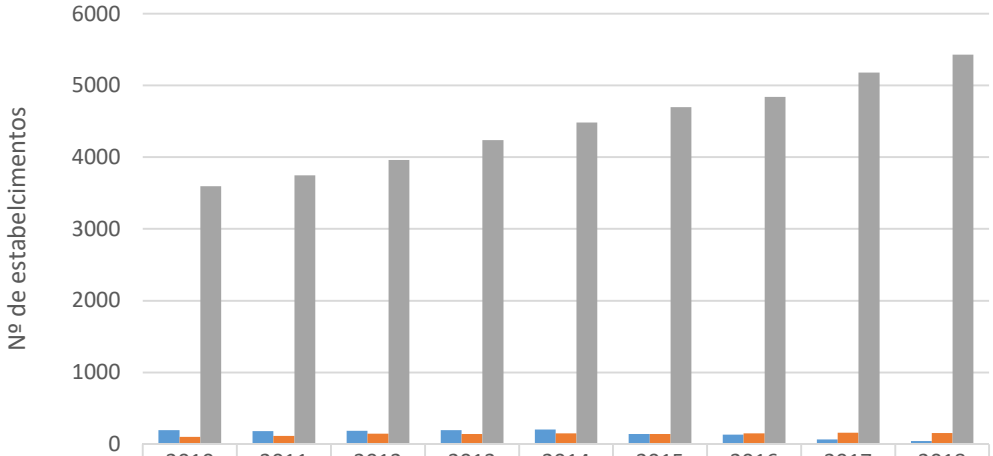


Gráfico 49 – Realização de Obras no Estado do Maranhão, realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde, 2015-2018.



Fonte: Superintendência de Engenharia/SAAD/SES/MA.

Gráfico 50 – Série Histórica de Estabelecimentos de Saúde por Tipo de Gestão, Maranhão (2010-2018)

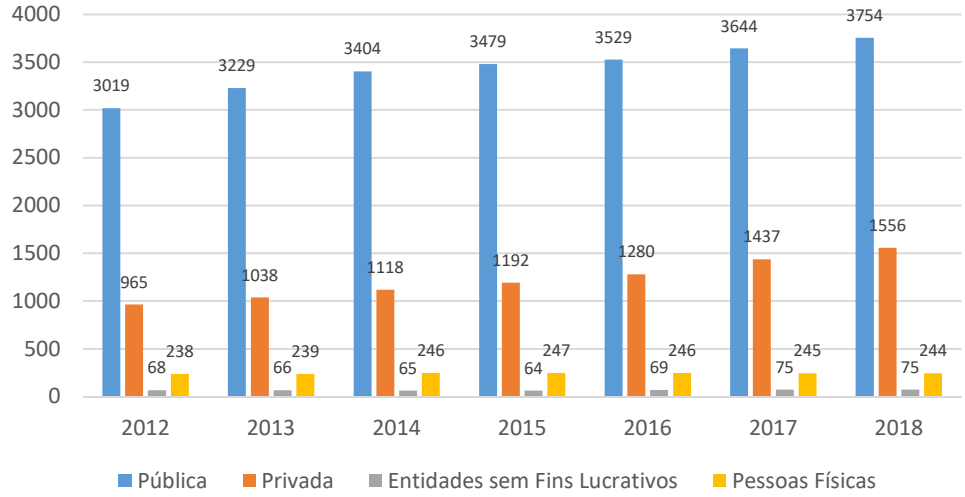


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Dupla	193	182	184	193	202	142	132	64	42
Estadual	100	116	144	142	149	141	151	158	156
Municipal	3594	3749	3961	4237	4482	4699	4841	5179	5431

Fonte: TABWIN/CNES. Adaptado.

O gráfico 51apresenta no período de 2012 a 2018, a evolução do número de estabelecimentos por natureza jurídica, observando que houve aumento no período, tanto na esfera pública como na privada, 24,34% e 61,24% respectivamente, 10,29% no número de entidades sem fins lucrativos e 2,52% no de pessoas físicas que prestam serviços assistenciais em saúde Estado do Maranhão.

Gráfico 51 – Série Histórica de Estabelecimentos de Saúde por Natureza Jurídica. Maranhão (2012-2018)



Fonte: TABWIN/CNES. Adaptado.

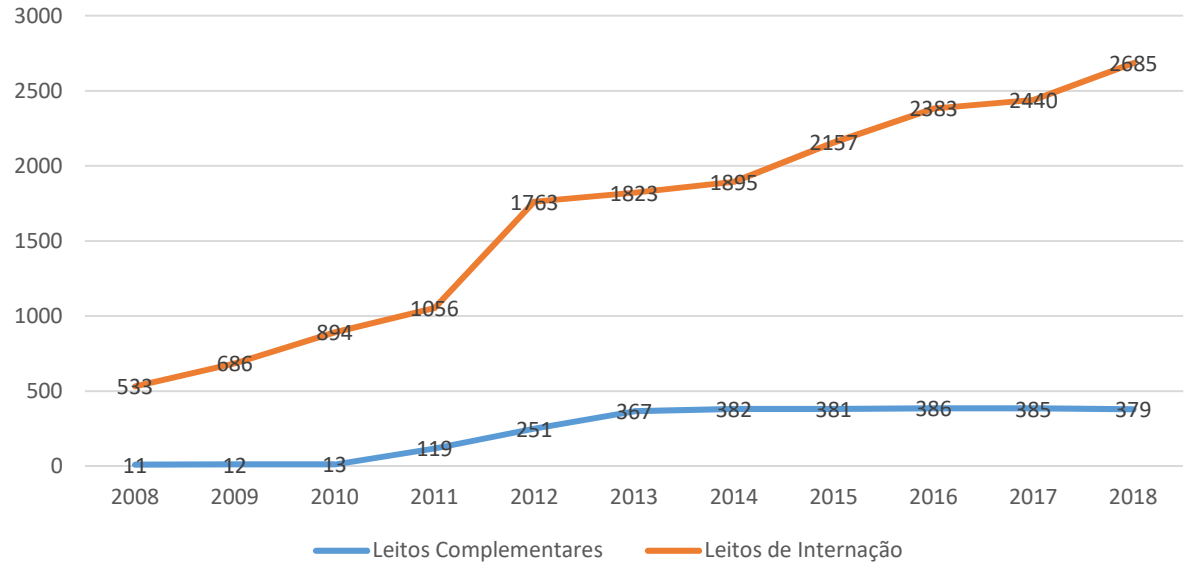
Outro indicador importante para demonstrar a estrutura do sistema de saúde disponível no estado, trata-se do número de leitos disponíveis nos estabelecimentos de saúde. Tomando como base os dados do CNES da competência de outubro de 2019, o Maranhão conta com um total de 14.938 leitos existentes nas redes de saúde pública e privada, destes 1.232 são leitos complementares, sendo que 86,27% dos leitos existentes atendem o SUS e 13,73% não são SUS. A tabela 16 apresenta o número de leitos SUS por especialidade distribuídos nas Região de Saúde e o gráfico 47 apresenta a série histórica nos últimos anos do número de leitos SUS, sob gestão estadual.

Tabela 16 – Número de Leitos SUS por Especialidade, segundo a Região de Saúde. (Maranhão- Out. /2019)

Região de Saúde	Leitos							Total
	Cirúrgico	Clínico	Complementar	Obstétrico	Pediátrico	Outras Especialidades	Hospital/ Dia	
Açailândia	98	104	05	103	86	7	-	403
Bacabal	121	148	12	70	62	-	-	413
Balsas	71	175	03	78	69	10	-	406
Barra do Corda	109	145	19	62	110	1	-	446
Caxias	136	188	46	80	114	5	-	569
Chapadinha	115	187	11	94	93	-	-	500
Codó	87	143	49	61	56	12	-	408
Imperatriz	256	430	148	157	178	21	1	1.191
Itapecuru Mirim	65	163	07	136	106	2	-	479
Pedreiras	80	179	-	95	99	4	-	457
Pinheiro	208	265	25	97	125	2	-	722
Presidente Dutra	162	200	12	111	90	4	-	579
Rosário	85	120	10	71	76	2	-	364
Santa Inês	171	226	30	96	126	14	-	663
São João dos	79	260	01	89	113	14	-	556
São Luís	826	833	352	368	356	653	137	3.525
Timon	39	115	02	42	51	-	-	249
Viana	84	137	02	104	89	13	-	429
Zé Doca	85	213	11	124	96	-	-	529
Total	2.877	4.231	745	2.038	2.095	764	138	12.888

Fonte: TABWIN, CNES, competência outubro 2019.

Gráfico 52 – Série Histórica do Número de Leitos SUS, sob Gestão Estadual. Maranhão (2008-2018)



Fonte: TABWIN, CNES. Adaptado.

No que se refere aos leitos complementares, o Maranhão dispõe de 1.232 leitos, dos quais 745 são vinculados ao SUS. A tabela 17 mostra que a maior parte desses leitos estão localizados na região de saúde de São Luís, com 352 leitos e na região de imperatriz com 148 leitos, na competência de outubro de 2019. Dentre os leitos complementares, disponíveis no SUS, 33,28% são leitos de UTI adulto Tipo II, 18,26% são unidade de isolamento e UTI Neonatal Tipo II, cada.

Tabela 17 – Distribuição dos Leitos Complementares SUS por Tipo, segundo a Região de Saúde (Maranhão-Out.2019)

Região de Saúde	Leitos Complementares											Total
	Unidade intermediária neonatal	Unidade isolamento	UTI adulto II	UTI adulto III	UTI pediátrica II	UTI pediátrica III	UTI neonatal II	Unidade de cuidados intermediário neonatal convencional	Unidade de cuidados intermediário neonatal canguru	Unidade de cuidados intermediário pediátrico	Unidade de cuidados intermediário adulto	
Açailândia	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Bacabal	-	4	-	-	-	-	-	-	-	8	-	12
Balsas	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Barra do Corda	4	7	-	-	-	-	-	-	-	-	8	19
Caxias	5	7	20	-	-	-	11	-	-	-	3	46
Chapadinha	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Codó	-	11	10	-	10	-	-	-	-	-	18	49
Imperatriz	-	20	52	-	13	-	40	17	6	-	-	148
Itapecuru Mirim	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Pinheiro	4	11	10	-	-	-	-	-	-	-	-	25
Presidente Dutra	-	2	10	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Rosário	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	6	10
Santa Inês	-	14	10	-	-	-	-	-	-	-	6	30
São João dos Patos	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
São Luís	-	14	136	25	10	10	81	39	22	-	15	352
Timon	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Viana	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Zé Doca	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Total	13	136	248	25	33	10	132	56	28	8	56	745

Fonte: TABWIN, CNES, competência outubro 2019.

- ✓ Rede de Sangue e Hemoderivados - HEMORREDE

O Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão – HEMOMAR é um dos hemocentros que compõem a rede nacional de sangue, componentes e derivados do país. Fundado em 22 de abril de 1982, pela Lei Estadual nº 4.066, o HEMOMAR é o órgão de referência no Maranhão, responsável por planejar, executar e coordenar a política estadual de sangue, seus componentes e derivados, assim como, coletar, processar e distribuir sangue, seus componentes e derivados, bem como pelo atendimento às pessoas com hemopatias, as doenças do sangue.

A principal meta na manutenção da Política Estadual de Sangue é de que a HEMORREDE possa continuar tendo as condições para atender 100% das necessidades de hemocomponentes dos leitos SUS no Estado e também da rede hospitalar privada; fornecer produtos e serviços de hematologia e hemoterapia de forma sustentável para a rede assistencial. O HEMOMAR tem, portanto, como suas duas principais atividades-fim:

- Ações hemoterápicas (captação, coleta, processamento e distribuição do sangue e seus componentes à rede hospitalar);
- Ações hematológicas (atendimento às pessoas que convivem com doenças do sangue);
- Consultas médicas em atenção especializada (hematológicas, clínica médica e pediátricas);
- Procedimentos destinados à obtenção de sangue, seus componentes e derivados (triagem de candidatos, coleta de bolsas de sangue e processamento do sangue);
- Atendimentos multidisciplinares em atenção especializada (serviço social, nutrição, fisioterapia, odontologia, ortopedia e psicologia);
- Exames laboratoriais (sorológicos, imunohematológicos, hematológicos e bioquímicos).

A Hemorrede Estadual sob responsabilidade do HEMOMAR possui 36 (trinta e seis) unidades hemoterápicas, visando ao atendimento da população nas diferentes Macrorregiões de Saúde do Maranhão, sendo 01 (um) Hemocentro

Coordenador, 10 (dez) Núcleos de Hemoterapia e 25 (vinte e cinco) Agências Transfusionais, conforme figura 3 a seguir.

Figura 17 – Distribuição das Unidades Hemoterápicas da Hemorrede, segundo a Macrorregião e a Região de Saúde (2019)



Nº DE ORDEM	UNID. HEMOTERÁPICAS	MACRO	MUNIC. ATEND.	REGIONAL
1	**HC SÃO LUÍS**	SÃO LUÍS		SÃO LUÍS
2	AT PAÇO DO LUMIAR	SÃO LUÍS		SÃO LUÍS
3	**NH DE CHAPADINHA**	SÃO LUÍS		CHAPADINHA
4	AT ARAIOSES	SÃO LUÍS	44	CHAPADINHA
5	AT ITAPECURU	SÃO LUÍS		ITAPECURU
6	AT VARGEM GRANDE	SÃO LUÍS		ITAPECURU
7	AT ROSÁRIO	SÃO LUÍS		ROSÁRIO
8	AT BARREIRINHAS	SÃO LUÍS		ROSÁRIO
9	AT AÇAILÂNDIA	IMPERATRIZ		AÇAILÂNDIA
10	AT ITINGA	IMPERATRIZ	23	AÇAILÂNDIA
11	**NH IMPERATRIZ**	IMPERATRIZ		IMPERATRIZ
12	AT PORTO FRANCO	IMPERATRIZ		IMPERATRIZ
13	**NH BACABAL**	COROATÁ		BACABAL
14	AT COROATÁ	COROATÁ		CODÓ
15	**NH CODÓ**	COROATÁ	30	CODÓ
16	**NH PEDREIRAS**	COROATÁ		PEDREIRAS
17	AT LAGO DA PEDRA	COROATÁ		PEDREIRAS
18	**NH BALSAS**	BALSAS		BALSAS
19	AT ALTO PARNAÍBA	BALSAS	14	BALSAS
20	AT CAROLINA	BALSAS		BALSAS
21	**NH PINHEIRO**	PINHEIRO		PINHEIRO
22	AT CURURUPU	PINHEIRO	28	PINHEIRO
23	AT VIANA	PINHEIRO		VIANA
24	AT PRES. DUTRA	PRES. DUTRA		PRES. DUTRA
25	AT BARRA DO CORDA	PRES. DUTRA		B. DO CORDA
26	**NH SÃO JOAO DOS PATOS**	PRES. DUTRA	37	S. J. PATOS
27	AT BARÃO DE GRAJAÚ	PRES. DUTRA		S. J. PATOS
28	AT COLINAS	PRES. DUTRA		S. J. PATOS
29	**NH CAXIAS**	CAXIAS		CAXIAS
30	AT COELHO NETO	CAXIAS	11	CAXIAS
31	AT TIMON	CAXIAS		TIMON
32	**NH SANTA INÊS**	SANTA INÊS		SANTA INÊS
33	AT SANTA LUZIA	SANTA INÊS		SANTA INÊS
34	AT ZÉ DOCA	SANTA INÊS	30	ZÉ DOCA
35	AT CARUTAPERA	SANTA INÊS		ZÉ DOCA
36	AT GOV. NUNES FREIRE	SANTA INÊS		ZÉ DOCA

Fonte: SAAS/SES-MA, 2019.

Dos Núcleos de Hemoterapia (NH) existentes no Estado, 07 (sete) deles estão funcionando integralmente, isto é, coletando e distribuindo sangue e seus componentes, (02) dois destes núcleos (Chapadinha e o de Bacabal), funcionam como Agências Transfusionais, ou seja, apenas distribuindo sangue. No caso da unidade de São João dos Patos, a mesma foi planejada para funcionar como Núcleo de Hemoterapia, e assim foi cadastrada, contudo, funciona como Agência Transfusional (AT)

No que concerne a estrutura e funcionamento das unidades da Hemorrede Estadual, observa-se um significativo aumento na demanda por sangue e hemocomponentes, em algumas regiões do interior do estado, conforme se poderá analisar na tabela 18, que segue:

Tabela 18 - Ranking da demanda por hemocomponentes em municípios do interior do Maranhão (2015-2018)

ORDEM	MUNICÍPIO	TIPO DE UNIDADE NO MUNICÍPIO	DEMANDA DE SANGUE/HEMOCOMPONENTES (Série Histórica)				TOTAL	MÉDIA
			2015	2016	2017	2018		
1	Imperatriz	NH	22.078	18.960	19.114	18.144	78.296	19.574
2	Balsas	NH	6.478	7.237	7.124	6.843	27.682	6.921
3	Pres. Dutra	AT	3.677	4.341	4.494	4.459	16.971	4.243
4	Sta. Inês	NH	3.005	2.976	5.496	5.479	16.956	4.239
5	Caxias	NH	3.347	3.108	3.685	4.412	14.552	3.638
6	Pedreiras	NH	2.554	2.703	3.051	3.408	11.716	2.929
7	Coroatá	AT	2.134	1.965	2.255	2.235	8.589	2.147
8	Pinheiro	NH	302	2.792	2.529	2.770	8.091	2.023
9	Codó	NH	1.718	1.357	1.164	1.348	5.587	1.397
10	Bacabal	AT	574	1.115	1.943	1.778	5.410	1.353
11	B. do Corda	AT	870	919	949	1.158	3.896	974
12	Barreirinhas	AT	509	747	1.086	929	3.271	818
13	Açailândia	AT	921	490	925	911	3.247	812
14	Itapecuru	AT	834	770	744	654	3.002	751
15	Peritoró	-	883	695	531	690	2.799	699
16	Chapadinha	AT	415	407	493	732	2.047	512

Fonte: Controle e Avaliação, SAAS/SES-MA.

Pelo quadro acima, as regiões que pedem maior atenção são as de Presidente Dutra e de Coroatá (em destaque), pois não existem Núcleos de Hemoterapia funcionando nestes municípios, nem em municípios próximos. O município de Presidente Dutra, com uma população atualmente estimada pelo IBGE em 47.804 habitantes, vem apresentando uma demanda que ultrapassa a de vários grandes municípios do Maranhão que já possuem Núcleos de Hemoterapia. Ou seja, com uma demanda média de 4.243 hemocomponentes/ano e, nos anos de 2017 e 2018, solicitando quase 4.500 hemocomponentes, já ultrapassa as demandas de Santa Inês (média de 4.239 hemocomponentes/ano), Caxias (média de 3.638 hemocomponentes/ano), Pedreiras (média de 2.929 hemocomponentes/ano), Pinheiro (média de 2.023 hemocomponentes/ano) e Codó (média de 1.397 hemocomponentes/ano), municípios que, como se disse, possuem Núcleos de Hemoterapia para fornecer-lhes sangue.

Pode-se constatar no quadro acima, só a região de Coroatá apresenta uma demanda maior que, por exemplo, de Pinheiro e Codó, com solicitação de 8.589

hemocomponentes, contra 8.091, de Pinheiro, e 5.587, de Codó, no mesmo período. Mais que isto, se levasse em conta, juntamente com as demandas por hemocomponentes de Bacabal (5.410 hemocomponentes) e de Coroatá (8.589 hemocomponentes), a demanda do município de Peritoró (2.299 hemocomponentes), que poderia ser abastecido por Bacabal, se chega a uma solicitação total, no período, de 16.798 componentes, e a uma média de 4.200 hemocomponentes/ano, ou seja, próxima da média de Presidente Dutra (4.500), colocando-se, portanto, esta situação como uma que também deve ser considerada, em termos de planejamento.

- ✓ Área de Hemoterapia

A área de Hemoterapia, tem por objetivo fazer com que haja estoque suficiente de sangue e seus componentes para colocar à disposição dos hospitais/população. Consiste na captação de candidatos à doação, a triagem dos candidatos, o fracionamento da bolsa de sangue e, sobretudo, a coleta de bolsas de sangue.

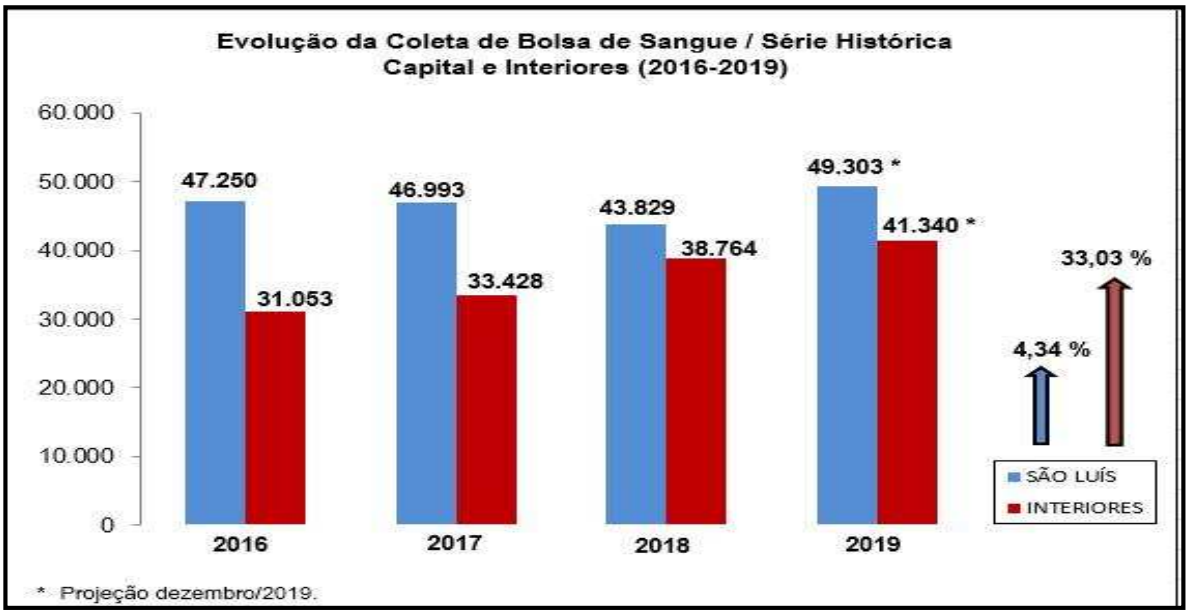
O Gráfico 48, demonstra a evolução das coletas de bolsas de sangue do Hemocentro Coordenador, em São Luís, onde observa-se queda, entre os anos 2016 e 2018. Embora a estimativa para o ano de 2019, mantidas as médias do ano, possa chegar à casa das 49.000 coletas, recuperando um pouco os níveis de crescimento.

No ano de 2017, as coletas do Hemocentro Coordenador poderiam ter sido menores, o que não ocorreu somente porque as coletas externas totalizaram 6.274 bolsas. E ainda que, no ano de 2018, quando ocorreu uma queda acentuada nas coletas externas, houve, igualmente, queda das coletas do Hemocentro Coordenador. Assim, os níveis de coleta de bolsas através das ações da coleta externa ainda são essenciais para a evolução das coletas do Hemocentro Coordenador e, ao mesmo tempo, impactam no resultado geral das ações de coletas de bolsa de sangue da Hemorrede Estadual como um todo.

Desta forma, considerando a evolução das coletas e bolsas de sangue do Hemocentro Coordenador, em São Luís, comparada com a evolução deste mesmo indicador nos Núcleos de Hemoterapia dos interiores, constata-se que será necessário melhorar os patamares de crescimento das coletas de bolsa de sangue, para os próximos anos, do Hemocentro Coordenador, cujo crescimento, no quadriênio, vai ficar na casa dos 4,34%, se mantida a estimativa para 2019, enquanto

que as unidades do interior, no seu conjunto, irão representar crescimento na casa de 33,03%, no mesmo período. Uma diferença significativa, conforme pode ser visto no gráfico 53 que segue.

Gráfico 53 - Evolução das coletas de bolsa de sangue capital x interiores, Maranhão (2016-2019)



Fonte: Controle e Avaliação, SAAS/SES-MA.

Por outro lado, dentre os 7 (sete) Núcleos de Hemoterapia que coletam sangue no interior do Estado, 5 (cinco) deles apresentaram tendência de crescimento, exceção feita aos núcleos de Codó e Balsas, cujos quantitativos de coletas de bolsas de sangue, ao longo do período, oscilaram bastante. Dentre os que apresentaram tendência de crescimento, merecem destaque o Núcleo de Hemoterapia de Santa Inês, com crescimento na casa dos 129%, e o de Pinheiro, com crescimento de 53,03%, no período.

Porém, sem dúvida, para efetivamente projetar avanços no âmbito da hemoterapia, se faz necessário avaliar, de imediato, a capacidade instalada e os percentuais de aproveitamento da mesma nas unidades que coletam sangue, conforme constante na tabela 19, abaixo.

Tabela 19 - Capacidade instalada dos Núcleos de Hemoterapia da Hemorrede Estadual, Maranhão 2019.

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA MACRORREGIÃO DE SÃO LUÍS	NÚMERO DE CADEIRAS	TIPO DE SERVIÇO	COLETAS DE 2018	CAPACIDADE OPERACIONAL	% CAP OPERAC. / COLETA
HEMOCENTRO COORDENADOR DE SÃO LUÍS	15	HC	43.829	71.280	**61,49**
NÚCLEO DE HEMOTERAPIA DE IMPERATRIZ	4	NH	14.610	19.008	**76,86**
NÚCLEO DE HEMOTERAPIA DE BALSAS	2	NH	7.154	9.504	**75,27**
NÚCLEO DE HEMOTERAPIA DE CAXIAS	3	NH	3.280	14.256	**23,01**
NÚCLEO DE HEMOTERAPIA DE SANTA INÊS	3	NH	5.507	14.256	**38,63**
NÚCLEO DE HEMOTERAPIA DE PEDREIRAS	2	NH	3.828	9.504	**40,28**
NÚCLEO DE HEMOTERAPIA DE PINHEIRO	3	NH	2.998	14.256	**21,03**
NÚCLEO DE HEMOTERAPIA DE CODÓ	2	NH	1.387	9.504	**14,59**
TOTAIS	**34**	-	**82.593**	**95.040**	**86,90**

Fonte: Controle e Avaliação, SAAS/SES-MA.

[1] Base de cálculo: nº de cadeiras x 6 horas x 3 coletas x 22 dias x 12 meses.

[2] No HC de São Luís não foram incluídas no cálculo as cadeiras da unidade móvel (Coleta Externa), porque esta envolve uma dinâmica diferente na ação hemoterapia.

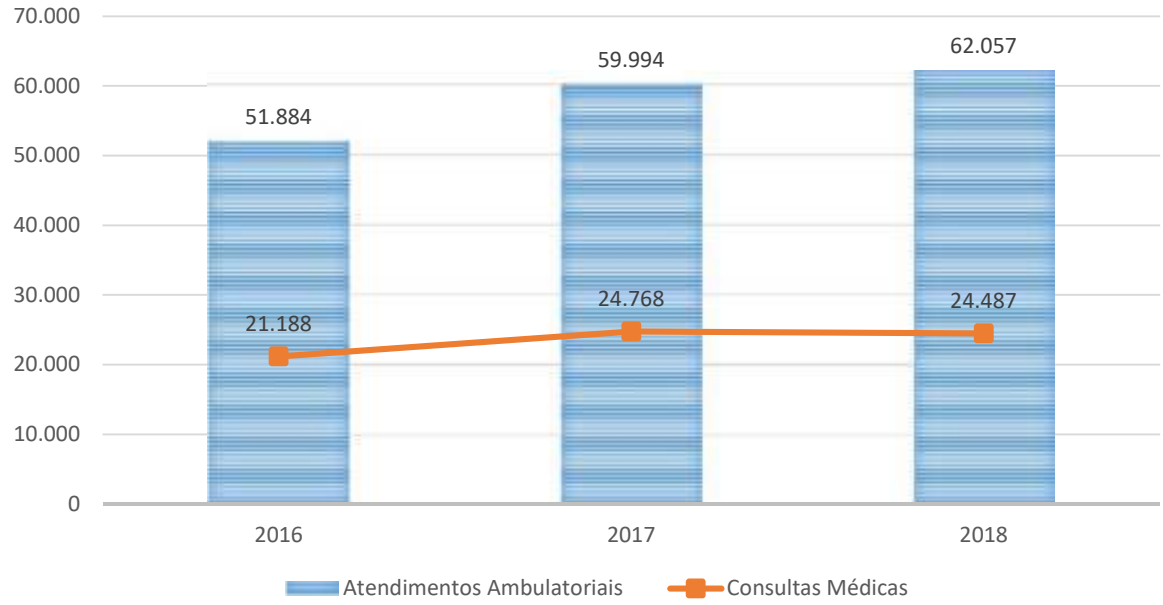
Além do Hemocentro Coordenador, a quase totalidade dos Núcleos de Hemoterapia está com um bom nível de aproveitamento da sua capacidade instalada ou apresentaram boa evolução, ao longo do período de referência. No primeiro caso, tem-se Imperatriz e Balsas. Imperatriz porque, embora tenha crescido apenas 8,13%, em relação ao PES (2016-2019), se encontra, mesmo assim, na casa dos 76,86% de aproveitamento de sua capacidade instalada.

Quanto a Balsas, além de chegar muito próximo aos patamares de Imperatriz, ou seja, 75,27% de aproveitamento, a unidade apresentou, no período de referência, aumento da ordem de 142,10%, posto que no PES (2016-2019), o aproveitamento de sua capacidade operacional tinha sido de 31,09%. Por sua vez, as duas unidades que demandam mais atenção neste quesito são as de Caxias, Pinheiro e Codó com capacidade operacional por coleta de 23,01%, 21,03% e 14,59%.

As ações Hematológicas dizem respeito ao atendimento a pessoas com doenças hematológicas e são realizadas, essencialmente, no setor de Ambulatório do Hemocentro Coordenador, em São Luís. Nesta área, dois aspectos se mantêm e são cruciais no que concerne ao planejamento, visando ao avanço da área. O primeiro é a constatação de que os quantitativos de atendimentos realizados pelo Ambulatório do órgão seguem crescendo de forma acentuada, conforme pode ser visto no Gráfico 49, abaixo.

Como é fácil de observar, a partir do gráfico, num período de somente três anos, foram 10.173 atendimentos a mais, representando um aumento de 19,61%, em relação ao ano de 2016. No que concerne às consultas médicas, ao longo do período de referência, pode se constatar que apresentaram razoável crescimento, mais exatamente, 2.299 consultas a mais, o que equivale a aumento de 10,36%, de acordo com o Gráfico 54. Quanto ao segundo aspecto, ele está diretamente relacionado a este aumento, ou seja, a necessidade de concluir a reforma e ampliação do Ambulatório do órgão, que é fundamental para dar resposta a este aumento da demanda que já vem de vários anos.

Gráfico 54 - Número de Atendimentos e Consultas Médicas – Ambulatório do HEMOMAR, Maranhão (2016-2018).



Fonte: Controle e Avaliação, SAAS/SES-MA.

Assim, tomando como ponto de partida estes dois aspectos, é necessário ter em vista que o estabelecimento das prioridades e metas quantitativas do HEMOMAR, na Área de Hematologia, está vinculado mais diretamente a alguns indicadores específicos, são eles as ações de consultas médicas e um determinado conjunto de atendimentos multidisciplinares que envolvem as ações de serviço social, nutrição, fisioterapia, ortopedia, odontologia e psicologia.

Tabela 20 - Atendimentos Multidisciplinares no HEMOMAR, 2016-2018

ATENDIMENTOS	2016	2017	2018	TOTAL
Serviço Social	6.250	7.039	7.092	20.381
Nutrição	709	1.051	1.096	2.856
Odontologia	4.425	2.116	5.511	12.052
Ortopedia	39	81	-	120
Psicologia	192	222	193	607
TOTAL	11.615	10.509	13.892	36.016

Fonte: Controle e Avaliação, SAAS/SES-MA.

✓ Central Estadual de Transplantes – CET/MA

A Central Estadual de Transplantes – CET, anteriormente denominada Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Maranhão - CNCDO/MA, é o órgão responsável por coordenar todas as atividades inerentes ao processo doação-transplante no Maranhão, tendo também como escopo o desenvolvimento de ações educativas junto aos profissionais da Saúde e ações de sensibilização junto à sociedade civil em geral com foco na área de doação e transplante



A educação continuada tem por objetivo promover capacitação técnica entre as diversas categorias de profissionais atuantes na assistência a pacientes críticos, com vistas a aperfeiçoar a detecção de potenciais doadores, o diagnóstico de morte encefálica e o manejo clínico adequado desses pacientes.

Nesse sentido, vimos apresentar os principais destaques da CET/MA do período 2015 a 2019:

- Aumento de 139% do número de doadores córneas de órgãos no Estado;
- Ações educativas em Doação e Transplante junto aos Hospitais Notificantes;
- Campanha estadual de doação de órgãos com 34 ações de sensibilização
- Parceria com a Companhia Vale do Rio Doce através da SES/MA;

- Fortalecimento das CIHDOTTs – Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante;
- Manutenção da tendência crescente no número de transplantes de córneas;
- Iniciadas as captações multiorgânicas e os transplantes de fígado

Os dados apresentados no quadro resumo, mostra que o número de doadores efetivos foi menor, pois houve altas taxas de recusa familiar à doação, taxas elevadas de perda de potenciais doadores por parada cardíaca antes de finalização do protocolo de morte encefálica e/ou devido a não-validações deste paciente para a doação por motivos diversos (sepse não controlada, neoplasias, doenças virais, presença no doador de tatuagens ou piercing recentes, etc.). Com esses resultados, depreende-se que há necessidade de capacitar as equipes assistenciais das UTIs e/ou setores onde se encontram pacientes neurocríticos para o manejo clínico adequado desses pacientes.

Tabela 21 - Indicadores da Central Estadual de Transplantes, Maranhão, 2016 a 2019

AÇAO	2015	2016	2017	2018	2019
N° NOTIFICAÇÕES (POTENCIAL DOADOR)	137	146	136	108	109
ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO	75	51	47	45	32
TAXA DE RECUSA FAMILIAR	73%	63%	64%	69%	65%
DOADOR EFETIVO (iniciou cirurgia de explante)	18	16	14	14	10
Nº Transplantes de Rim: Total Doador Vivo Doador Falecido	61 06 55	33 6 27	47 12 35	31 7 24	25 8 17
Nº de Transplantes de Fígado	0	0	0	3	2
Nº de Transplantes de Córneas	144	178	246	273	200
Nº de Transplantes de Tecidos Ósseos	0	1	1	6	2

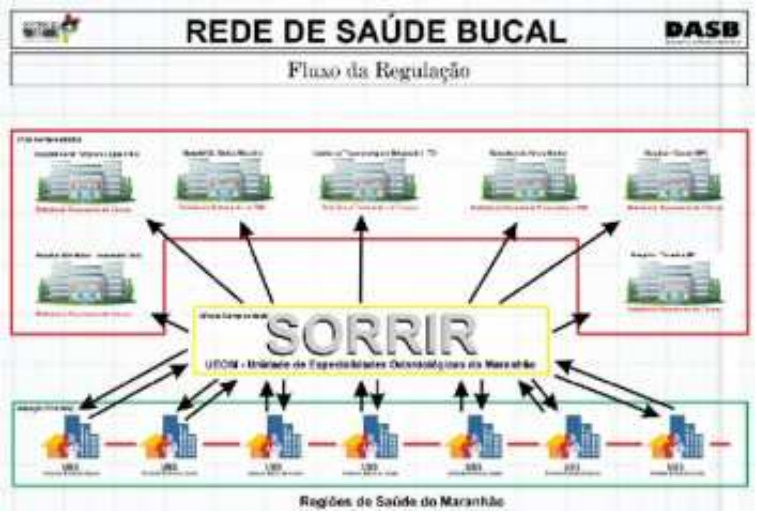
Fonte: CET/MA, 2019

- ✓ Unidade de Especialidades Odontológicas – SORRIR

A Unidade de Especialidades Odontológicas do Maranhão - SORRIR, inaugurado pelo Governador Flávio Dino no dia 28 de fevereiro de 2018, localizado em São Luís - MA, de Gestão Estadual, é o maior Centro de Atenção à Saúde Bucal da Região Nordeste. Com estrutura composta por 17 consultórios odontológicos, equipamentos de última geração, sala de radiologia odontológica contendo Raio - x periapical e aparelho de radiografia panorâmico totalmente digitais, além de um Laboratório Estadual de Prótese Dentária de Gestão Estadual. Corpo clínico e recursos humanos totalizando 87 profissionais.



O SORRIR possui capacidade para atender a mil pacientes por semana, desde 2018 foram realizados mais de 337 mil procedimentos, incluindo prioritariamente serviço de diagnóstico precoce de câncer bucal, atendimento ambulatorial a pacientes portadores de necessidades especiais, além de ofertar atendimento nas especialidades de dentística, cirurgia buco maxilo facial, endodontia, periodontia, prótese, odontopediatria e ortodontia. Realiza também serviços odontológicos voltados para clínica geral e demandas de urgência referenciado e espontâneo. O Sorrir proporcionou reorganizar e definir o Fluxo da Rede de Atenção à Saúde Bucal Especializada do Estado do Maranhão, focando principalmente nos usuários com câncer de lábio e cavidade oral além de pacientes com necessidades especiais. No nível de atenção terciária foi realizado qualificação da alta complexidade, através da estruturação da regulação da Rede de Atenção à Saúde Bucal do estado com



definição dos hospitais que servem para atendimento de referência em câncer bucal, pacientes especiais que necessitam de atendimento em nível de centro cirúrgico, além da definição de laboratório Estadual que auxiliam no diagnóstico e confirmação histopatológica de lesões bucais.

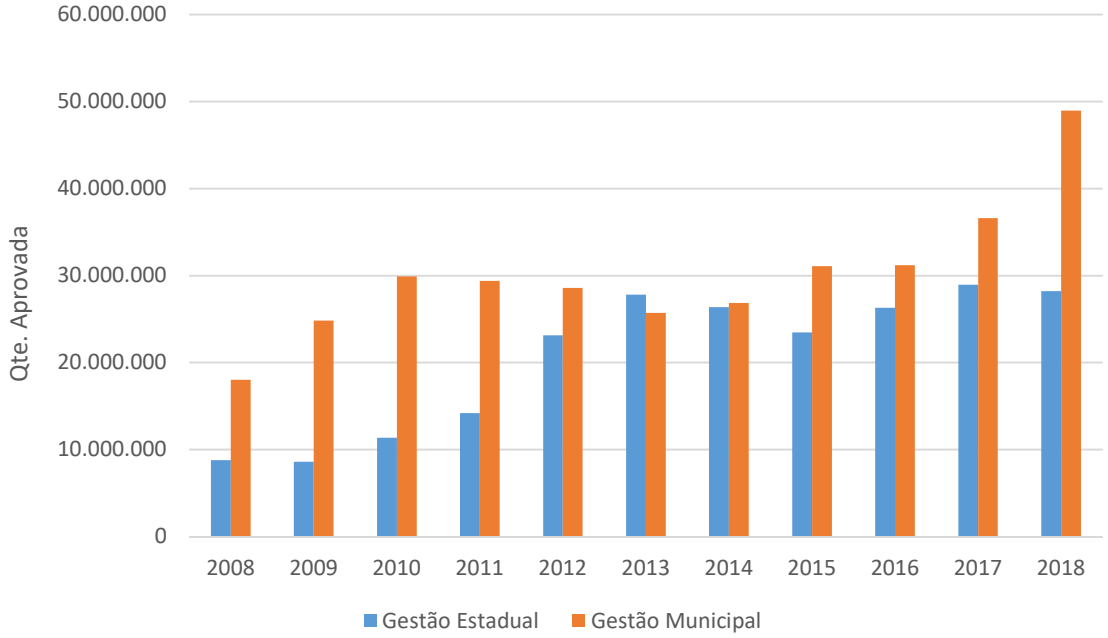
- ✓ Produção Ambulatorial e Hospitalar

Toda essa rede assistencial de saúde do estado, gera produção de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade nos mais diversos serviços de saúde, sendo que o Estado do Maranhão no ano de 2018 apresentou uma produção total de 28.369.132, sob gestão estadual e 49.290,028 sob gestão municipal, representando em torno de 2,60% de teto MAC do Brasil (SISMAC, 2018). Essa produção refere-se apenas aquelas que geraram valores aprovados disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA/SIH/SUS).

A seguir apresenta-se a série histórica da produção da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade nos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual e municipal no período de 2008 a 2018, sendo que o gráfico 50 representa os procedimentos ambulatoriais e o gráfico 51 representa os procedimentos hospitalares.

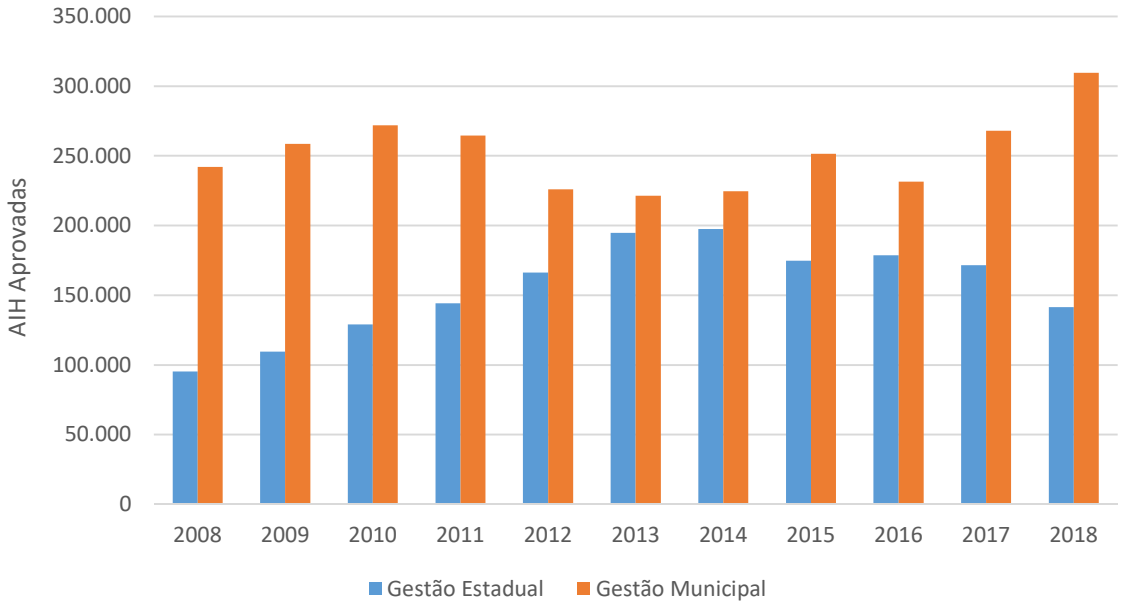
Observa-se nos gráficos que a partir de 2014 houve uma elevação na produção ambulatorial e hospitalar a nível municipal devido ao processo de municipalização de estabelecimentos de saúde que anteriormente estavam sob gestão estadual. Essa mudança ocorrida no perfil de gestão, justifica a redução na produção hospitalar sob gestão estadual em detrimento de estabelecimentos que passaram para gestão municipal (Gráfico 51), apesar de que nos últimos anos o Estado ampliou a sua rede própria hospitalar, o crescimento da produção não foi proporcional a perda ocorrida com a mudança de gestão.

Gráfico 55 – Produção Ambulatorial de Média e Alta Complexidade, por Ano de Atendimento, nos Estabelecimentos de Saúde, sob Gestão Estadual e Municipal. (Maranhão, 2008-2018).



Fonte: SIA/MS (2019). Adaptado.

Gráfico 56 – Produção Hospitalar de Média e Alta Complexidade, por Ano de Atendimento, nos Estabelecimentos de Saúde, sob Gestão Estadual e Municipal. (Maranhão, 2008-2018).



Fonte: SIA/MS (2019). Adaptado.

Tabela 22 – Produção Ambulatorial, Quantidade Aprovada por Ano de Atendimento, segundo o Grupo de Procedimento, sob Gestão Estadual, Estado do Maranhão, 2008-2018.

Grupo de Procedimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013	2015	2016	2017	2018
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	16.008	9.894	6.325	18.746	94.101	90.435	119.376	92.649	94.610	120.857	157.299
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.606.215	2.034.603	3.577.176	4.131.887	5.774.571	6.850.719	7.278.554	7.065.132	7.841.231	7.708.172	7.848.932
03 Procedimentos clínicos	1.102.976	1.186.532	1.595.509	2.948.939	10.327.313	13.477.783	12.974.416	12.102.195	13.676.217	14.501.133	13.360.560
04 Procedimentos cirúrgicos	34.225	26.471	93.780	75.550	135.125	213.009	195.619	147.216	137.926	129.178	104.327
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	610	2.050	780	1.283	1.053	896	1.125	1.961	2.431	1.891	1.085
06 Medicamentos	6.043.312	5.320.920	5.781.111	6.555.796	6.289.256	6.684.399	5.365.617	3.790.208	4.220.822	6.334.328	6.622.006
07 Órteses, próteses e materiais especiais	7.324	2.663	6.911	10.075	3.117	3.060	4.359	5.800	7.466	5.414	5.081
08 Ações complementares da atenção à saúde	-	16.475	293.085	465.653	522.998	482.905	447.854	255.986	323.872	172.695	128.319
Total	8.810.670	8.599.608	11.354.677	14.207.929	23.147.534	27.803.206	26.386.920	23.461.147	26.304.575	28.973.668	28.227.609

Fonte: SIA/MS.

Tabela 23 – Produção Hospitalar, AIH Aprovada por Ano de Atendimento, segundo o Grupo de Procedimento, sob Gestão Estadual, Estado do Maranhão, 2008-2018.

Grupo procedimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	3	-	2	2	28	11	37	83	139	151	240
03 Procedimentos clínicos	83.682	99.022	116.214	129.384	137.550	157.981	157.290	133.840	129.505	112.402	76.217
04 Procedimentos cirúrgicos	11.589	10.496	12.780	14.782	28.616	36.783	40.158	40.923	48.990	58.957	65.065
05 Transplantes de órgãos, tecidos e células	-	-	-	-	2	2	16	19	2	2	1
Total	95.274	109.518	128.996	144.168	166.196	194.777	197.501	174.865	178.636	171.512	141.523

Fonte: SIH/MS

3.3.1.2. Atenção Primária

No Estado do Maranhão, a Política Estadual de Atenção Primária em Saúde é executada por meio da Superintendência de Atenção Primária em Saúde, vinculada à Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde, no que diz respeito as ações de apoio na atenção à saúde da família, saúde bucal, saúde mental, saúde da criança e adolescente, saúde materno e infantil, saúde do adulto e idoso, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da população em situações de vulnerabilidade, saúde na população remanescente de quilombolas, saúde indígena, segurança alimentar e nutricional, práticas integrativas complementares, educação em saúde, além de ações de saúde a população através de equipes de atenção primária e de atenção as pessoas privadas de liberdade.

A tabela 24, apresenta os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, referente ao ano de 2019, quanto ao número de equipes de saúde por Região de Saúde no Estado do Maranhão, que compõe toda a rede de serviços de Atenção Primária em Saúde.

Tabela n° 24 – Equipes de Saúde, por Tipo e Região de Saúde, Estado do Maranhão (out.2019)

Tipo da Equipe	Região de Saúde																		
	Açailândia	Bacabal	Balsas	Barra do Corda	Caxias	Chapadinha	Codó	Imperatriz	Itapecuru Mirim	Pedreiras	Pinheiro	Presidente Dutra	Rosário	Santa Inês	São João dos Patos	São Luís	Timon	Viana	Zé Doca
EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA	36	27	22	20	25	54	36	60	45	18	39	27	28	52	25	84	2	57	20
ESF COM SAUDE BUCAL - M I	41	80	60	42	79	70	66	109	92	84	98	95	86	85	78	115	90	49	89
ESF COM SAUDE BUCAL - M II	1	-	-	-	-	4	3	1	-	5	-	-	9	-	-	-	-	-	2
EQUIPE DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE	9	1	1	11	2	4	7	20	3	-	7	-	-	17	3	14	-	3	2
NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA-NASF MODALIDADE 1	5	9	6	9	14	13	8	19	15	11	16	11	12	13	10	20	10	10	12
NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA-NASF MODALIDADE 2	1	2	4	-	2	2	-	3	1	2	1	5	2	1	3	-	-	-	5
EQ MULTIDISC AT BASICA SAUDE INDIGENA	1	-	-	3	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EQ AGENTES COMUNITÁRIOS COM SAUDE BUCAL - MI	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	5
ESF RIBEIRINHA COM SAUDE BUCAL MI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENCAO DOMICILIAR	1	-	-	1	-	-	2	2	-	-	1	-	-	-	-	5	-	-	-
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE APOIO	1	-	-	1	-	-	2	3	-	-	-	1	-	-	-	3	-	-	-
ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA TIPO IV	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ESF TIPO IV COM SAUDE BUCAL MODALIDADE I	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ESF TRANSITORIA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EQUIPE DOS CONSULTORIOS NA RUA MODALIDADE III	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA-NASF MODALIDADE 3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	3	-	-	1	-
EQ ATENCAO BASICA PRISIONAL TIPO I	-	-	-	2	-	-	-	-	4	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
EQ ATENCAO BASICA PRISIONAL TIPO I C SAUDE MENTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-
EQ ATENCAO BASICA PRISIONAL TIPO II	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
EQ ATENCAO BASICA PRISIONAL TIPO II C SAUDE MENTAL	-	1	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
ATENCAO BASICA PRISIONAL TIPO III	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ATENCAO DOMICILIAR TIPO 2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
EQUIPE DE CUIDADOS DOMICILIARES	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EAP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-
Total	96	120	98	89	122	148	125	225	165	124	165	141	139	168	124	248	102	120	135

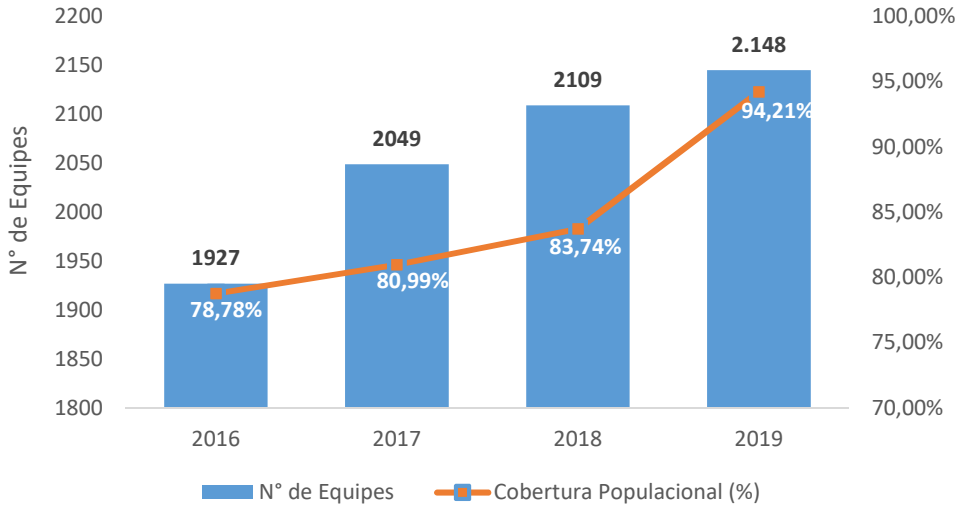
Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

- ✓ Equipes Saúde da Família

No Estado do Maranhão observa-se ao longo do período 2016-2019 um crescimento exponencial na cobertura populacional de atenção básica, saindo de 78,78% em 2016 para 94,21% em 2019 (gráfico 52). Ao analisarmos o crescimento do número de equipes de saúde da família, é possível perceber o aumento contínuo ao longo dos anos, saindo de 1.927 equipes em 2016 para 2.148 equipes em 2019. Esse crescimento se dá devido ao aumento na disponibilização orçamentaria necessária ao credenciamento de equipes disponibilizado nos últimos anos pelo Ministério da Saúde - MS. Com a publicação da portaria 1.710/2019 a qual

desburocratiza o processo de credenciamento de equipes, esse número tem tendência a aumentar, porém ainda dependendo da disponibilização orçamentária do MS.

Gráfico 57 – Número de Equipes de Estratégica Saúde da Família e Cobertura Populacional de Atenção Básica, Estado do Maranhão, 2016-Out.2019.



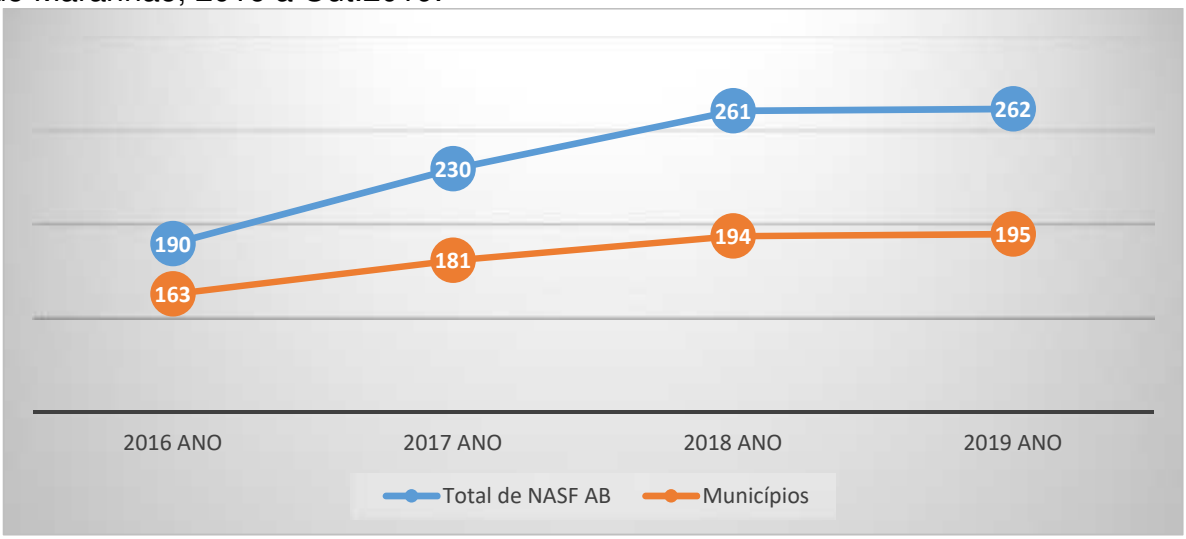
Fonte: Secretaria de Atenção Primária/MS, 2019. Adaptado.

✓ Núcleo de Apoio à Saúde da Família

No Estado do Maranhão houve uma ampliação no número de municípios que possuem este tipo de equipe de Atenção Básica; passando de 163 equipes em 2016 para 195 em 2019, representando um crescimento de 32 municípios (crescimento de 19,6%). No que se refere ao total de equipes, também é observado aumento de 72 equipes NASF no mesmo período no Estado (190 equipes em 2016, para 262 equipes em 2019), totalizando 37,9%, com prevalência para equipes do tipo 1.

O cenário atual do Maranhão apresenta Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF AB, distribuídos em 195 municípios (89,9%), contemplando todas as regiões de saúde.

Gráfico 58 – Evolução do número de Núcleos Ampliados de Saúde da Família, Estado do Maranhão, 2016 a Out.2019.



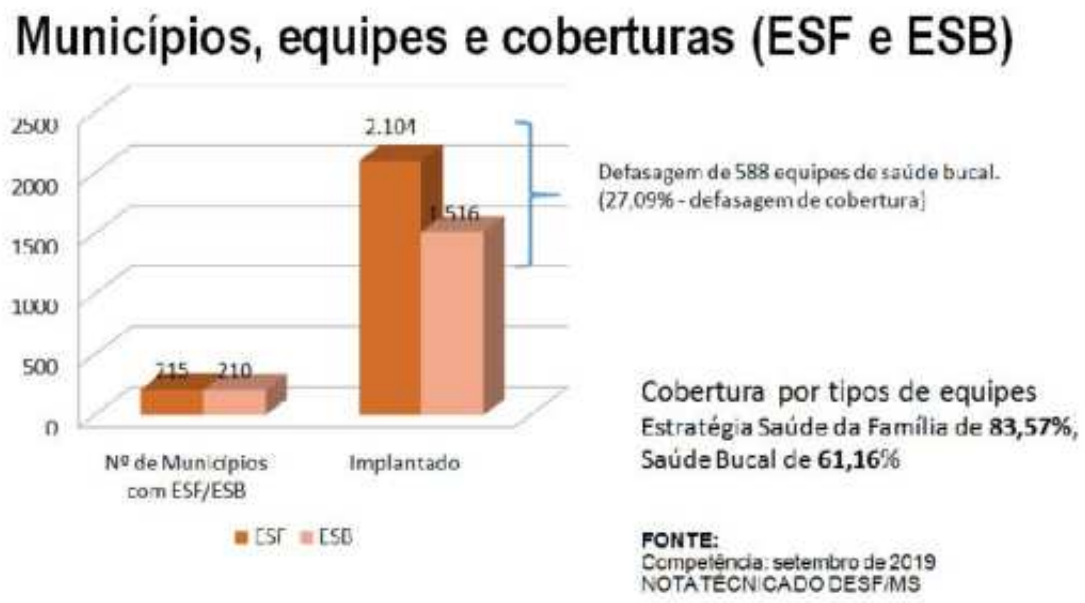
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – CNES, Adaptado.

No que se refere ao tipo de equipes NASF AB, verificamos que a modalidade de NASF que mais o aumento destas equipes nos municípios maranhenses permite a ampliação do acesso à diferentes profissionais de saúde tais como: Psicólogos; Assistentes Sociais; Fisioterapeutas; Terapeutas Ocupacionais; Fonoaudiólogos; Nutricionais; Educadores Físicos, entre outros. Desta forma a população pode obter o acesso a diferentes profissionais de saúde em seus municípios e evitar deslocamentos necessários para locais mais distantes.

- ✓ Equipes de Saúde Bucal

Durante anos no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. A odontologia foi incorporada à Estratégia Saúde da Família no ano de 2000 e efetivamente implantada a partir de 2001, ou seja, sete anos após o início das ações da Saúde Família. Tal fato ainda hoje é percebido como deletério para as ações da saúde bucal, pois promoveu uma diferença significativa entre as coberturas de Saúde da Família e Saúde Bucal e ainda impeliu a saúde bucal a dificuldades de inserção na ideia da multidisciplinaridade, tão defendida pela estratégia, que tem como objetivo primordial à reorientação do modelo de atenção à saúde.

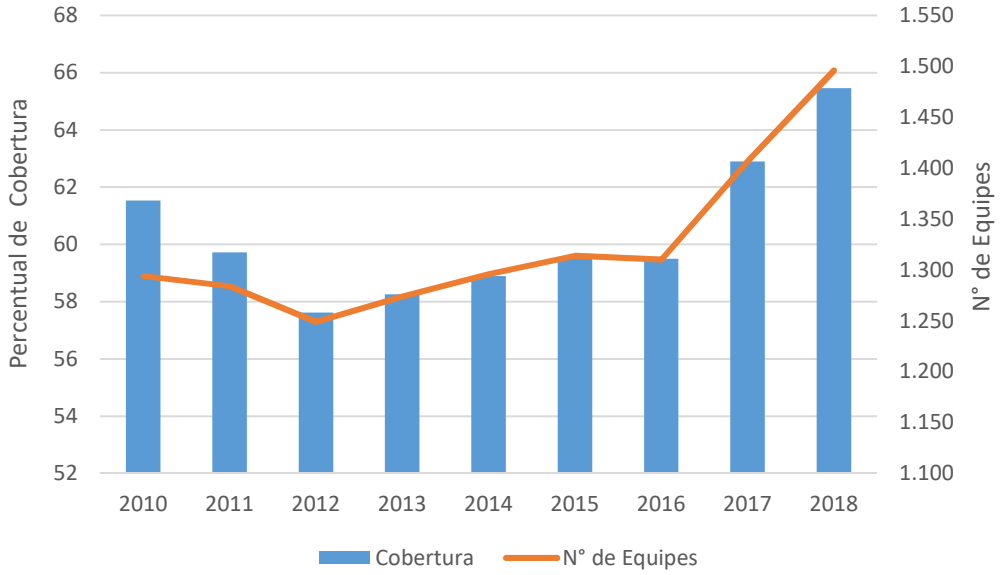
Gráfico 59 – Cobertura das Equipes de Saúde Bucal, Estado do Maranhão, set. /2019.



No Estado do Maranhão o número de equipes de Saúde Bucal representava 1.310 no ano de 2016 e no ano de 2019 alcançaram 1.516 equipes, representando 61,16% conforme gráfico 59.

O Departamento de Atenção à Saúde Bucal além de priorizar a organização e reorganização da Atenção Primária, através do apoio institucional às Equipes de Saúde Bucal (ESB) pertencentes à Estratégia Saúde da Família, também trabalhou na reorganização, regulação e definição do fluxo da Rede de Atenção à Saúde Bucal, principalmente em relação às temáticas de Câncer Bucal e Pacientes com Necessidades Especiais, através da definição dos protocolos e das unidades de referência, tendo também dedicado atenção especial à rede de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), e CEO (Centro de Especialidades odontológicas) com objetivo de fortalecer das ações de proteção da média complexidade em saúde bucal, fomentando nos mesmos sempre a necessidade de serem resolutivos às demandas da população maranhense.

Gráfico 60 – Cobertura de Equipes de Saúde Bucal, Maranhão, 2010-2018.



Fonte: Departamento de Saúde Bucal/MS

A garantia do acesso da população a serviços odontológicos é medida pelo indicador de cobertura populacional estimada de equipes. Diante da análise do gráfico, a partir de 2010 até 2018, houve um crescimento no número de equipes de saúde bucal cadastradas no Ministério da saúde no estado do Maranhão, levando assim, a melhoria de oferta de saúde bucal a população dos municípios que aderiram ao programa.

Através do Componente Móvel da atenção à Saúde Bucal, o Maranhão foi contemplado pelo Ministério da Saúde com 40 Unidades Móvel Odontológicas, distribuídas pelo governador Flávio Dino no ano de 2015 aos municípios de Alcântara, Amarante do Maranhão, Arame, Bacurituba, Brejo, Cajari, Centro Novo do Maranhão, Primeira Cruz, Santa Filomena, São Félix de Balsas, São Luís Gonzaga do Maranhão, Fernando Falcão, Formosa da Serra Negra, Governador Newton Bello, Humberto Campo, Icatu, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras, Marajá do Sena, Santa Luzia ,Santana do Maranhão, São Francisco do Maranhão, Peritoró, Feira Nova do Maranhão, Cajapió, Buriti, São João do Soter, São Vicente de Ferrer, Santo Amaro do Maranhão, Presidente Sarney, Peri Mirim, Pedro do Rosário, Paulino Neves, Palmeirândia, Morros, Monção e Milagre do Maranhão. Objetivando ofertar serviços odontológicos para as populações de locais que apresentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, localizados predominantemente nas áreas rurais

de grande extensão e que tinham aderiram a Política Brasil sem Miséria no ano de 2015.

- ✓ Equipes de Saúde Prisional

Com objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) prevê que os serviços de saúde no sistema prisional passem a ser um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde do SUS, qualificando também a Atenção Primária no âmbito prisional como porta de entrada do sistema das ações e serviços de saúde. Conforme tabela 8, em no Estado do Maranhão são 22 Equipes de Saúde Prisional. Sob gestão estadual, são 6 equipes, sendo distribuídas em 3 Equipes de Atenção Prisional, 2 Equipes de Atenção Básica Prisional Tipo II e 1 Equipe Atenção Prisional de Saúde Mental.

- ✓ Equipes da Força Estadual de Saúde

A Força Estadual de Saúde foi instituída pelo Decreto nº 30.616, de 02 de janeiro de 2015, o qual foi alterado por meio do Decreto 31.891, de 21 de Junho de 2016 , idealizada para executar medidas de apoio institucional, assistência e combate a situações de risco epidemiológico e operacionalmente, a partir de uma lógica tático-sanitária fundamentada na parametrização assistencial como foco na redução de mortalidade materna e infantil, diminuição do número de internações e complicações por Doenças Crônicas: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, aumento da vigilância e detecção dos casos de Hanseníase e presta apoio assistencial a saúde das populações indígenas e grupos com maior vulnerabilidade, nos 30 municípios de menor IDH do Estado com o objetivo de melhorar indicadores de saúde.



A FESMA é formada por um conjunto de 30 equipes compostas por 01 médico, 02 enfermeiros e uma equipe multidisciplinar responsável pelo apoio matricial dos municípios, nas seguintes categorias: Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Cirurgião Dentista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

O trabalho pressupõe integração compartilhada por meio da equipe FESMA, profissionais da Estratégia Saúde da Família, Gestão Municipal e Gestão Estadual numa construção conjunta de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações a serem realizadas coletivamente de forma a atender às prioridades dos focos da FESMA.

No período de 2015 a 2019, a FESMA realizou cerca de 800 mil atendimentos em sua primeira etapa de execução. Ressalta-se que, em agosto de 2018, iniciou-se o campo de atuação, com a inclusão do município de São Luís, onde atuaram 19 equipes, em áreas não cobertas por equipes da Estratégia de Saúde – ESF, visando disponibilizar assistência às populações de 15 bairros. Hoje o município conta com 5 equipes da FESMA atuando em 13 Bairros da capital.

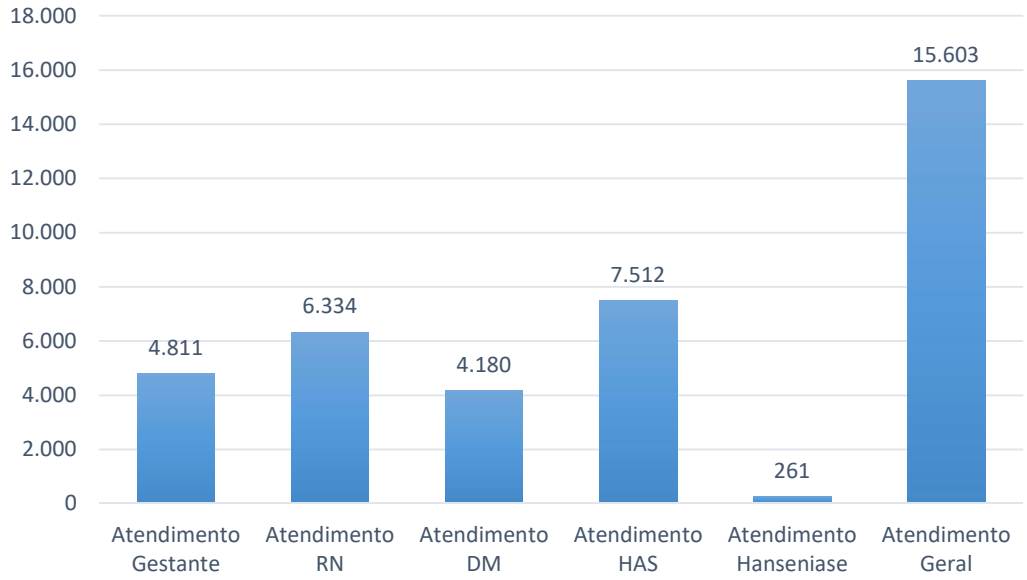
Em abril de 2019, incluiu-se mais um município, além da capital do estado, o de Imperatriz, com atuação de 03 equipes. Respeitando-se as peculiaridades do município de forma que as ações foram realizadas em áreas sem coberturas dos serviços, da Estratégia de Saúde da Família - ESF, com foco central de atuação na redução da mortalidade materna e infantil, empregando a mesma metodologia, utilizada pela Força, na primeira etapa do Plano Mais IDH.

O panorama atual encontra – se com 05 equipes, atuando em São Luís, 03 equipes em Imperatriz, e 07 equipes estão nos 30 municípios de menor IDH-MA, realizando o trabalho em escalas quinzenais para 03 municípios.

- ✓ Resultados Alcançados pela Força Estadual de Saúde

Nos municípios de menor IDH onde há atuação da FESMA, em São Luís e Imperatriz foi realizado um total de 38.628 atendimentos no período de janeiro a setembro de 2019, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Gráfico 61 – Demonstrativo de atendimentos prestados pelos profissionais FESMA, por linha de cuidado, janeiro a setembro de 2019.



Fonte: SES/SAPAPVS

✓ Apoio Institucional aos Municípios de Menor IDH

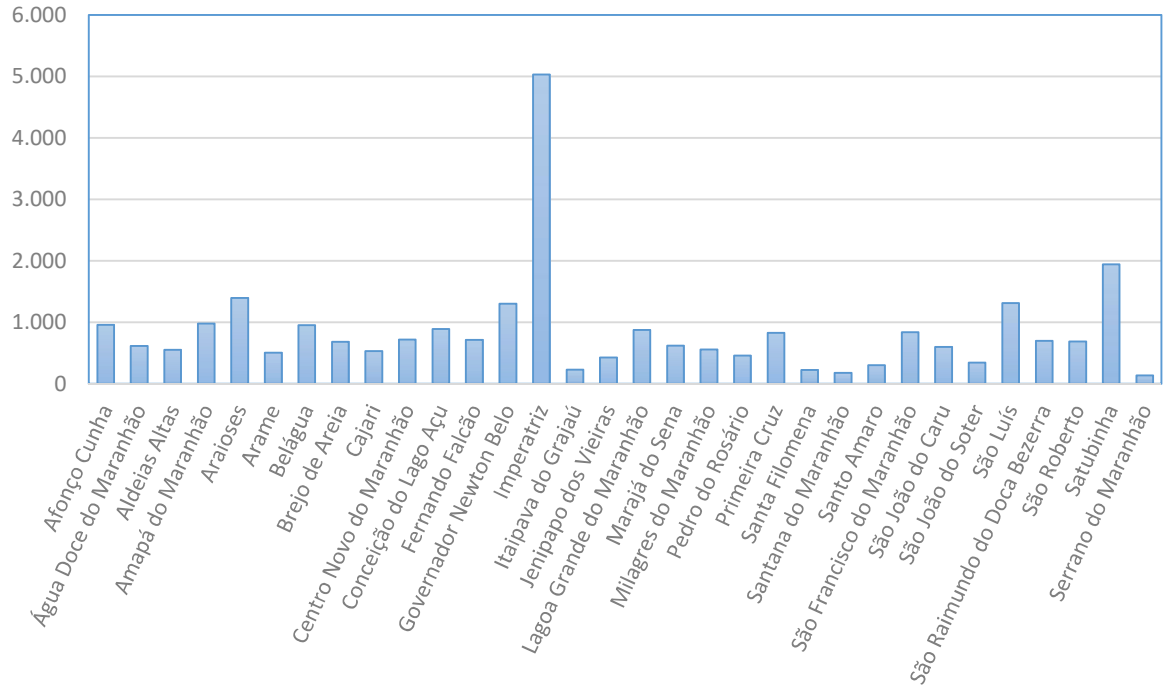
As ações de apoio institucional nos 30 Municípios de Menor IDH foram padronizadas com a criação e implantação do Selo de Qualidade da Força Estadual de Saúde do Maranhão no ano de 2019. Desta maneira a gestão de saúde municipal pôde trabalhar com os profissionais da FESMA ações que contribuem com o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde e colaboram diretamente com a diminuição das mortalidades maternas infantis e fetais.

O apoio a gestão, por meio da ferramenta adotada, causará efeitos positivos no alcance de metas específicas, a exemplo, indicadores do Programa de qualificação das ações de vigilância em saúde – PQA-VS. O programa em questão disponibiliza recursos financeiros para os municípios que concluem com êxito suas ações e alcançam as metas pactuadas, dentro dos 30 Municípios de Menor IDH-MA. Em 2018, identificamos cidades que deixaram de receber o recurso devido ao não alcance das metas.

Outros serviços que serão fortalecidos por meio das ações específicas do Selo de Qualidade, entre eles: as investigações de óbitos maternos, infantis e fetais,

a promoção da saúde, Educação Permanente, o Programa Farmácia Viva, Melhoria do Pré-Natal e Puericultura e Indicadores Específicos de Mortalidade Materna e Infantil, Vacinação, Avaliação de contatos dos pacientes com Hanseníase e quantitativo de cadastros dos do Sistema E-SUS AB.

Gráfico 62 - Total de atendimentos efetuados nos Municípios cobertos ela FESMA – Jan.-Set/2019.



Fonte: SES/SAPAPVS

✓ Modelo de atuação da FESMA 2020-2023

Considerando que a Força Estadual de Saúde é uma estratégia para melhoria de indicadores de saúde no estado do Maranhão e que o mesmo faz parte de um plano maior, o Mais IDH, que foi pensado para ser aplicado dentro de um período determinado de tempo, o modelo de distribuição de profissionais FESMA nos interiores do Estado passará por modificações almejando a otimização das ações para o alcance das metas estipuladas para o ano de 2020.

A FESMA será distribuída taticamente por Regiões de Saúde conforme demonstrado no quadro 9 onde haverá atuação no período de 2020 a 2023. Dessa maneira, os profissionais que no programa atuam, farão apoio institucional aos vários

municípios da região, realizando monitoramento de indicadores e planejamento de estratégias a nível regional considerando as especificidades e singularidades de cada local, buscando abranger uma maior área assistida, melhorando os indicadores por regiões de saúde.

Os principais indicadores a serem trabalhados serão os de Mortalidade Materna, Mortalidade Infantil e Fetal e a diminuição da taxa de prevalência de Hanseníase do Estado do Maranhão. A assistência à saúde será trabalhada com base na mesma linha dos indicadores, os públicos prioritários serão: Gestantes, crianças menores de um ano de idade e pacientes suspeitos e já diagnosticados com Hanseníase.

O apoio a gestão será fundamentado com a continuidade das ações do Selo de Qualidade da Força Estadual de Saúde, o qual será priorizado nos 30 municípios de Menor IDH, além de como mencionado, a melhoria dos indicadores acima citados.

Quadro 6 - Região de Saúde, Municípios e suas respectivas populações onde haverá atuação da FESMA no período de 2020 a 2023.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
ITAPECURU	BELÁGUA	7.350
	ITAPECURU	68.203
IMPERATRIZ	IMPERATRIZ	253.873
METROPOLITANA	SÃO LUÍS	1.082.935
	RIBAMAR	176.008
PEDREIRAS	LAGOA GRANDE DO MARANHÃO	11.202
	SÃO RAIMUNDO DO DOCA BEZERRA	5.082
	SÃO ROBERTO	6.620
PINHEIRO	PEDRO DO ROSÁRIO	24.748
	SERRANO DO MARANHÃO	10.953
PRESIDENTE DUTRA	SANTA FILOMENA	7.063
ROSÁRIO	PRIMEIRA CRUZ	15.065
	SANTO AMARO	15.623
SANTA INÊS	GOVERNADOR NEWTON BELO	9.965
	SÃO JOÃO DO CARU	15.483
	SATUBINHA	13.727
	SANTA INES	83.759
	SANTA LUZIA	71.329
TIMON	SÃO FRANCISCO DO MARANHÃO	11.971
	TIMON	166.295
VIANA	VIANA	51.503
	CAJARI	19.030
AÇAILANDIA	AÇAILANDIA	110.543
BARRA DO CORDA	BARRA DO CORDA	86.662
	ARAME	32.083
	ITAIPAVA DO GRAJAÚ	15.817
	JENIPAPO DOS VIEIRAS	16.226
	FERNANDO FALCÃO	10.204
	GRAJAÚ	68.458
BACABAL	BREJO DE AREIA	10.444
	CONCEIÇÃO DO LAGO AÇÚ	15.995
	MARAJÁ DO SENA	7.630
	BACABAL	103.02
CAXIAS	AFONSO CUNHA	6.421
	ALDEIAS ALTAS	26.115
	SÃO JOÃO DO SÓTER	18.225
	CAXIAS	161.926
CHAPADINHA	ÁGUA DOCE DO MARANHÃO	12.360
	ARAIOSES	45.680
	MILAGRES DO MARANHÃO	8.306
	SANTANA DO MARANHÃO	13.199
	CHAPADINHA	78.348
CODÓ	CODÓ	120.548
	COROATÁ	64.123
ZÉ DOCA	AMAPÁ DO MARANHÃO	6.844
	CENTRO NOVO DO MARANHÃO	21.300
	ZÉ DOCA	50.806

Fonte: SAPAPVS/SES-MA

- ✓ Farmácia Viva

A Medicina Complementar é uma prática crescente no Brasil, que em 2006 instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-PNPICS com o objetivo de institucionalizar práticas integrativas e complementares no cuidado à saúde, que já vinham sendo utilizadas na Atenção Primária em Saúde- APS. Essa política recomenda a implantação e implementação de Práticas Integrativas e Complementares - PIC nas ações e serviços do SUS, com o objetivo de garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde, com ênfase na APS, para proporcionar o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, contribuindo com o aumento da resolutividade do sistema, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social no uso.

Entre as práticas integrativas e complementares utilizadas no âmbito do SUS, destaca-se a Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Fitoterapia e Crenoterapia. No eixo da fitoterapia é comprovado que a utilização de plantas medicinais na APS possui alta efetividade terapêutica, uma vez que valoriza a práticas populares, apresentando um custo baixo e alta segurança, além de boa aceitação por parte da população e fortalecendo a relação dos profissionais de saúde com os usuários do SUS.

A Farmácia Viva, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010, é um projeto que envolve desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos e surgiu pela necessidade de ampliação da oferta de fitoterápicos e de plantas medicinais que atenda à demanda e às necessidades locais, respeitando a legislação pertinente às necessidades do SUS.

A Farmácia Viva/APS do tipo I desenvolve as atividades de cultivo, a partir da instalação de hortas de plantas medicinais em unidades de farmácias vivas comunitárias e/ou unidades do SUS, tornando acessível à população assistida a planta medicinal in natura e a orientação sobre a correta preparação e uso dos remédios caseiros.

Dessa forma, uma vez que o Estado do Maranhão tem uma ampla biodiversidade no que diz respeito às espécies de plantas medicinais e visando

atender a população usuária do SUS e valorizar sua cultura, seus conhecimentos e as características locais de seu território, surgiu a necessidade de implantação da Farmácia Viva, disponibilizando plantas medicinais in natura de forma complementar ao cuidado à saúde. Além disso, há necessidade de fortalecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS/Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS como uma forma de ampliar o escopo de ações do SUS para a garantia da integralidade da assistência.

O Projeto Farmácia Viva foi instituído no Estado por meio da Portaria/SES/MA n. º 564, de 24 de agosto de 2017 e posteriormente foi realizada capacitação com os profissionais da Atenção Primária dos municípios que fizeram a adesão ao projeto e finalmente a construção de hortos de plantas medicinais para dispensação in natura dessas plantas para a comunidade, após orientação pelo profissional capacitado.

A Farmácia Viva foi implantada em 51 municípios, localizados em 19 Regiões de Saúde do Maranhão. Foram realizadas capacitações dos profissionais da APS sobre as plantas medicinais, suas indicações, orientações quanto ao uso correto dessas plantas medicinais, o empoderamento da comunidade a cerca desse uso correto, bem como a sensibilização da gestão acerca da importância da manutenção da Farmácia Viva nos municípios.

Além disso, foram construídos hortos com plantas medicinais nos municípios. Essa construção foi feita de forma coletiva entre gestão municipal e comunidade. Ressalta-se que os hortos são espaços onde cultiva-se plantas utilizadas no tratamento e prevenção de doenças e onde a comunidade resgata seus conhecimentos culturais acerca do uso de plantas medicinais associados a uma orientação profissional.



A implantação da Farmácia Viva na APS propõe a articulação das equipes de Estratégia Saúde de Família com a comunidade, contribuindo para a construção de um SUS popular e integral, correlacionando o saber tradicional e o científico, cada vez mais respaldado e evidenciado. Além disso,

demonstrou, a importância de investimentos nas PICS e a importância de sua inclusão dos profissionais da APS no incentivo e orientação quanto ao uso de plantas medicinais.

- ✓ Planificação da Atenção Básica

O Projeto Planificação da Atenção à Saúde no Estado do Maranhão teve início em setembro de 2015 com a Região de Saúde de Caxias. Em 2016 foi o projeto foi implantando na Região de Saúde de Timon. No ano seguinte, 2017, foi a vez da Região de Balsas. Em 2019, o projeto avançou para Região de Saúde de São João dos Patos. O início da planificação da região de Saúde de Barra do Corda está previsto para 2020.



A adesão ao projeto considerou a necessidade de redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil. Para tal, a organização de processos de trabalho, assim como, a interlocução entre os pontos de atenção especializada e atenção primária em saúde têm sido desafios enfrentados ao longo desses anos.

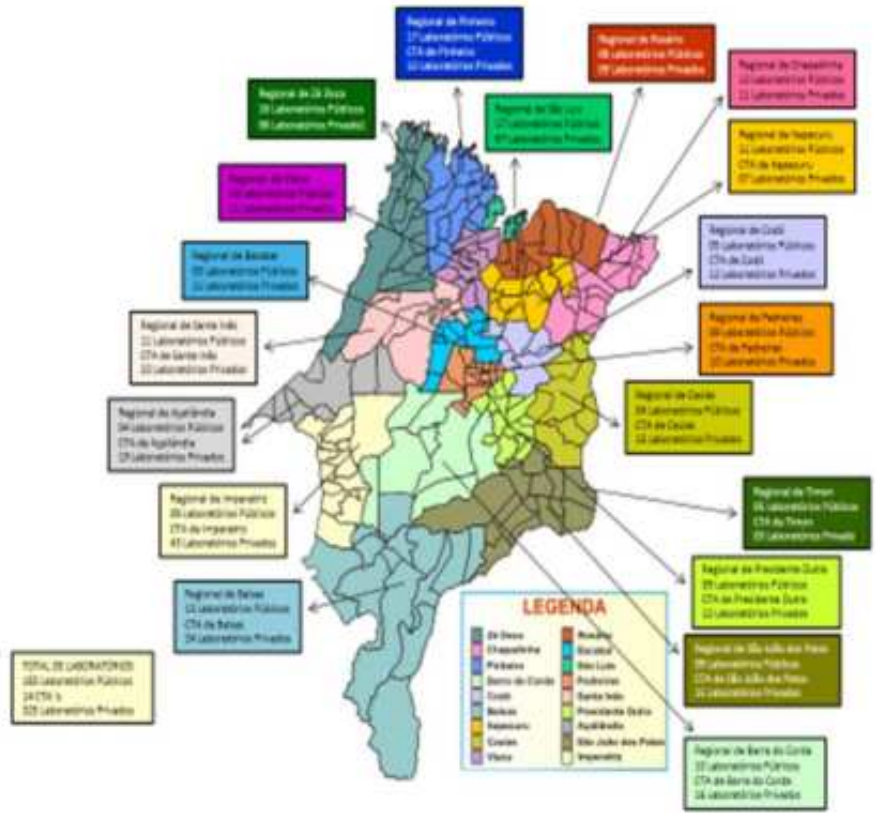
Atualmente, o projeto avança para toda a macro leste do Estado, e soma números como 4.950 profissionais capacitados, 03 Ambulatórios Especializados em Atenção Materno e Infantil de alto risco implantados, e um em implantação. Além disso, a formação em serviço nas unidades de saúde é uma constante, fato que proporciona qualidade de atendimento à população e consequente melhoria tanto em indicadores de processo, quanto em indicadores de resultado.

3.3.1.3. Vigilância em Saúde

- ✓ Laboratório de Saúde Pública – LACEN/MA

O Laboratório Central de Saúde Pública do Maranhão – LACEN-MA constitui-se como órgão responsável por: diagnósticos de média e alta complexidade prestando serviços para atendimento de agravos de interesse em Saúde Pública e ocorrência de surtos, executando também exames de Patologia Clínica, para fins de complementação diagnóstica; e, como Coordenador Técnico da Rede Estadual de Laboratórios Públicos e Privados de acordo com a portaria nº 2.031/GM, de 23 de setembro de 2004, regido por este Regimento Interno, obedecendo aos princípios, normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como missão promover a capacitação, supervisão e monitoramento de laboratórios de todo o Estado, para a assistência da população nas ações de Saúde Pública e, desse modo, contribuir na redução de morbimortalidade decorrente de agravos esporádicos e/ou surtos.

Figura 18 – Rede de Laboratórios do Estado do Maranhão.



No período ocorrido de 2015 a 2018, a descentralização dos serviços oferecidos pelo LACEN-MA tornou-se prioridade da gestão, diante da extensão territorial do nosso estado e da localização geográfica do LACEN. Assim como, pela

dificuldade de acesso dos pacientes oriundos dos diversos munícipios do Estado do Maranhão. Logo em 2015, para que fosse dado o início ao projeto “descentralização do LACEN-MA”, foi realizado um levantamento da Rede de Laboratório do Estado a partir de supervisões realizadas, informações junto ao Conselho Regional de Farmácia do Estado e Secretaria Estadual de Saúde.

Após as informações obtidas a Rede de Laboratórios do Maranhão apresentou-se composta por:

a) 183 laboratórios Públicos;
b) 325 laboratórios Privados; e,
c) 14 Centros de Testagem Anônima, distribuídos nas 18 Unidades Regionais de Saúde do Estado e Região Metropolitana.

Este levantamento tornou possível a visibilidade de algumas dificuldades apresentadas e enfrentadas pelo LACEN-MA, relacionada à rede de laboratórios, tais como:

a) Cobertura estadual de laboratórios públicos (71%), no atendimento à demanda;
b) Capacidade limitada dos laboratórios para realizarem procedimentos em saúde pública e de atuarem em rede na identificação e confirmação de agravos de notificação;
c) Dificuldades para os laboratórios cumprirem as determinações do Ministério da Saúde;
d) Deficiência no envio de informações sobre detecção e controle dos agravos;
e) Deficiência de tecnologia para envio e recebimento de informações em tempo real;
f) Dificuldade (de acesso) no atendimento a algumas regiões pela extensão territorial do estado e localização geográfica do LACEN-MA;
g) Dificuldades na descentralização dos exames para a rede municipal;
h) Observância por parte dos gestores municipais na obrigatoriedade de prover a população dos serviços laboratoriais para diagnóstico e monitoramento de agravos em saúde pública;

i) Rotatividade de recursos humanos capacitados pelo LACEN-MA para atuação junto aos municípios;

Diante destas dificuldades apresentadas, consolida-se a necessidade do Projeto Descentralização do LACEN-MA com o cronograma de todas as fases, para as 18 URS dentro da estrutura física existente, com servidores estaduais, sob a gestão do LACEN-MA, para realizar os seguintes procedimentos:

a) Análise de Água para Consumo Humano;
b) Diagnóstico das Hepatites;
c) Leptospirose;
d) Toxoplasmose;
e) Citomegalovírus;
f) Leishmaniose Visceral Canina e Humana;
g) Doença de Chagas;
h) Malária, e as doenças exantemáticas (Dengue, Rubéola e Sarampo);
i) Recebimento de amostras (lâminas) para a realização do exame Citopatológico do Colo do Útero;
j) Coleta de amostra para os exames quantitativos de Carga Viral para HIV e Hepatite C;
k) Contagem de Linfócitos TCD4/TCD8 estes dois últimos visando diminuir o desconforto dos pacientes em longas viagens para a realização da coleta somente no LACEN-MA, além das despesas ocorridas por meio do tratamento fora do domicílio (TFD).

Paralelo ao Plano de Descentralização do LACEN-MA com foco junto aos Laboratórios Regionais, continuou-se o processo de descentralização de procedimentos laboratoriais importantes para a Vigilância Epidemiológica nas suas ações de controle dos agravos que levam a surtos e no diagnóstico de doença reemergentes como hanseníase e tuberculose.

Com o programa Mais IDH lançado pelo Governo Estadual, o LACEN-MA por meio dos seus técnicos implantou 30 laboratórios municipais para diagnóstico de hanseníase e tuberculose utilizando a estrutura existente, equipando e capacitando seus servidores e em alguns como Arame e Amarante, por atender a população

indígena foi implantado a cultura para Mycobacterium tuberculosis, exame de média complexidade, ficando esses dois municípios do estado como referência para essa população.

Na estrutura física do LACEN-MA foram realizadas adequações físicas em atendimento as normas da Vigilância Sanitária, aquisição de alguns equipamentos para implantação do Laboratório de Raiva, aquisição dos equipamentos de refrigeração (refrigeradores e freezers) apropriados para laboratório, instalação Cabines de Segurança Biológica e de Exaustão dos setores de Bromatologia e Microbiologia, garantindo dessa forma a segurança dos servidores, implementação da ouvidoria com o aumento de servidores.

- ✓ Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária é definida § 1º do Art. 6º da Lei nº 8.080/90 como 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: I - 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 II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.



É a estrutura da Secretaria de Estado da Saúde destinada à proteção e promoção da saúde, impedindo que a saúde humana seja exposta a riscos ou, em última instância, combatendo as causas dos efeitos nocivos que lhe forem gerados, em razão de alguma distorção sanitária na produção e na circulação de bens ou na prestação de serviços de interesse à saúde.

A Superintendência de Vigilância Sanitária - SUVISA atua no gerenciamento de riscos com o objetivo de garantir a segurança sanitária de produtos e serviços de saúde. Em serviços de saúde, qualidade e risco são indissociáveis. Por

isto, atuamos na vigilância de produtos e processos de trabalho, promovendo o uso racional de tecnologias e estimulando a melhoria da qualidade em serviços de saúde.

O Departamento de Serviços de Saúde coordena e avalia através das inspeções os serviços de saúde e serviços de interesse saúde no Estado; elabora normas de procedimentos para os serviços; articula-se com órgãos e setores em todos os níveis para garantir o efetivo cumprimento da legislação sanitária; desenvolve estudos, investigações, pesquisa e treinamento no âmbito das atividades de vigilância em serviços de saúde; controla e avalia riscos e adventos adversos pertinentes à prestação dos serviços; além desses, atende solicitações do Ministério Público e da Ouvidoria do SUS.

O Departamento está ligado ao Superintendente e conta para execução de suas ações com sete núcleos, sendo estes: Núcleo Estadual de Prevenção e Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (NEPCIRAS), Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESP), Odontologia, Radiação Ionizante, Resíduos de Serviços de Saúde, Monitoramento e Qualidade da Água dos Estabelecimento Assistenciais de Saúde (EAS), Hemoterapia e Núcleo de Laboratório. Ao todo são vinte e um técnicos capacitados para as atividades dos núcleos e dois técnicos administrativos, além do chefe do departamento.

As tabelas a seguir apresentam os números de serviços, inspeções e monitoramento realizados pelos Núcleos no período de 2016-2019:

Tabela 25 – Número de serviços/Inspeções realizadas pelos Núcleos do Departamento de Serviços de Saúde da Superintendência da Vigilância Sanitária (SUVISA), 2016-2019.

Núcleos	2016	2017	2018	2019
N° de inspeções realizadas pelo Núcleo CCIH	243	274	265	183
N° de serviços realizados pelo Núcleo de Segurança do Paciente	46	89	126	144
N° de inspeções realizadas pelo Núcleo de Odontologia	335	412	221	108
N° de inspeções realizadas pelo Núcleo de Radiações Ionizantes	263	271	299	154
N° de inspeções realizadas pelo Núcleo de Terapia Renal Substitutiva	11	7	18	6
N° de inspeções realizadas pelo Núcleo de Resíduos de Serviços de Saúde	322	316	345	226
N° de monitoramento da Água pelo Núcleo de Qualidade da Água	356	369	182	93
N° de inspeções pelo Núcleo de Hemoterapia e Banco de Células e Tecidos	20	37	44	23
N° de inspeções realizadas pelo Núcleo de Laboratório	160	185	107	66

Fonte: SUVISA/SAPAPVS-SES/MA.

A tabela 26 mostra que os maiores números de inspeções estão nas regiões de Imperatriz e São Luís, em decorrência do número de serviços com a complexidade de interesse da SUVISA. Mesmo com a descentralização das ações desses serviços para a COVISA em São Luís, o Ministério Público ainda solicita o apoio da Superintendência, isso pode justificar esses números na Região de Saúde de São Luís.

Tabela 26 – Número de inspeções realizadas pelo Departamento de Serviços de Saúde, segundo as Regiões de Saúde, Estado do Maranhão, 2016 A 2018

Regiões de Saúde	2016		2017		2018		2019	
	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada	%	Alcançada Até setem	%
AÇAILÂNDIA	60	3,96	88	5,24	86	5,65	25	3,06
BACABAL	80	5,28	54	3,22	81	5,32	32	3,91
BARRA DO CORDA	33	2,18	78	4,65	15	0,98	72	8,80
BALSAS	74	4,89	77	4,59	55	3,61	27	3,30
CAXIAS	44	2,91	91	5,42	77	5,06	58	7,09
CHAPADINHA	62	4,10	131	7,80	25	1,64	89	10,88
CODÓ	116	7,66	68	4,05	104	6,83	36	4,40
IMPERATRIZ	237	15,65	228	13,58	211	13,85	75	9,17
ITAPECURU	29	1,92	81	4,82	38	2,50	14	1,71
PEDREIRAS	87	5,75	47	2,80	108	7,09	41	5,01
PINHEIRO	130	8,59	101	6,02	27	1,77	10	1,22
PRESIDENTE DUTRA	108	7,13	87	5,18	38	2,50	39	4,77
ROSÁRIO	39	2,58	67	3,99	31	2,04	20	2,44
SANTA INÊS	65	4,29	88	5,24	55	3,61	29	3,55
SÃO JOÃO DOS PATOS	39	2,58	85	5,06	115	7,55	14	1,71
SÃO LUÍS	263	17,37	166	9,89	331	21,73	145	17,73
VIANA	19	1,25	39	2,32	20	1,31	28	3,42
TIMON	26	1,72	66	3,93	89	5,84	41	5,01
ZÉ DOCA	3	0,20	37	2,20	17	1,12	23	2,81
TOTAL	1.514	100	1.679	100	1.503	100	789	100

Fonte: SUVISA/SAPAPVS-SES/MA.

Por sua vez, o Departamento de Produtos (DEPROD) ligado à SUVISA, possui uma equipe multiprofissional, dividida em 05 (cinco) núcleos de atuação, a saber: Núcleo de Alimentos, Núcleo de Cosméticos e Saneantes, Núcleo de Medicamentos, Núcleo de Produtos e Núcleo de Produtos para a Saúde.

- ✓ Principais atividades de Inspeção/Licenciamento Sanitário do DEPROD:
  - Licença Inicial para Emissão do Alvará Sanitário.
  - Inspeção para Renovação do Alvará Sanitário.
  - Apuração de Denúncias de fontes diversas.
- ✓ Principais atividades desenvolvidas pelo DEPROD:
  - Demandas Espontâneas do Setor Regulado, da área de atuação do DEPROD;

- Demandas Judiciais;
- Demandas da Ouvidoria (SES, SUVISA e ANVISA);
- Demandas do Ministério Público;
- Emissão, Renovação de Alvará Sanitário e Fiscalização de Farmácias e Drogarias que dispensam Medicamentos da Portaria 344/98;
- Emissão, Renovação de Alvará Sanitário e Fiscalização de Distribuidoras de Medicamentos, Alimentos, Cosméticos, Produtos para a Saúde e Saneantes;
- Emissão, Renovação de Alvará Sanitário e Fiscalização de Indústrias de Alimentos, Cosméticos, Produtos para a Saúde e Saneantes;
- Emissão, Renovação de Alvará Sanitário e Fiscalização de Farmácias Básicas Municipais (inclusive as que dispensam Talidomida),
- Emissão, Renovação de Alvará Sanitário e Fiscalização de Farmácias dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Emissão, Renovação de Alvará Sanitário e Fiscalização das Centrais de Abastecimento Farmacêuticas Municipais e do Estado (CAFs);
- Emissão, Renovação de Alvará Sanitário e Fiscalização de Farmácias Hospitalares;
- Emissão, Renovação de Alvará Sanitário e Fiscalização das Farmácias de Manipulação.
- Fiscalização das Unidades de Alimentação e Nutrição Hospitalares (UANs).

Tabela 27 – Desempenho das Atividades realizadas pelos Núcleos do Departamento de Produtos da SUVISA, 2016-Out.2019.

ESTABELECIMENTO	2016	2017	2018	*2019
Inspecionar Distribuidoras de Medicamentos	54	59	33	44
Inspecionar Farmácias de Manipulação	22	17	19	19
Inspecionar Farmácias e Drogarias que dispensam Medicamentos da Portaria 344/98	191	219	374	203
Inspecionar Farmácia Básica	83	123	106	27
Inspecionar Farmácia Hospitalar	103	168	118	82
Indústrias de Alimentos	50	37	37	30
Inspecionar Distribuidoras de Alimentos	21	13	12	10
Inspecionar Indústrias de Cosméticos	6	10	2	0
Inspecionar Distribuidoras de Cosméticos	3	0	1	0
Inspecionar Indústrias de Saneantes	8	9	10	7
Inspecionar Distribuidoras de Saneantes	5	8	4	20
Expedir Numeração e Imprimir Blocos A	1131	1095	1132	779
Expedir Numeração para Blocos Tipo B	11.952	34.717	20.903	18.667
Expedir Numeração para Blocos Tipo B2	1.566	10.287	1.526	884
Expedir Numeração para Blocos Tipo Retinóides	352	1.933	930	746
Expedir Numeração e Imprimir Bloco para Talidomida	91	124	95	77
Inspecionar UAN - Hospitalar	47	25	21	18

Fonte: SUVISA/SAPAPVS-SES/MA.

O Núcleo de Descentralização destaca-se pelo desenvolvimento de duas ações de grande relevância no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária:

- Monitoramento das Ações de Vigilância Sanitária; e,

- Implantação do Programa Estadual de Inclusão Produtiva e Segurança Sanitária do Estado do Maranhão - PREISSAN-MA.

Com objetivo de promover e apoiar a implementação de iniciativas direcionadas à inclusão produtiva com segurança sanitária, por meio da adoção de práticas voltadas à regularização e à qualificação dos processos produtivos desenvolvidos por Microempreendedor Individual - MEI, Empreendimento Familiar Rural - EFR e Empreendimento da Economia Solidária – EES., por meio da criação do Comitê do Programa Estadual de Inclusão Produtiva e Segurança Sanitária do Estado do Maranhão - CEISSAN-MA e do Programa de Regularização Sanitária de Agroindústrias Familiares do Estado do Maranhão (Projeto Farinha do Maranhão) que objetiva promover ações relacionadas com o fortalecimento da cadeia produtiva dos produtos da agricultura Familiar do Estado do Maranhão, como a oferta de Cursos de Boas Práticas em Fabricação de Alimentos, análise laboratorial para a composição nutricional e orientação sobre a elaboração dos rótulos de acordo com a legislação; e

o Plano Estratégico para a Regularização de Estabelecimentos da Cadeia da Carne e Couro no Estado do Maranhão, que tem como objetivo combater o comércio ilegal de carne bovina e fortalecer as ações dos serviços municipais de Vigilância Sanitária sobre a inspeção sanitária do comércio varejista de carnes – açougues, de modo a garantir o cumprimento da legislação sanitária vigente, no que se refere à inspeção e gerenciamento de risco sanitário.

- ✓ Vigilância em Saúde Ambiental

Segundo o Ministério da Saúde, Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) consiste em um conjunto de ações que proporcionam 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.

As alterações no meio ambiente interferem diretamente na saúde humana e contribuem para a elevação dos custos empregados no tratamento de doenças previsíveis. Pode-se constatar que os danos à saúde estão relacionados aos fatores ambientais e não biológicos decorrentes de inadequação do saneamento básico (água, lixo, esgoto), poluição atmosférica, exposição a substâncias químicas e físicas, desastres naturais, fatores biológicos (vetores, hospedeiros e reservatórios) entre outros. Assim, o gerenciamento dos fatores de risco relacionados à saúde que advêm dos problemas ambientais é parte integrante da vigilância em saúde em todo o País.

A Vigilância em Saúde Ambiental – VSA, diretamente subordinado à Superintendência de Vigilância Sanitária – SUVISA, atendendo às suas demandas internas e da população maranhense, tem como objetivo, realizar ações de promoção e proteção à saúde, eliminando e/ou reduzindo a exposição humana a fatores ambientais prejudiciais à saúde. Estas ações são desenvolvidas através de 05 (cinco) ações: Vigilância em Saúde Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano –VIGIÁGUA; Vigilância em Saúde de População Exposta a Solo Contaminado – VIGISOLO; Vigilância em Saúde de População Exposta à Poluição do Ar – VIGIAR; Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos – VSPEA

e, Vigilância em Saúde de População Exposta a Desastres Naturais – VIGIDESASTRES.

- Vigilância em Saúde da Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIÁGUA

O VIGIÁGUA compreende “um conjunto de ações adotadas continuamente pela autoridade de saúde pública, para verificar se a água fornecida e consumida pela população atende à normas pré-estabelecidas e avaliar os riscos que os sistemas de abastecimento e as soluções alternativas de abastecimento de água representam para a saúde humana. Compreende as seguintes ações: inspeção dos sistemas e soluções coletivas e individuais de abastecimento de água; cadastro dos sistemas e soluções de abastecimento de água; coletas e análises para o controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano.

A VSA estadual realizou no período de 2015 a 2018, ações em 179 municípios em caráter suplementar (nos que não tem VSA implantada), ou em atendimento a demandas/solicitações externas (Ministério Público, comunidade, PROCON, Prefeituras, Secretarias Estaduais e/ou Municipais), onde foram realizados 130 cadastros de sistemas de abastecimento de água para consumo humano, 829 coletas de amostras de água para consumo humano, 218 inspeções nos sistemas de abastecimento de água,152 supervisões nas VSA municipais, 3 investigações de surto e 19 atendimentos a demandas judiciais.

Tabela 28 – Ações Realizadas pela Vigilância em Saúde Ambiental, 2015-2018.

Ações	2015	2016	2017	2018
N° de coletas de amostras de água para consumo humano	162	229	253	185
N° de inspeções em sistemas de abastecimentos de água para consumo humano	59	21	79	59
N° de cadastros dos sistemas e soluções coletivas de abastecimento de água	38	27	33	32

O VIGIÁGUA vem desenvolvendo junto à Superintendência de Epidemiologia, um trabalho conjunto com o Departamento responsável pelo monitoramento das doenças por veiculação hídrica, no sentido de melhorar as

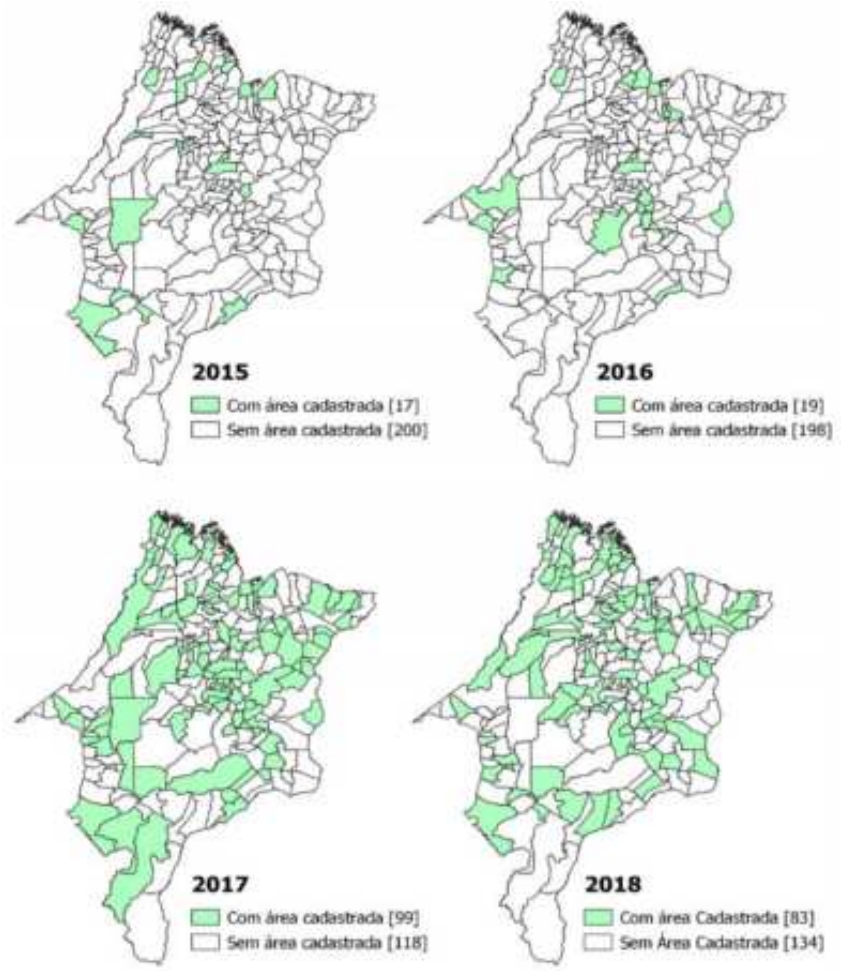
notificações nos municípios avaliando com mais efetividade a qualidade da água de consumo humano dos municípios e as doenças por veiculação hídrica.

- Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado – VIGISOLO

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (VIGISOLO), compete identificar populações expostas ou sob risco de exposição a solo contaminado e recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental; prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças e agravos decorrentes da contaminação do solo por substâncias químicas; coordenar e estimular ações intrasetoriais entre as áreas de vigilância ambiental, sanitária, saúde do trabalhador, epidemiologia e atenção primária; realizar articulação com os órgãos ambientais, entre outros, no controle e fiscalização de atividades ou empreendimento causadores ou potencialmente causadores de degradação ambiental, com vistas à prevenção e controle da contaminação de solos; alimentar sistema de informação de vigilância em saúde de populações expostas a áreas com solo contaminado (SISSOLO); Informar a sociedade os riscos decorrentes da exposição humana a solo contaminado.

De 2015 a 2018, os técnicos do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental do Estado do Maranhão, realizaram um total de 413 (quatrocentos e treze) cadastros de áreas potencialmente contaminada em 121 municípios de todas as Unidades Regionais de Saúde, em atendimento a demandas externas e de rotina (Figura 7). As principais atividades cadastradas foram: área de disposição final de resíduos urbanos (lixão), cemitérios, unidade de postos de abastecimentos de combustível e serviços, áreas agrícolas e área de disposição de resíduos industriais. Foram realizados também, atendimentos a demandas judiciais e solicitação de outros órgãos. De janeiro a outubro de 2019, foram cadastradas 56 áreas das 200 programadas. Os municípios visitados por equipes do Departamento, já tiveram a grande maioria das áreas cadastradas. Este número aumenta consideravelmente com as áreas cadastradas pelos municípios com VSA implantada e ativa.

Figura 19 - Série histórica de cadastramento de áreas pelo DVS.



- Vigilância em Saúde de População Exposta a Agrotóxicos – VSPEA

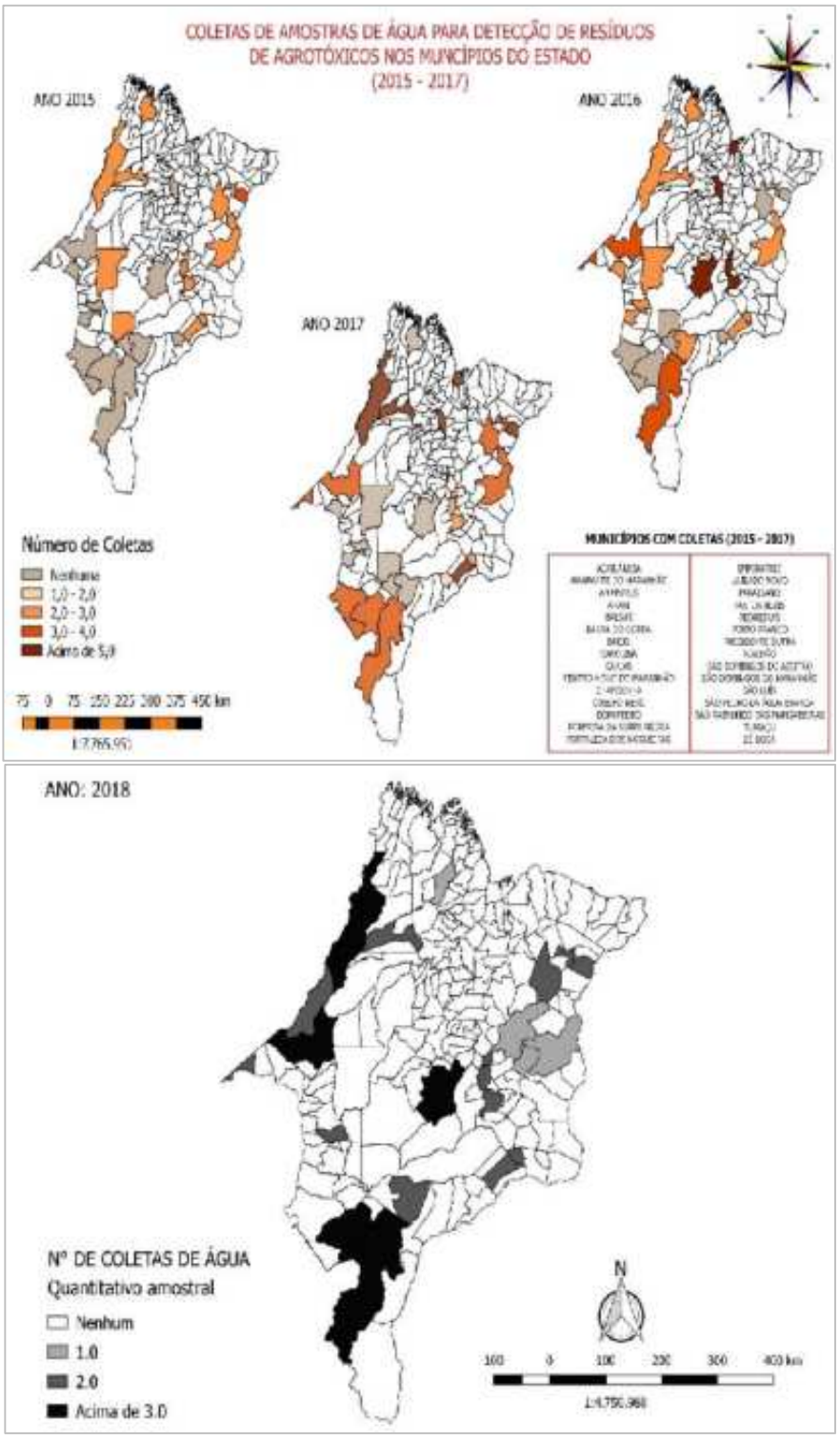
A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA) compreende um conjunto de ações integradas, envolvendo todos os atores do Sistema Único de Saúde (SUS): gestores, profissionais de saúde e controle social. Inclui as ações de prevenção, proteção e promoção da saúde, a serem executadas pela vigilância em saúde ambiental, vigilância da saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, e pelos laboratórios de saúde pública, no contexto das regiões de saúde. Além disso, o programa VSPEA atua na política de sensibilização da saúde municipal no intuito de informação de casos suspeitos e/ou confirmados de intoxicação exógena por agrotóxico

O Plano Integrado de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos é um instrumento de gestão para o desenvolvimento de ações conjuntas entre diversos setores/órgãos no que tange a temática de agrotóxicos no Estado do Maranhão, contribuindo assim para a prevenção, promoção e proteção à saúde. O plano prioriza 26 municípios no Estado do Maranhão a fim de desenvolver ações Inter e intrasetoriais. A priorização destes municípios levou em consideração diversos fatores relacionados ao uso de agrotóxicos, tais como o consumo por hectare de área plantada, culturas sazonais e permanentes, a produção agrícola, dentre outros. Exemplo destes é o município de Balsas que se destacou na produção de soja e, consequentemente, em um elevado uso de agrotóxicos nas lavouras.

De acordo com os critérios previamente estabelecidos foram priorizados os seguintes municípios para execução do Plano de Populações Expostas a Agrotóxicos e para implantação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos, conforme segue: Açailândia, Amarante, Anapurus, Arari, Balsas, Barra do Corda, Brejo, Caxias, Centro Novo do Maranhão, Chapadinha, Coelho Neto, Dom Pedro, Fortaleza dos Nogueira, Imperatriz, Lajeado Novo, Paraibano, Pastos Bons, Pedreiras, Presidente Dutra, Riachão, São Domingos do Maranhão, São Luís, São Raimundo das Mangabeiras, São Pedro da Água Branca, Porto Franco, Turiaçu e Zé Doca.

No período 2015 a 2018, foram realizadas 335 coletas de amostras de água para análise da presença/ausência de resíduos de agrotóxicos, nos sistemas de abastecimento de água para consumo humano, dos municípios prioritários, assim como em atendimento às demandas judiciais. Na Figura abaixo pode-se observar o quantitativo amostral de coletas de água para detecção de resíduos de agrotóxicos, por região geográfica.

Figura 20 - Coletas de amostras de água para detecção de resíduos de agrotóxicos 2015/2018



- Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres (VIGIDESASTRES).

A Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos Desastres (VIGIDESASTRES) é uma ação proposta pelo Ministério da Saúde, que está sob a responsabilidade do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental na SES-MA, e tem como objetivo desenvolver um conjunto de ações a serem adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para reduzir o risco da exposição da população e dos profissionais de saúde aos desastres, reduzir doenças e agravos deles decorrentes, bem como os danos à infraestrutura de saúde.

No SUS, o VIGIDESASTRES atua nas respostas a desastres de origem natural (inundações, seca e estiagem, deslizamentos, dentre outros) e tecnológica (acidentes com produtos químicos a emergência radiológica e a nuclear, p. ex.), baseando-se no modelo de gestão de riscos, que contempla ações de redução do risco, manejo dos desastres e recuperação. Além disso, atua na articulação das agendas de mudanças climáticas e seus efeitos à saúde humana, uma vez que há uma tendência de que as mudanças climáticas contribuam para o aumento da frequência e intensidade dos desastres naturais.

Diante de tal cenário, no período de 2016 a 2018, este Departamento realizou ações voltadas para o conhecimento da temática, a definição de papéis de cada área da SES que compõe o Comitê Estadual de Saúde em Desastres - que foi atualizado nesse período, o planejamento e a preparação do setor saúde estadual para coordenar e apoiar os municípios nas respostas aos desastres naturais historicamente mais recorrentes no estado.

- Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluição Atmosférica - VIGIAR

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos visa identificar e monitorar a saúde de populações expostas e/ou potencialmente expostas a poluentes atmosféricos, bem como, avaliar os riscos à saúde, identificar e avaliar os efeitos agudos e crônicos, estimular a intersetorialidade e interdisciplinaridade entre os órgãos que possuam interface com a saúde relativa à

qualidade do ar, subsidiar o setor ambiental na formulação e execução de estratégias de controle da poluição do ar, tendo em vista a proteção da saúde da população; e fornecer elementos para orientar as políticas nacionais e locais.

O campo de atuação da Vigilância de populações expostas aos poluentes atmosféricos são as localidades onde estas populações estão expostas: regiões metropolitanas, centros industriais, áreas sob impacto de mineração, áreas sob influência de queima de biomassa, áreas de relevância para a saúde pública de acordo com a realidade loco - regional.

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos – VIGIAR, vem sendo estruturada no Ministério da Saúde desde 2001 e contempla a identificação de populações expostas a poluentes atmosféricos, a priorização dessas áreas, a avaliação de risco à saúde humana e a gestão e organização dos serviços de vigilância e atenção à saúde desta população.

Tem como objetivo, informar a comunidade em relação às condições atmosféricas do estado, disponibilizando e analisando informações ambientais e de saúde, bem como recomendar ações de proteção e promoção da saúde, e prevenção de agravos e doenças ocasionadas ou agravadas por impactos atmosféricos.

- Ações de Qualificação, Mobilização Social e Educação em Saúde

O Núcleo de Educação e Comunicação - NEC surgiu com o objetivo de organizar e coordenar as ações educativas, cursos, oficinas e projetos educativos da Superintendência de Vigilância Sanitária e assim convergir os dados estatísticos das ações educativas em um só Núcleo para facilitar o rastreamento dos dados de capacitações e melhor organização dessas ações.

Para dar cumprimento da sua missão de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde da população, conforme apregoa a Lei Orgânica da Saúde, a vigilância sanitária desenvolve além das ações de inspeção sanitária, educação, informação e orientação voltadas à população tendo em vista a elevação da conscientização sanitária e ainda ações de qualificação para um público diversificado, envolvendo desde os profissionais de saúde até profissionais de outras políticas públicas como educação e agricultura.

A importância dessas ações está alicerçada ainda em outras normativas, como a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 207/2018, Art. 2º, em seu inciso

VII, onde figura como uma das premissas para a organização das ações de vigilância sanitária: “as atividades educativas em vigilância sanitária, voltadas à população e ao setor regulado, constituem ação de promoção da saúde exercida no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e desempenham importante papel na prevenção sobre os riscos e os danos associados ao uso de produtos e serviços sujeitos ao controle sanitário”.

A SUVISA realiza anualmente um conjunto de capacitações e implementação de projetos em ações de VISA/VSA, tais como, o Educanvisa, VISA nas Escolas, VISA Itinerante, Vigilância Sanitária nas IES, datas alusivas atingindo servidores, profissionais das VISAS municipais, setor regulado, comunidade. Essa ação mobiliza um público diversificado no sentido do despertar para a consciência sanitária e, por conseguinte, ações de promoção e prevenção. As ações de capacitação em Vigilância Sanitária e Ambiental realizadas para profissionais que compõem as vigilâncias sanitárias dos municípios contemplaram cursos, oficinas, seminários, conferências, vídeo conferência, Workshop, oficinas, palestras, reuniões, treinamentos, capacitações, Fóruns, oferecidos para os municípios das 19 regiões do Estado.

- Avaliação Projetos Educativos

As ações educativas fazem parte do planejamento da SUVISAT, são ações preventivas da Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador que visam capacitar os técnicos dos municípios das 19 regionais de saúde do Estado, auxiliando no desenvolvimento dos trabalhos e na divulgação das ações junto à comunidade em geral dos municípios.

Tabela 29 – Número de Participantes, segundo os Projetos Educativos da Superintendência de Vigilância Sanitária, 2016-Out.2019

PROJETOS/PARTICIPANTES	2016	2017	2018	2019*
Visa nas Escolas	1.924	0	898	1.349
Visa Itinerante	2.029	793	681	1.064
Educanvisa	2.284	0	807	5.445
Datas alusivas	786	297	116	810
TOTAL	7.023	1090	2.502	8.668

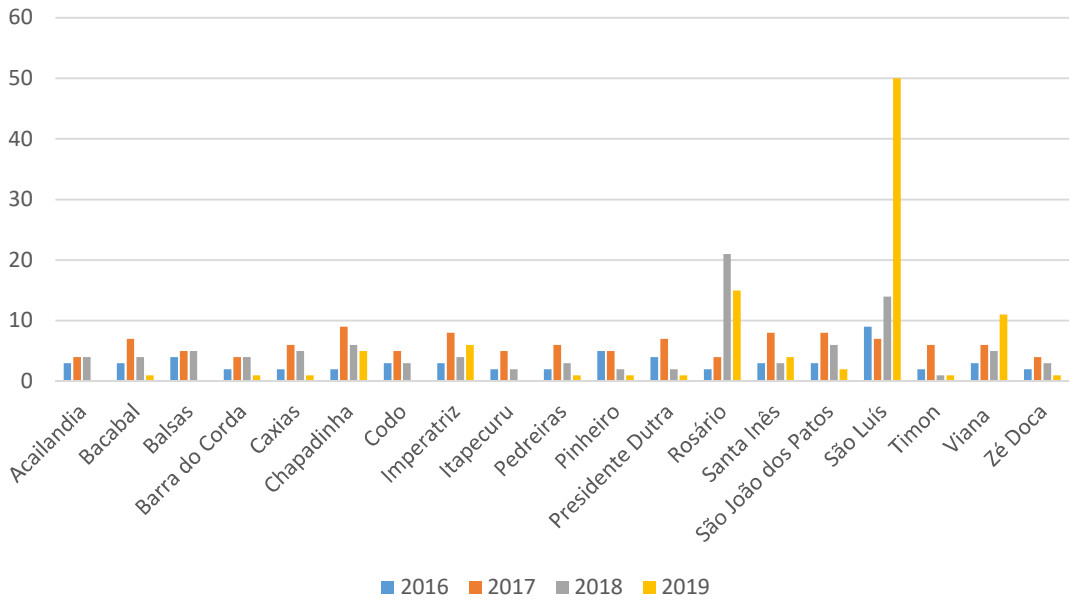
Fonte: SUVISA/SAPAPVS/SES/MA

- Ações Gerais de Capacitação em Vigilância Sanitária e Ambiental.

Entre 2016 a 2019, foram qualificadas aproximadamente 9.000 pessoas, que participaram dos eventos abrangendo um total de 371 ações a exemplo de Cursos, Oficinas, Encontros, Seminários, Conferência, dentre outros, conforme gráfico abaixo.

As ações de capacitação em vigilância sanitária e ambiental foram realizadas para o setor produtivo, profissionais dos estabelecimentos assistenciais de saúde, profissionais que compõem a vigilância sanitária estadual e as vigilâncias sanitárias municipais, contemplaram cursos, oficinas, seminários, videoconferência, Workshop, palestras, reuniões, treinamentos, fóruns, oferecidos para os municípios das 19 regiões de saúde do Estado.

Gráfico 63 – Número de ações desenvolvidas, por Região de Saúde, 2016-Out/2019



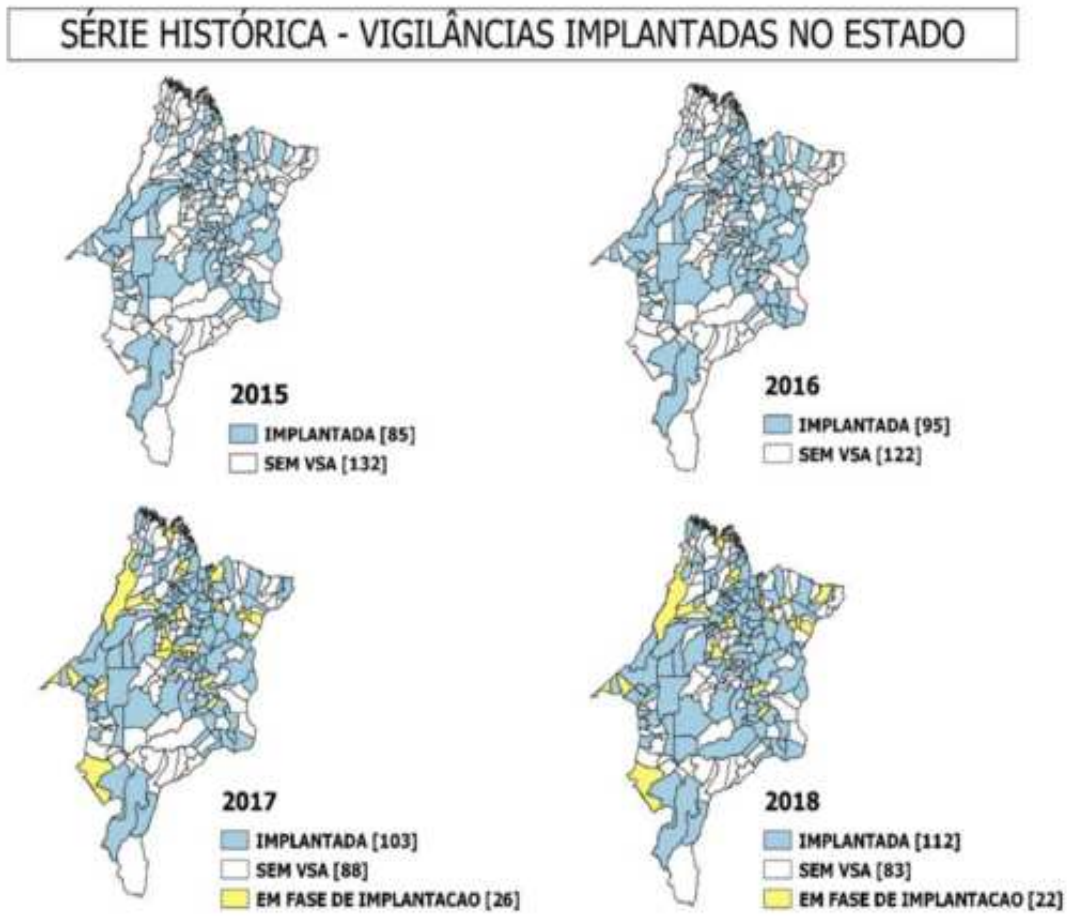
No intuito de cumprir com as premissas para a organização das ações de vigilância sanitária, que é a promoção e prevenção da saúde conforme normatiza o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no período de quatro anos as 19 regiões de saúde foram atendidas com ações educativas, conforme registrado no gráfico 63, algumas foram mais beneficiadas e os dados identificados servirá para a programação dos próximos 4 anos onde poderemos atender as regiões com maior déficit conforme a necessidade das mesmas.

- Descentralização de ações aos Municípios

A implementação da VSA, atende ao princípio de descentralização de ações preconizado pelas Diretrizes do SUS, respeitando as peculiaridades político administrativas municipais e tem suas ações financiadas por recursos repassados fundo a fundo aos municípios pelo Ministério da Saúde, no grupo de ação da Vigilância em Saúde, que se somam à contrapartida dos municípios, de acordo com o que é pactuado nos Planos de Ação, instrumento este que se destina à pactuação de metas e ações da VSA. São descentralizadas cinco ações por município.

Atualmente, dos 217 (duzentos de dezessete) municípios do estado do Maranhão, 112 (cento e doze) têm Vigilância em Saúde Ambiental implantada, 22 (vinte e dois) municípios estão com VSA em fase de implantação e 83 (oitenta e três) não têm Vigilância implantada (Figura 21). O aumento do número de municípios que descentralizaram ações de Vigilância em Saúde Ambiental no quadriênio 2015 – 2018 foi da ordem de 37. O ano de 2017 foi o de maior adesão e deve-se ao fato de ter-se realizado as capacitações nas 18 Unidades Regionais de Saúde e na Região Metropolitana a municípios com e sem VSA implantada, além de Gestores e técnicos de 4 Unidades Regionais, o que proporcionou uma maior conscientização dos gestores da importância da descentralização das ações nos municípios. A queda em 2018, deveu-se à algumas mudanças administrativas nas rotinas como, ano político eleitoral com restrições a algumas ações. Analisando as ações de descentralização nestes quatro anos, temos um aumento considerável de municípios com ações apresentando impacto positivo, pois temos no Estado além da ampliação do acesso aos serviços de Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde Ambiental, o controle e redução de riscos e agravos à saúde.

Figura 21 – Número de municípios com VSA implantada 2015 – 2018.



Fonte: VSA/SUVISA

O Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental - DVSA/SUVISA realizou as capacitações para profissionais das Vigilâncias em Saúde Ambiental dos municípios do Estado, onde se discutiu a necessidade em manter uma vigilância contínua e permanente para que se possa ter um ambiente mais saudável e oferecer uma melhor qualidade de vida a população do Estado.

Nas capacitações, os participantes puderam conhecer a teoria e as práticas de coleta, armazenamento e transporte de amostras de água para diagnóstico laboratorial, inspeção em sistemas de abastecimento de água, alimentação de sistemas, epidemiologia de doenças por veiculação hídrica, intoxicações exógenas por agrotóxicos, identificação e cadastramento de áreas potencialmente contaminadas, monitoramento da qualidade do ar, elaboração de planos de ação e contingência para desastres naturais.

Assim, os profissionais puderam compreender que a avaliação dos impactos ambientais na saúde, é uma ferramenta importante no planejamento e desenvolvimento de políticas públicas apropriadas para proteção e promoção da saúde, sendo necessário o estabelecimento de estratégias para o desenvolvimento das ações.

- ✓ Vigilância em Saúde do Trabalhador

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT, instituída pela Portaria 1823/MS/2012, de 23 de agosto de 2012, preconiza a atenção integral à saúde, define os princípios, as diretrizes e as estratégias nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Compete aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST atuar como suporte técnico pedagógico e apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador nos municípios, respeitando a hierarquia e complexidade da atenção em saúde.

- Ações em Saúde do Trabalhador

As ações realizadas no período 2016-2019 objetivaram provocar mudanças no cenário de notificações dos agravos relacionados ao trabalho constantes na lista de agravos de notificação compulsória instituída pelo Ministério da Saúde, de forma a contribuir para alcance dos indicadores de Saúde do Trabalhador e metas pactuadas pelos municípios.

Quadro 7 – Demonstrativo dos indicadores, metas e resultados do quadriênio 2016 – out.2019.

ANO	INDICADOR	META	RESULTADO
2016	Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	80% dos municípios com casos de doenças ou agravos notificados	60,34%: 105 municípios, notificaram 1.366 agravos.
2017	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "ocupação" preenchido	100% das notificações (2.227) com o campo ocupação preenchido por 154 municípios
2018			99.8% notificações (2.877) com o campo ocupação preenchido por 175 municípios
2019			99,8% dessas notificações (3.635) com o campo "ocupação" preenchido por 156 municípios

Fonte: Sinan Net, 2019

✓ Os principais destaques a considerar no quadriênio 2016/2019:

- Interação com os setores e departamentos da SES em especial as vigilâncias em saúde (sanitária ambiental e epidemiológica);
- Aumento no quantitativo de agravos em saúde do trabalhador notificados;
- Aumento no quantitativo de municípios notificadores;
- Implantação do protocolo de acidente com material Biológico em Unidades de Gestão Estadual
- Elaboração da Política Estadual de Saúde do Trabalhador com posterior aprovação no Conselho Estadual de Saúde através da Resolução nº 009, de 03 de setembro de 2018.
- Capacitação técnica dos profissionais do Cerest Estadual-MA;
- Participação em eventos nacionais em saúde do trabalhador;
- Fortalecimento da intersetorialidade (Polícia Rodoviária Federal, Sest/Senat, SOS Vida no Trânsito, MPT Uniceuma, Fepetima, Escola de Governo, Centrais Sindicais, Secretaria do Estado do Trabalho e Economia Solidária, Direitos Humanos);
- Sensibilização de gestores regionais e municipais em Saúde do Trabalhador enquanto política de saúde do SUS.

- ✓ Vigilância Epidemiológica

No Estado do Maranhão a Vigilância Epidemiológica está estruturada como Superintendência de Epidemiologia e Controle de Doenças (SECD) com os seguintes departamentos: Epidemiologia, Doenças Imunopreveníveis (Imunização), Vigilância e Controle de Zoonoses, Monitoramento e Avaliação da Saúde, Núcleo de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS) e o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS.

A Superintendência de Epidemiologia e Controle de Doenças, com o propósito de gerar diversos benefícios à população do Estado do Maranhão, concentrou esforços para redução das taxas de morbimortalidade da população, utilizando medidas efetivas de imunização de pessoas e animais, controle de vetores, mobilização da sociedade, com o propósito de diminuir casos e óbitos de Dengue, Chikungunya e Zika, os surtos de Febre Amarela, o controle de casos de Malária, a redução de casos de Hanseníase, da Tuberculose, Leishmanioses, das doenças imunopreveníveis, assim como das doenças e agravos não transmissíveis.

Para tanto foram realizadas visitas técnicas de supervisão, ações de monitoramento, avaliação e assessoria técnicas aos programas municipais, seminários e oficinas de planejamento. Além disso, houve contratação de empresas especializadas em produção e reprodução de material instrucional e de divulgação de matérias relativas às doenças, análise sistemática dos bancos de dados dos sistemas oficiais de informação, produção de relatórios técnicos, atividades de capacitação e seminários para qualificação e sensibilização de gestores e profissionais, educação em saúde e mobilizações sociais, e ainda na estruturação de ambientes com insumos e equipamentos.

O CIEVS é responsável em verificar, identificar, coletar dados, caracterizar o problema, emitir alerta e mobilizar toda a capacidade de resposta em tempo oportuno no âmbito da esfera de gestão correspondente. O Centro possui relevante papel no enfrentamento destas questões no estado quanto ao monitoramento das doenças e eventos (rumores) e fazendo feedback das informações para dar subsídios às medidas oportunas de vigilância e controle de doenças.

Em 2018, por meio do DEMAS/SECD, foi dado início a uma nova metodologia de “Apoio Institucional” aos municípios da Região de Saúde de São Luís,

integrado com outros setores da Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde, como Departamento de IST-HIV-AIDS/Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador, com foco ao alcance dos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância (PQA-VS) e da Pactuação Interfederativa de Indicadores, através do Relatório da Pactuação – SISPACTO. No PQA-VS o estado apresentou um resultado de 25% nos anos de 2013 a 2016, passando para 50% no ano de 2017 e chegando ao valor máximo em 2018, que foi de 100%.

Entre 2015 a 2019, houve implantação de novos protocolos de investigação de óbitos por tuberculose, formação de referência hospitalar para tratamento da Leishmaniose Visceral que inicialmente ocorria apenas no Hospital Presidente Vargas, Hospital Universitário Materno Infantil e no Hospital da Criança da capital, sendo ampliado também para os Socorrões, Unidades Mistas e para o Hospital Carlos Macieira em São Luís e em seguida expandido para as URS de Caxias, Chapadinha, Imperatriz, Balsas, Bacabal, Barra do Corda e Santa Inês. Para a vigilância do óbito foram mantidas as atividades de forma integrada com a Atenção Primária em Saúde, Rede de Assistência e municípios.

O Departamento de Controle de Doenças Imunopreveníveis da Secretaria Estadual de Saúde é responsável por trabalhar uma das mais relevantes intervenções em saúde pública no Maranhão, seguindo as normas técnicas e os calendários de vacinação do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde para a eliminação da poliomielite e da circulação do vírus autóctone da rubéola e acentuada diminuição da incidência de doenças Imunopreveníveis, como difteria, tétano, coqueluche e meningites. Está sob seu gerenciamento o rol de estratégias para o alcance das coberturas vacinais como, realizar capacitações e supervisões das atividades relacionadas à vacinação, monitorar o Sistema de Informação do Programa de Imunizações, acompanhar as coberturas vacinais nas esferas estadual, regional e municipal, propondo medidas para alcance dos indicadores, vigilância de Eventos Adversos Pós-vacinais, planejar a necessidade de imunobiológicos e insumos de forma a atender às atividades de vacinação, em função dos Calendários de Vacinação Nacional e da situação epidemiológica, orientar as ações de vigilância, prevenção e controle das doenças Imunopreveníveis no âmbito do Maranhão contribuindo para a melhoria da saúde da população ao longo dos anos utilizando de diversas estratégias

que combinaram ações de rotina e campanhas, além da ampliação da oferta de vacinas e de segmentos populacionais atendidos.

O Departamento de Controle de Doenças Imunopreveniveis, na sua estrutura conta com as Redes de Frio que é responsável pelo recebimento, acondicionamento, distribuição dos imunobiológicos e dispõe de uma Central Estadual e 19 Centrais Regionais de Rede de Frio. Como parte do Plano de Implementação e Estruturação da Central Estadual e Centrais Regionais de Redes de Frio/2012, o Departamento de Controle de Doenças Imunopreveniveis realizou a aquisição de equipamentos de refrigeração, geradores, câmaras refrigeradas, condicionadores de ar e freezers.

A logística de aquisição e transporte dos imunobiológicos se dá através do Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES) do PNI/MS mensalmente da base Nacional, para os Estados e do Estado para as Regionais. Para a oferta dos imunobiológicos aos municípios em condições adequadas de refrigeração, a Rede de Frio Estadual faz a distribuição em caminhões para as Regionais de Saúde.

Para garantir o transporte adequado dos imunobiológicos das Regionais de Saúde para os municípios, o Governo do Estado entregou 18 veículos (Vans) adequados e termômetros à laser para o transporte deste imunobiológicos.

Os Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), mesmo não sendo serviços da Atenção Primária em Saúde - APS, se caracterizam como uma ação transversal da vigilância em saúde nas Rede de Atenção à Saúde - RAS. Os CRIEs são constituídos de infraestrutura e logística diferenciadas com a finalidade de ofertar imunobiológicos para indivíduos portadores de condições clínicas especiais, como imunodepressão congênita ou adquirida, agravos que apresentam alta frequência, ou ainda após a ocorrência de eventos adversos às vacinas de rotina como as reações alérgicas a determinados componentes. O Maranhão conta com o apoio do CRIE do Hospital Materno-Infantil do HUUFMA que atende à população de todo o Estado.

Em 2019, considerando a implementação e continuidade das estratégias de vacinação contra as doenças pneumocócicas invasivas (DPI) nos Centros de Referências para Imunobiológicos Especiais (CRIE), o Ministério da Saúde (MS) incluirá inicialmente a vacina pneumocócica 13-valente (conjugada) sequencial com a vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente para pacientes de risco ≥ de 5 anos

de idade de alto risco, a saber: Pacientes que vivem com HIV/Aids, transplantados de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea), transplantados de órgãos sólidos e pacientes oncológicos.

A implantação de novos imunobiológicos, a conjugação de vacinas, bem como a ampliação de grupos alvos são ações que caracterizam a melhoria do PNI, sobretudo nos últimos 10 anos. O desafio é alcançar altas e homogêneas coberturas vacinais em regiões que ainda não atingiram bons resultados. Como ações sugeridas, estão a manutenção de Campanhas de Multivacinação para atualização da vacinação de rotina e a intensificação das ações de Monitoramento Rápido de Coberturas Vacinais.

3.3.1.4. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica envolve uma organização complexa de atividades relacionadas aos medicamentos e seus usuários, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Essas atividades englobam intervenções logísticas e ações assistenciais no âmbito do cuidado farmacêutico nos níveis primário, secundário e terciário das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011), de forma a integrar o processo de cuidado em saúde.

Nesse contexto, a garantia do acesso aos medicamentos não deve ser a única finalidade da Assistência Farmacêutica. Outras condições deverão ser atendidas para que o sucesso do tratamento farmacológico seja alcançado. Entre elas, que o usuário receba nas consultas farmacêuticas as informações e orientações que possibilitem o uso correto do medicamento e que consigam cumprir de forma adequada o seu tratamento; que o medicamento seja efetivo; que o medicamento não cause danos à saúde do paciente ou que, caso não seja possível evitá-los, os benefícios sejam superiores (PONTAROLLI, 2015).

No âmbito do SUS, a Assistência Farmacêutica tem sido pautada pela Política Nacional de Medicamentos e pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME é o instrumento oficial que contempla todos os medicamentos, soros, vacinas e insumos disponíveis no âmbito do SUS. A avaliação de incorporação no SUS de novos produtos, com base nos critérios de eficácia, segurança e eficiência, é de

responsabilidade da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. As orientações para o uso racional desses produtos, por sua vez, estão oficialmente dispostas no Formulário Terapêutico Nacional e nos Protocolos, Clínicas e Diretrizes Terapêuticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, conforme preconizado pela Lei 12.401/2011 e pelo Decreto nº 7.508/2011. Estados e Municípios podem ainda adotar relações complementares de medicamentos, respeitadas as pactuações nas Comissões Intergestores.

Os medicamentos oferecidos pelos SUS são divididos em três grandes grupos, denominados componentes. Eles se diferenciam por objetivo de tratamento, financiamento, logística e custo.



- Componente Básico da Assistência Farmacêutica - CBAF

Financiado pelas três esferas de governo e gerenciado pela esfera municipal, este componente destina-se à aquisição dos medicamentos no âmbito da atenção básica em saúde, com base em valores per capita. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de cada estado estabelecem o mecanismo de operacionalização dessa sistemática, respeitando a aplicação mínima dos seguintes valores monetários/habitante/ano: a União deve aplicar o valor de R$ 5,85 a 6,05 per capita/ano de acordo com o índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, conforme publicado pela Portaria 3.193 de dezembro de 2019, os Estados e Municípios R$ 2,36 conforme estabelecimento na Portaria GMS nº 1.555 de 30/07/2013 e Resolução CIB/MA nº 96 de 23/05/2014. Os recursos distintos são destinados ao financiamento dos seguintes medicamentos e insumos:

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

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

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

A Secretaria de Estado da Saúde a partir de 2017, por meio do Departamento de Gestão de Insumos Estratégicos, definiu critérios para implantação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Maranhão, através da Portaria SES/MA nº 256, de 12 de maio de 2017. A medida prevê um conjunto de ações que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação, tendo como objetivos a garantia de mais qualidade de vida a população. É uma ação positiva, que insere o farmacêutico na Atenção Básica, sendo o coordenador e o responsável pelo Ciclo da Assistência Farmacêutica no seu município, para garantir a segurança e o acesso adequado aos medicamentos e insumos.

- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica - CESAF

O Ministério da Saúde considera estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, que tenham impactos socioeconômicos e que configurem problemas de saúde pública. Além disso, esses medicamentos são disponibilizados aos portadores das doenças de acordo com critérios estabelecidos em protocolos e normas do Ministério. Os medicamentos e imunobiológicos contemplados neste componente são adquiridos pelo MS e distribuídos a todos os estados, abrangendo os seguintes programas: Coagulopatias; Doença Falciforme; Cólera; Dengue; Doença de Chagas; Doenças do enxerto contra hospedeiro; DST e HIV/AIDS; Esquistossomose; Febre maculosa brasileira e outras riquetsioses; Filariose; Geo – Helmintíases; Hanseníase; Hepatites Virais; Influenza; Imunizações (Imunoglobulinas, soros e vacinas); Leishmanioses; Leptospirose; Lúpus Eritematoso Sistêmico; Malária; Mieloma Múltiplo; Infecções Fúngicas Sistêmicas; Meningites; Prevenção de deficiências nutricionais; Raiva; Tabagismo; Tracoma; Tuberculose; Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório; entre outros.

- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado pelas Portaria GM/MS n° 1.554, de 30 de julho de 2013, é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS. Seu objetivo majoritário é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em todas as fases evolutivas das doenças contempladas, em nível ambulatorial.

As linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo MS, com o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão ao tratamento, os medicamentos e esquemas terapêuticos, bem como mecanismos de monitoramento e avaliação. Os referidos medicamentos estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

O Grupo 1 é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. Engloba os medicamentos indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância à 1ª e/ou à 2ª linha de tratamento, medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente e aqueles incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos é das Secretarias Estaduais de Saúde, devendo ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas em PCDT. Subdivide-se em: Grupo 1A – medicamentos com aquisição centralizada pelo MS e Grupo 1B – medicamentos adquiridos pelos estados com transferência de recursos financeiros pelo MS.

O Grupo 2 é constituído por medicamentos destinados ao tratamento de doenças de menor complexidade em relação aos elencados no Grupo 1 e nos casos de refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento. A responsabilidade pelo financiamento, aquisição e dispensação é das Secretarias Estaduais da Saúde. O Grupo 3 é formado por medicamentos constantes na RENAME vigente e indicados pelos PCDT, como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas neste Componente. A responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação executadas pelos municípios, estando regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.555/2013. Independentemente do Grupo, o

acesso aos medicamentos do CEAF deve obedecer a critérios previamente estabelecidos.

No Maranhão, o processo de solicitação dos medicamentos que constam dos Grupos 1 e 2 é iniciado pelo usuário ou seu responsável, por meio da apresentação da documentação exigida em cada Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas -PCDT, na Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados (FEME). O processo é avaliado pelo Farmacêutico da FEME, com base nos critérios definidos nos PCDT. Em caso de deferimento, o processo recebe autorização do início do tratamento e agendamento da primeira dispensação.

Os medicamentos do Grupo 1A são adquiridos pelo Ministério da Saúde; os do Grupo 1B e 2 pela UGIE. O recebimento de todos os medicamentos, o armazenamento e a distribuição FEME é realizado pela Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF. É responsabilidade da FEME a comprovação do atendimento ao usuário por meio da emissão de APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade), documento exigido pelo Ministério da Saúde para ressarcimento dos valores ao Estado, trimestralmente.

A partir de 2012, os medicamentos Oncológicos, passaram a ter a aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde – MS, para distribuição aos hospitais habilitados em Oncologia no Sistema Único de Saúde - SUS. Tendo como responsável pelo recebimento, armazenamento, conservação, controle qualitativo e quantitativo e distribuição a Central de Abastecimento Farmacêutica - CAF.

Cabe a Unidade Gestora de Insumos Estratégicos - UGIE autorizar a CAF a distribuir esses medicamentos as farmácias dos hospitais para dispensação de acordo com os PCDTs.

- ✓ Programas Especiais da Assistência Farmacêutica

Além dos medicamentos disponibilizados pelos Componentes da Assistência Farmacêutica, ainda há aqueles ofertados por meio dos Programas da Secretaria de Estado da Saúde (Elenco Estadual):

- Medicamentos/insumos dispensados na Sala 05 (Dispensação Administrativa) – FEME;

- Análogos de Insulina para pacientes com diabetes tipo 1, dispensados na Farmácia de Análogos de Insulinas - Centro de Especialidades Médicas – PAM DIAMANTE;
- Programa de Assistência às Crianças com Intolerância Alimentar (Hospital Infantil Dr. Juvêncio Matos);

É de responsabilidade da SES o financiamento dos programas anteriormente citados, cabendo a UGIE a programação e aquisição, o armazenamento com a CAF.

Toda a política da assistência farmacêutica realizada no Estado, segue as normativas do Ministério da Saúde, e também aquelas normas publicadas pela Portaria SES/MA nº 143, de 20 de março de 2017, que estabelece rotinas para justificar a prescrição de medicamentos não padronizados, e dá outras providências e a Portaria SES/MA Nº 882, de 11 de setembro de 2018, que estabelece a implantação da Relação Estadual de Medicamentos da Assistência Farmacêutica do Estado do Maranhão de acordo com os Protocolos Clínicos - PCDT da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde e também os medicamentos do Elenco Estadual não contemplados pelos PCDTs e dá outras providências.

A Assistência Farmacêutica a nível estadual conta a seguinte estrutura:

- Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF;
- Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados – FEME - São Luís;
- Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados – FEME – Imperatriz;
- Farmácia de Análogos de Insulinas - Centro de Especialidades Médicas – PAM DIAMANTE;
- Hospital Infantil Dr. Juvêncio Matos para o Programa de Assistência às Crianças com Intolerância Alimentar

A Farmácia de Medicamentos Especializados (FEME) distribui medicamentos de três grupos distintos: aqueles cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União; os financiados exclusivamente pela Secretaria de Estado da Saúde (SES); e medicamentos adquiridos pelos estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, na modalidade Fundo a Fundo. São cerca de 120 medicamentos disponíveis na farmácia.

A FEME atende todos os 217 municípios do estado. No caso das pessoas que não podem buscar o medicamento na sede, em São Luís, fica a cargo dos farmacêuticos cadastrados em cada cidade a retirada do fármaco. O atendimento ocorre mediante agendamento. Tem um setor específico para atendimento aos municípios do estado. Os farmacêuticos fazem um cadastro e recebem para toda população do município cadastrada no serviço. Além disso, foram implantadas assistências farmacêuticas municipais em 202 cidades maranhenses, de acordo com a Portaria n° 256/2017. Isto permitiu maior qualidade no processo de aquisição e distribuição de medicamentos, bem como segurança sanitária e melhor acompanhamento na utilização do fármaco, impactando positivamente na vida do usuário.

Atualmente, a FEME possui um anexo em funcionamento na Unidade Regional de Saúde (URS) de Imperatriz. A proposta é estabelecer mais quatro unidades da FEME nas URS ampliando a estrutura da assistência farmacêutica no estado, atendendo a necessidade apontada na avaliação situacional de cada região.

Por sua vez, a Central de Abastecimento Farmacêutica - CAF recebe, armazena e distribui os medicamentos estratégicos e imunobiológicos (soros e vacinas) às 19 Regionais de Saúde, que os distribuem aos municípios de sua área de abrangência. Os imunobiológicos são distribuídos pela Vigilância Epidemiológica do Estado e as Coagulopatias pelo Hemocentro – HEMOMAR. Os sistemas de informação desenvolvido pela CAF são: Hórus, Sistema de Controle Logístico de Medicamentos e Sistema de Informação de Insumos Estratégicos.



- ✓ Demandas Judiciais

A aquisição e distribuição de medicamentos e insumos para atendimento às determinações judiciais são realizadas pela UGIE, cumprindo-se as exigências de cada processo. Devido ao aumento expressivo no número de ações, da diversidade dos produtos demandados e do valor monetário envolvido, a SES estruturou um núcleo técnico para acompanhamento das demandas judiciais, com vistas a aperfeiçoar todos os processos.

O fluxo interno de trabalho na SES tem a participação das áreas da Assistência Farmacêutica e Assessoria Jurídica Contenciosa. Em virtude do elevado número de ordens judiciais concedidas contra o Estado do MA, foi implementado um fluxo para o cumprimento das mesmas, contemplando a remessa de informações técnicas à Procuradoria Geral de Estado (PGE) para subsidiar a defesa do Estado, os procedimentos para aquisição de medicamentos e insumos pela UGIE, para distribuição, dispensação, dando assim cumprimento à ordem judicial.

3.3.2. Saúde Suplementar

De acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em fevereiro de 2019, o Estado do Maranhão contava com 282 operadoras de planos privados de saúde ativas com beneficiários, perfazendo um total de 5.730 planos privados ativos, com 471.770 beneficiários, o que representa uma taxa de cobertura de 7,03%, considerando a população acima dos 7 milhões de habitantes.

A tabela abaixo apresenta que o Maranhão foi o estado que teve uma das menores taxas de coberturas assistenciais de planos privados de saúde, ficando à frente apenas do Acre e Roraima. Na capital do Estado do Maranhão a taxa de cobertura é de 29,10% e no interior de 3,0%, observando assim que poucas pessoas do interior dispõem de planos de saúde, justificando dessa forma maior procura pelo sistema público de saúde.

Tabela 30 – Cobertura Assistencial dos Planos Privados de Saúde, nas Unidades da Federação, Brasil, (fev./2019).

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	Assistência médica		Exclusivamente odontológico	
	Nº de beneficiários	Taxa de cobertura	Nº de beneficiários	Taxa de cobertura
Acre	45.344	6,00	15.154	2,00
Alagoas	377.791	11,90	277.930	8,80
Amapá	71.374	10,20	44.002	6,30
Amazonas	522.343	14,50	406.697	11,30
Bahia	1.588.230	11,20	1.473.903	10,40
Ceará	1.267.487	14,70	959.576	11,20
Distrito Federal	916.013	34,60	560.619	21,20
Espírito Santo	1.105.860	30,90	464.322	13,00
Goiás	1.124.164	17,10	627.966	9,50
Maranhão	**471.770**	**7,00**	**194.981**	**2,90**
Mato Grosso	580.370	18,60	205.365	6,60
Mato Grosso do Sul	577.973	23,10	142.933	5,70
Minas Gerais	5.077.964	25,60	2.088.408	10,50
Pará	805.496	10,30	425.322	5,40
Paraíba	424.160	11,10	339.436	8,90
Paraná	2.839.243	26,80	1.265.423	12,00
Pernambuco	1.327.204	14,90	916.816	10,30
Piauí	319.916	10,10	85.366	2,70
Rio de Janeiro	5.379.216	33,10	3.313.617	20,40
Rio Grande do Norte	519.106	16,10	335.251	10,40
Rio Grande do Sul	2.589.585	23,80	773.664	7,10
Rondônia	152.921	9,60	103.338	6,50
Roraima	28.149	6,00	9.673	2,10
Santa Catarina	1.505.858	23,60	491.590	7,70
São Paulo	17.244.006	41,20	8.602.793	20,50
Sergipe	324.128	15,40	201.260	9,50
Tocantins	108.936	7,70	49.613	3,50
Não Identificado	34.096		53.742	
TOTAL	**47.328.703**	**24,30**	**24.428.760**	**12,60**

Fonte: SIB/ANS/MS -Fev/2019

Figura 22 – Cobertura dos Planos de Assistência Médica nas Unidades da Federação, Brasil. (fev./2019)



Fonte: ANS, disponível em www.ans.gov.br

Na tabela 30, no período de fevereiro de 2019, observa-se que o número de beneficiários dos planos por tipo, no Estado do Maranhão foi do tipo coletivo (75%), dos quais a maior parcela era do tipo empresarial, enquanto 23,51% eram do tipo individual ou familiar. A figura 18, apresenta o percentual de beneficiários por faixa etária, na qual a pirâmide é mais acentuada no meio, o que representa uma maior participação de beneficiários na faixa de idade de 30 a 39 anos, em seguida as crianças até os 9 anos e com menor participação os idosos acima de 60 anos.

Tabela 31 – Beneficiários dos Planos por tipo no Brasil e Maranhão, (fev.2019)

TIPO	BRASIL	MARANHÃO
Individual ou Familiar	**9.052.967**	**110.904**
Coletivo	**38.154.353**	**354.367**
Coletivo Empresarial	**31.753.707**	**296.398**
Coletivo por adesão	**6.399.402**	**57.968**
Coletivo não identificado	**1.244**	**1**
Não Identificado	**121.383**	**6.499**
TOTAL	**47.328.703**	**471.770**

Fonte: SIB/ANS/MS -Fev/2019

Outro dado relevante, trata-se do número de atendimentos no SUS de beneficiários de planos de saúde, como está apresentado na tabela 31, considerando os dados do ano de 2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Foram 3.836 atendimentos, que gerou um valor no total de R$ 4.994.014,00, ou seja R$ 1.302,00 por beneficiário, sendo que o valor pago pelas operadoras ao SUS foi de apenas R$ 461.678,00 abaixo de 10% do valor total e 54% do valor cobrado.

Tabela 32 – Atendimentos no SUS de Beneficiários de Planos Privados no Maranhão (2017).

Tipo	Atendimentos	Valor Total	Valor Pago	Valor Médio	Valor Cobrado
AIH	1.487	2.222.831	217.696	1.495	351.403
APAC	2.349	2.771.183	243.982	1.180	511.036
TOTAL	3.836	4.994.014	461.678	1.302	862.439

Fonte: SIB/ANS/MS -Fev/2019

3.3.3. Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção formas de organização que articulam serviços e sistemas de saúde, com equipes multidisciplinares, unindo cada ponto da rede. Dessa forma o sistema é capaz de responder às necessidades da população. A rede de atenção à saúde é organizada de forma primária, secundária e terciária, compreendendo as condições crônicas e agudas, focando no acompanhamento completo da atenção à condição ou doença.

A Rede de Atenção à Saúde - RAS tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. As redes de atenção à saúde (RAS) são definidas 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, organizando o acesso da população nos três níveis de assistências (Primária, Secundária e Terciária), compreendendo as condições crônicas e aguadas.

No Maranhão o processo de organização da Rede de Atenção à Saúde está sendo conduzida e elaborada em 5 (cinco) redes temáticas em relação aos serviços ofertados: Rede Materno-Infantil, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas, conforme as diretrizes e critérios para Regionalização e o Planejamento Regional Integrado do Sistema Único de Saúde, apontadas nas Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite - CIT n° 23/2017 e n° 37/2018. Toda essa rede está configurada na grade de referência nos quadros 17, 18 e 19 em anexos.

3.3.3.1. Rede de Atenção às Urgências

A Portaria Ministerial 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 no Sistema Único de Saúde (SUS), tem por objetivo ampliar, qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de Urgência e Emergência Busca melhorar a articulação e a comunicação entre a Central de Regulação do SAMU 192, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24 h), as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades Hospitalares, tornando o atendimento ainda mais rápido e eficaz, com o objetivo de reduzir as mortes ou sequelas ao paciente.

A Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão vem organizando a Rede de Atenção às Urgências e Emergências de forma descentralizada, sendo elaborada em nível das 03 Macrorregiões de Saúde, com o propósito de superar a fragmentação do atual modelo da assistência no âmbito do SUS, e aperfeiçoar a gestão político-institucional desse Sistema, com o objetivo de assegurar às pessoas, de acordo com suas necessidades, um conjunto de serviços mais próximo do seu domicílio.

Conforme o art. 4° da portaria supracitada, a Rede de Atenção às Urgências, é constituída pelos seguintes componentes:

- ✓ Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- ✓ Atenção Básica em Saúde;
- ✓ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- ✓ Sala de Estabilização;
- ✓ Força Nacional de Saúde do SUS;
- ✓ Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- ✓ Hospitalar; e
- ✓ Atenção Domiciliar.

Figura 23 – Rede de Atenção as Urgências, Estado do Maranhão.



Fonte: Grupo Condutor da RAU.

3.3.3.2. Rede de Atenção Psicossocial

A Política Nacional de Saúde Mental, no que tange a garantia do cumprimento da Lei n.º 10216/2001, que traz em seu bojo os princípios da Reforma Psiquiátrica como estratégia de garantia de direitos e resgate da dignidade humana as pessoas que sofrem em decorrência de transtornos mentais, uso nocivo de drogas ou ainda, outras comorbidades que acomete a humanidade, em suas mais diversas etapas da vida, tais como violência auto- infringida, suicídio, situação de rua, diversas tipo de violência. Para dar suporte a essa proposição, o SUS conta com os diversos pontos de atenção psicossocial dentro da Rede de Atenção Psicossocial.

No Estado do Maranhão, o Departamento de Atenção à Saúde Mental – DASM, está no organograma da Secretaria de Estado da Saúde, na Superintendência de Atenção Primária, tendo nas suas ações o apoio institucional e as orientações aos cuidados em todos os níveis de complexidade da Rede de Atenção Psicossocial.

O DASM tem desenvolvido ações visando ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de mental, com ênfase na humanização, equidade e no

atendimento às necessidades de saúde, aprimorando a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas especializada, ambulatorial e hospitalar e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS, assim como no planejamento de qualificações profissionais que atuam na oferta de cuidado em saúde mental considerando os três níveis de complexidade nas regiões de saúde; o fortalecimento e acompanhamento do processo de implantação e implementação do Sistema Estadual da Gestão das Informações em Saúde Mental (SISMENTAL) nos serviços de Saúde Mental do estado; o apoio a implantação de comitês regionais de Prevenção de Automutilação e Suicídio; na qualificação dos profissionais das unidades prisionais, do judiciário, da Assistência Social e da Saúde nas 19 regiões de Saúde.

Merece destaque também as três equipes de Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicadas à Pessoas com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei (EAP). As equipes trabalham com o foco no processo de desinstitucionalização de pessoas internadas no HNR, bem como na evitação de internações desnecessárias; qualificação dos atores do sistema prisional, do judiciário, do SUAS e do SUS para atendimento a essa população; articulação para criação, implantação e implementação do Programa Estadual destinado a essa população.

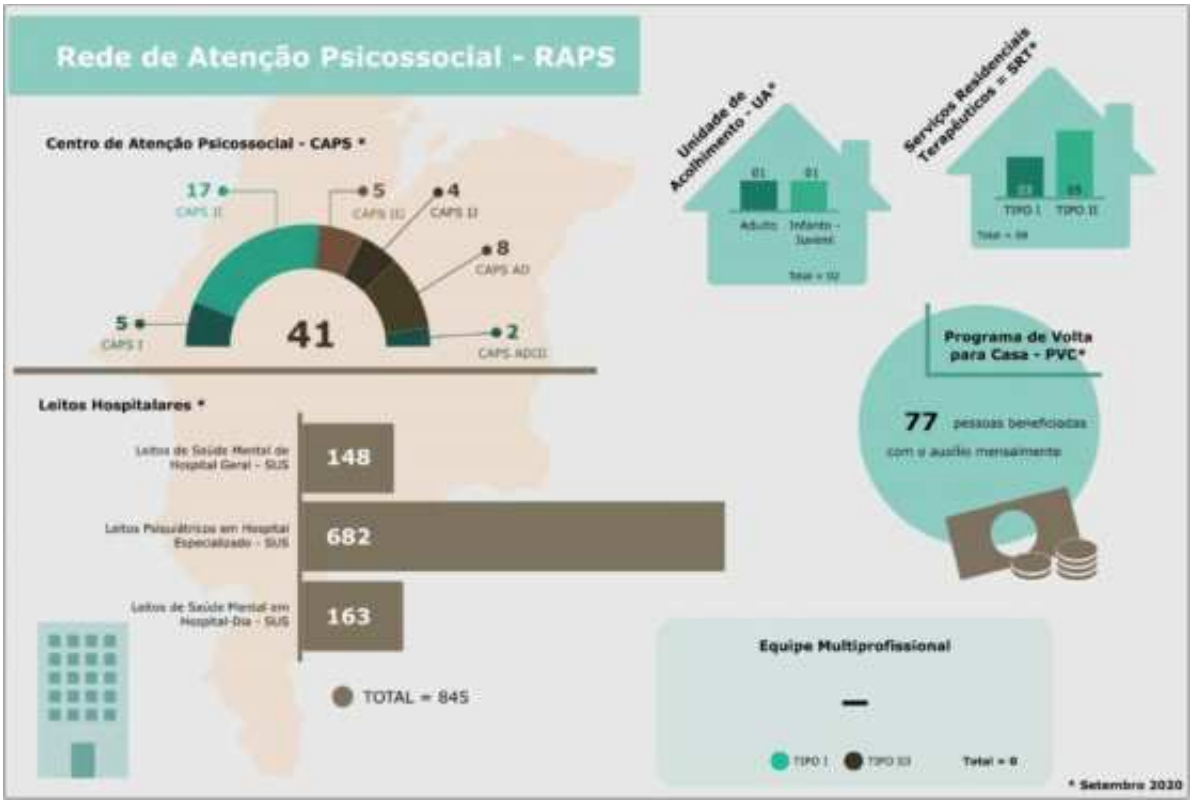
A Rede de Atenção Psicossocial organiza-se nos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial e tem por objetivos garantir:

- Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

- Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria GM/MS n° 3.088/2011, tem o objetivo de acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Figura 24 – Rede de Atenção Psicossocial, Estado do Maranhão.



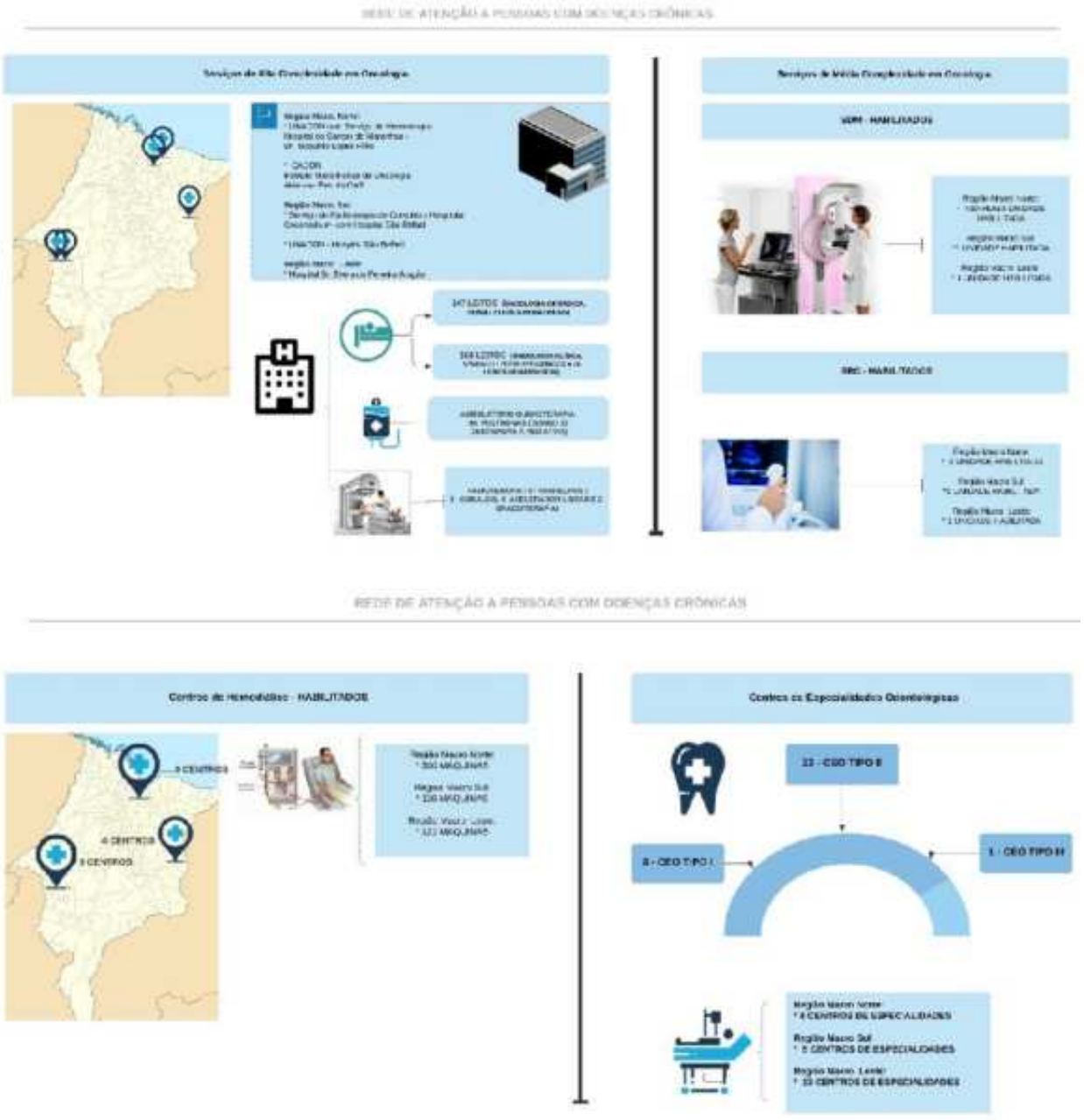
Fonte: Departamento de Saúde Mental/SAPAPVS/SES-MA

3.3.3.3. Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas

Em decorrência das mudanças demográficas, dos padrões de saúde e doenças destacam-se o aumento da prevalência das condições crônicas não transmissíveis (DCNT) e suas complicações, muitas delas tendo como fatores de risco aqueles associados as condições de vida, como sedentarismo e a alimentação inadequada, alcoolismo e tabagismo.

A Rede de Atenção às Pessoas com Condições Crônicas vem sendo pensada a partir de diferentes tecnologias, estruturadas em serviços territorializados, construídos da seguinte forma: Serviços Assistenciais em Oncologia, Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, Serviços Assistenciais em Cardiologia, Serviços Assistenciais em Neurologia e Serviços Assistenciais de Alta Complexidade em Nefrologia. As diretrizes da Rede estão definidas nas portarias nº 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e Portaria nº 483, de 1° de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Figura 25 – Rede de Serviços de Atenção à Pessoas com Doenças Crônicas, Estado do Maranhão.



Fonte: Grupo Condutor Estadual RAPDC

3.3.3.4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

Atualmente com base na Lei Brasileira de Inclusão (LBI), nº 13.146, de 06 de julho de 2015, em seu art. 2º, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A política de saúde para pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS), instituída por meio da Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil, por meio de uma atenção integral à saúde dessa população, desde a Atenção Primária em Saúde (APS) até a reabilitação, incluindo o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando necessário.

O objetivo é promover saúde, prevenir e diagnosticar deficiência precocemente, além de tratar com foco na habilitação e reabilitação das suas capacidades funcionais (física, auditiva, intelectual e visual) desenvolvendo, desta forma, suas potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia.

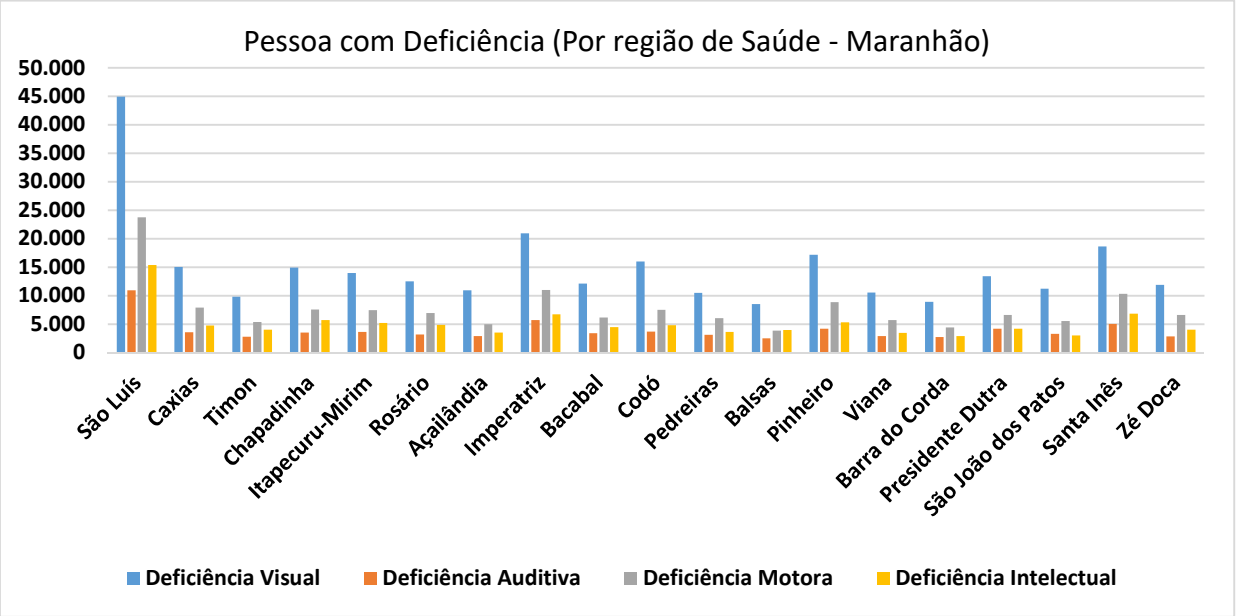
A criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência oportunizou a implantação das Redes Estaduais de Cuidado à Pessoa com Deficiência através da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012), especialmente referente aos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas. Esta Portaria institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente progressiva, regressiva ou estável intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as prerrogativas do SUS citadas acima, está o acesso que é a garantia da entrada do usuário à rede de saúde em tempo adequado. Neste sentido, faz-se necessário a implantação de um conjunto de mecanismos, tais como: implantação de serviços de atenção à saúde e de reabilitação nos três níveis de atenção; de linhas de cuidado integral à saúde; de diretrizes e protocolos de atendimento; de fluxos de acesso e assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários; de sistema de regulação efetivo, de avaliação permanente dos serviços oferecidos; além de uma equipe integrada e capacitada em relação aos fluxos de acesso, de assistência e da referência e contra referência, visando à qualificação do cuidado, desde o acolhimento até o seu seguimento no território do indivíduo.

Em 2010, optou-se por identificar as pessoas com deficiência que respondessem ter pelo menos alguma dificuldade em uma ou mais questões por tipo de deficiência. A partir dessa leitura foram consideradas 45.606.048 o número de pessoas com deficiência no Brasil, o que corresponde a 23,9% do total da população recenseada pelo Censo Demográfico 2010. Contudo, o IBGE publicou a Nota técnica n° 01/2018, que traz a releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington, onde identifica-se como pessoa com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter muita dificuldade ou não consegue de modo algum em uma ou mais questões no Censo 2010. Sendo assim, ao aplicar esta nova linha de corte, a população total de pessoas com deficiência residentes no Brasil captada pela amostra do Censo Demográfico 2010 passa de 45.606.048 pessoas, ou 23,9% do total para um quantitativo de 12.748.663 pessoas, ou 6,7% do total da população registrado pelo Censo Demográfico 2010.

No Maranhão, o número de pessoas com deficiência pelo Censo de 2010 é em torno de 2.242.999, o que equivale a um percentual de 34,1% da população com pelo menos uma deficiência. No entanto, após a publicação pelo IBGE da Nota técnica nº 01/2018 a qual instituiu os novos parâmetros sob as recomendações do Grupo de Washington, o percentual de pessoas com deficiência no Maranhão alterou de 34,1% para 9,11%, o que equivale a uma população de 599.167 de pessoas com grande dificuldade ou não conseguem de modo algum, conforme descrito nos gráficos abaixo.

Gráfico 64 - Número de pessoas com deficiência no Maranhão por tipo e por Região de Saúde.



Fonte: IBGE, 2010; Nota Técnica IBGE 01/2018; Grupo Condutor Estadual RCPD.

Diante deste contexto populacional, do vazio assistencial nas áreas da reabilitação e peculiaridades sócio demográficas e características geográficas do Estado do Maranhão, se fazem necessárias e urgentes, ações voltadas para a saúde desta população, especialmente na reabilitação.

A Rede de Cuidados a Saúde da Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, conta com os pontos de atenção à saúde na Atenção Básica, Especializada, Hospitalar, Urgência e Emergência; é na atenção especializada que prioritariamente estão inseridos os Centros Especializados em Reabilitação (CER), estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação e as Oficinas Ortopédicas, os quais deverão estar articulados entre si no Componente da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, bem como, com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde. Conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI, os Centros Especializados em Reabilitação são pontos de atenção ambulatorial especializados em reabilitação que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva e será organizado conforme o número de modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) prestadas, a saber:

- CER II: presta atendimentos de duas modalidades de reabilitação;
- CER III: presta atendimentos de três modalidades de reabilitação;
- CER IV: presta atendimentos de quatro modalidades de reabilitação.

Diante do número populacional de pessoas com deficiência que apresentam grandes dificuldades ou não conseguem de modo algum, da sua extensão geográfica e do número de municípios existentes, são ofertados no Maranhão 43 (quarenta e três) serviços de reabilitação física e intelectual através das APAES e Centros de Fisioterapia de gestões filantrópicas e municipais, respectivamente, como descrito no gráfico 65; porém, estes serviços não estão articulados e na grande maioria não se enquadram dentro dos critérios propostos pela Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, (PRT de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017) e pelo instrutivo da RCPD, fragilizando o cuidado às pessoas com deficiência.

Por outro lado, existem apenas 07 (sete) Centros de Reabilitação habilitados conforme demonstrado no gráfico 66 distribuídos na seguinte forma: dois destes Centros de Reabilitação, localizados na Região de São Luís, o CER do Olho tipo III, nas modalidades de reabilitação física, intelectual e visual e a APAE de São Luís, também tipo III nas modalidades de reabilitação física, intelectual e auditiva, 01 CER tipo III nas modalidades de reabilitação física, intelectual e auditiva localizado na região de Caxias, 01 CER tipo II nas modalidades de reabilitação física e intelectual em Timon, 01 CER tipo II nas modalidades de reabilitação física e intelectual em Imperatriz, 01 CER tipo II nas modalidades de reabilitação física e intelectual em Grajaú e 01 CER tipo II nas modalidades de reabilitação física e intelectual em Balsas. Além destes CER habilitados, existe em Imperatriz um serviço habilitado de modalidade única, como serviço de reabilitação auditiva.

Figura 26 - Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência no Estado do Maranhão.



Fonte: Departamento Multidisciplinar/ SAAS/SES

Ainda como parte do cuidado integral e, na perspectiva da inclusão social, laboral, afetiva e familiar, existem dentro da atenção especializada os serviços de confecção, dispensação, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) através das oficinas ortopédicas, as quais se classificam em oficina ortopédica fixa e oficina ortopédica itinerante.

No Maranhão não existe nenhuma oficina ortopédica e estes serviços não são oferecidos à população na sua totalidade, onde acontecem apenas as dispensações de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) de forma limitada pela SEMUS de São Luís e SEMUS de Imperatriz para todo o estado do Maranhão, conforme pactuação da PPI de 2004. Também vale ressaltar como parte da promoção da autonomia e inclusões acima citadas, a utilização de tecnologias assistivas.

A "Tecnologia Assistiva" é uma área do conhecimento, de característica multiprofissional e interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade

reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social" (Brasil, 2009).

A indicação e orientação para o uso da Tecnologia Assistiva deve estar pautada em critérios, como o ganho funcional do usuário e a ampliação e ganho de habilidades funcionais e ocupacionais, proporcionando à pessoa com deficiência maior independência, qualidade de vida e inclusão social, por meio da ampliação de sua comunicação, mobilidade, controle de seu ambiente e habilidades de seu aprendizado e trabalho.

3.3.3.5. Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil

O acesso às ações e serviços qualificados de prevenção e Atenção à Saúde das Mulheres requer o estabelecido em cada região de saúde referente ao atendimento integral em diferentes níveis de complexidade, de modo a viabilizar e fortalecer a ampliação do acesso à saúde. Nesta organização, destaca-se a Rede Cegonha, estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS e fundamentada nos princípios da humanização e assistência.

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

- O direito à ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal às mulheres, recém-nascidos e crianças;
- A vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto;
- A realização de parto e nascimento seguros, mediante boas práticas de atenção;
- Acompanhante no parto, de livre escolha da gestante;
- A atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade
- O planejamento reprodutivo.

No Estado do Maranhão, 215 municípios realizaram a adesão ao componente pré-natal, sendo que quatro Regiões de Saúde (São Luís, Imperatriz,

Codó e Caxias) com Planos Regionais da Rede Cegonha aprovados, em conformidade com a PORTARIA Nº 1.595, DE 2 DE AGOSTO DE 2013. As demais Regiões de Saúde estão aguardando publicação em seus respectivos planos por parte do Ministério da Saúde.

O Estado do Maranhão apresenta uma alta mortalidade materna, por isso, sua redução foi adotada como prioridade. Em média 85% dos óbitos são considerados evitáveis, sendo 71% desses óbitos são atribuídos à fragilidade da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento humanização e assistência, na qual mulheres e recém-nascidos têm direito à ampliação do acesso, acolhimento com classificação de risco e à melhoria da qualidade do pré-natal, conforme dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) .

No âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha foi instituída considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos.

No intuito da Redução da Mortalidade Materno e Infantil no Brasil, o Ministério da Saúde cria a estratégia da Rede Cegonha que foi lançada em 2011, para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto).

Entre as ações da Rede Cegonha está a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), onde a mulher é acompanhada por uma enfermeira obstetra ou obstetriz, num ambiente preparado para que possa exercer as suas escolhas, como se movimentar livremente, ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor; Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) espaço intermediário para aquelas mulheres e bebês que precisam de cuidados especiais, necessitando estar próximo ao hospital, mas não internadas; a ampliação e qualificação de leitos para gestantes de alto risco, UTI e UCI neonatal e Banco de Leite Humano (BLH) é um serviço especializado, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao

aleitamento materno e execução das atividades de: coleta da produção lática de nutrizes, do seu processamento, controle de qualidade e distribuição.

No tocante aos serviços assistenciais à Saúde da Rede Materno e Infantil implantado no Estado do Maranhão, atualmente temos dois (02) CPN cadastrados e habilitados, (01) um na Região de Açailândia, no município de Buriticupu e (01) um na Região de Codó, no município de Codó. Nas Regiões de Imperatriz e Metropolitana tem um (01) CPN no município de Amarante e em São José de Ribamar, cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES e aguardando a publicação de habilitação pelo Ministério da Saúde.

Os serviços de CGBP do Estado do Maranhão estão localizados na Região de Imperatriz e Região Metropolitana em São luís, sendo um (01) vinculada na Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão - MACMA e um (01) no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz. Em relação leitos obstétricos existentes no estado atualmente estão distribuídos nas 19 regiões de saúde conforme descrição em tabela abaixo.

No que refere os serviços de Banco de Leite Humano, atualmente no Maranhão temos (03) três Bancos de Leite, sendo (02) dois situado na região São Luís nas unidades hospitalares: Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA), Hospital Universitário Materno Infantil-HUUFMA, e (01) no Hospital Regional Materno Infantil (HRMI), em Imperatriz.

Tabela 33 – Serviços da Rede Materno Infantil, por componente e Região de Saúde, Maranhão.

REGIÃO DE SAÚDE	CNES SUS (DATASUS)				LEITOS EXISTENTE/FUNCIONANDO				LEITOS HABILITADOS			
	GAR	Leitos Obstétricos	CGBP	CPN	GAR	Leitos Obstétricos	CGBP	CPN	GAR	Leitos Obstétricos	CGBP	CPN
Açailândia	0	96	0	1	0	96	0	1	0	96	0	1
Bacabal	0	60	0	0	0	60	0	0	0	60	0	0
Balsas	0	84	0	0	0	84	0	0	0	84	0	0
Barra do Corda	0	62	0	0	0	62	0	0	0	62	0	0
Caxias	13	46	0	0	13	46	0	0	13	46	0	0
Chapadinha	0	80	0	0	0	80	0	0	0	80	0	0
Codó	0	57	0	1	0	57	0	1	0	57	0	1
Imperatriz	23	135	1	0	23	57	1	0	23	57	1	0
Itapecuru	0	110	0	0	0	110	0	0	0	110	0	0
Pedreiras	0	49	0	0	0	49	0	0	0	49	0	0
Pinheiro	0	91	0	0	0	91	0	0	0	91	0	0
Presidente Dutra	0	85	0	0	0	85	0	0	0	85	0	0
Rosário	0	68	0	0	0	68	0	0	0	68	0	0
Santa Inês	0	74	0	0	0	74	0	0	0	74	0	0
São João dos Patos	0	55	0	0	0	55	0	0	0	55	0	0
São Luís	34	321	1	0	34	321	1	1	34	321	1	1
Timon	0	47	0	0	0	47	0	0	0	47	0	0
Viana	0	97	0	0	0	97	0	0	0	97	0	0
Zé doca	0	82	0	0	0	82	0	0	0	82	0	0
Total	70	1699	2	2	70	1699	2	2	70	1699	2	2

Fontes: SAAS RAMI e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde- SCNES 01/09/2020

No que se refere aos leitos de UTI neonatal, segundo o Ministério da Saúde, o número aumentou aproximadamente 10% entre 2015 e 2018, totalizando 4.697 leitos disponíveis na rede pública em todo o Brasil. Por meio da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde incentiva abertura de nos serviços de leitos de UTI Neonatais, que devem ser oferecidos para a população e cabe aos gestores estaduais e municipais definirem a quantidades de leitos de UTI neonatais conforme pactuações nas Comissões Intergestores Regionais – CIR, capacidade instalada e reorganizações da Rede Materno Infantil.

As Unidades Neonatais são um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada.

- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): Ambiente de alta complexidade com atendimento especializado ao recém-nascido grave.
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO): Ambiente de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.
- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA): Serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 horas por dia, até a alta hospitalar.

Referente a distribuição de leitos de UTI Neonatal no Estado do Maranhão, atualmente temos 146 Leitos de UTIN cadastradas no SCNES e funcionando, sendo 132 habilitados; leitos UCINCO são 84 cadastrados e funcionando, destes 56 são habilitados; Leitos UCINCA 39 cadastrados e funcionando, destes 23 são habilitados. Segue abaixo tabela de distribuição dos leitos por regiões de saúde.

Tabela 34 – Número de Leitos SUS por Componente de Investimentos, Segundo Região de Saúde, Estado do Maranhão.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CNES SUS (DATASUS)			LEITOS EXISTENTE/FUNCIONANDO			LEITOS HABILITADOS		
	UTIN	UCINCO	UCINCA	UTIN	UCINCO	UCINCA	UTIN	UCINCO	UCINCA
Balsas	0	6	4	0	6	4	0	0	0
Caxias	11	0	5	11	0	5	11	0	0
Codó	10	8	0	10	8	0	0	0	0
Imperatriz	40	17	6	40	17	6	40	17	6
São Luís	85	53	24	85	53	24	81	39	17
Total	**146**	**84**	**39**	146	146	146	**132**	**56**	**23**

Fontes: SAAS RAMI e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde- SCNES 01/09/2020

- ✓ Políticas Transversais de Atenção à Saúde

A transição entre o ideário da Rede de Atenção à Saúde AS e a sua concretização ocorre através de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um sistema de saúde organizado em rede.

Este processo contínuo deve refletir coerência e convergência entre o Pacto pela Saúde como diretriz institucional tripartite, as políticas vigentes (Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, políticas específicas voltadas a grupos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social, política de Vigilância e Promoção a Saúde, política de Urgência e Emergência, e outras) e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários.

- Atenção à Saúde da Criança e Adolescente

A Constituição Federal de 1988 garantiu o direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, que estabeleceu mudanças significativas na assistência à saúde, com nova forma de organização da rede de serviços, definida por níveis de complexidade tecnológica crescente e assistência a uma população delimitada geograficamente. Os recursos e competências relativas às ações e aos serviços de saúde foi descentralizada, garantindo acesso a bens e serviços aos grupos populacionais mais vulneráveis, entre eles as mulheres e crianças.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança é composta por sete eixos estratégicos que têm como propósito orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde da criança no território, a partir dos determinantes sociais e condicionantes, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades e riscos. As ações são organizadas a partir das Redes de Atenção à Saúde - RAS, essencialmente pela Rede de Atenção Materna Infantil - RAMI e tendo a Atenção Básica como ordenadora e coordenadora das ações e do cuidado no território.

A Organização Mundial de Saúde - OMS compreende a adolescência como sendo a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade. O Estatuto da Criança e do

Adolescente, entretanto, define que a infância é a fase que se inicia do nascimento até os 12 anos incompletos; a adolescência se encontra na faixa etária dos 12 aos 18 anos incompletos. O Estado do Maranhão, em consonância com o Ministério da Saúde adota o conceito de adolescência conforme concepção da OMS.

Em nível nacional, ainda não há instituída uma política que estruture as ações voltadas à saúde do adolescente. Contudo, tem-se as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Proteger e Cuidar de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes na Atenção Básica. Este documento é dividido em 3 partes que priorizam: a necessidade de proteção e cuidado, crescimento e desenvolvimento e cuidado da saúde de adolescentes.

As ações referentes à saúde do adolescente, em nível estadual, estão sob a responsabilidade da Secretaria Adjunta da Política da Atenção Primária e Vigilância em Saúde, bem como da Superintendência da Atenção Primária em Saúde, por meio do Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente – DASCA. Contudo, é mister destacar que em razão das peculiaridades típicas dessa fase da vida, as ações referentes à atenção à saúde dos adolescentes têm interface com outras políticas de saúde, como aqueles referentes à saúde da mulher, atenção às infecções sexualmente transmissíveis, saúde mental, entre outras.

- Política de Alimentação e Nutrição

O Brasil vem enfrentando aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias, assim como as doenças crônicas representadas principalmente pelas doenças cardiovasculares e hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes e alguns tipos de câncer são a principal causa de morte em adultos.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN está organizada em diretrizes que abrangem a organização da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS) com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2019).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), no Brasil, a prevalência de excesso de peso é de 56,9% da população adulta. No Maranhão,

segundo dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), 2019, o estado registrou 53,8% de sua população adulta com excesso de peso, prevalência maior do que 45,0% registrada em 2013. Em crianças menores de cinco anos, tanto o excesso de peso, assim como a obesidade no Maranhão têm alcançado similaridades com o Brasil, com prevalências de 15,12% de excesso de peso no Maranhão e 15,73% no Brasil; e percentuais de obesidade de 7,0% no Maranhão e 6,9% no Brasil (SISVAN, 2019). Em relação à desnutrição, observa-se uma frequência de 6,54% das crianças menores de cinco anos do Maranhão nesta condição, comparadas à 5,63% no Brasil (SISVAN, 2019).

No estado, a desnutrição pregressa em crianças menores de cinco anos, quando comparada a outros estados da federação, pode ser considerada ainda um problema de saúde pública, ao mesmo tempo, a prevalência de excesso de peso vem aumentando, tanto em crianças (CHAGAS, 2013; LOPES, 2019) quanto em adultos (SISVAN, 2019).

Nesse contexto, para o enfrentamento desse cenário, é emergente a necessidade de ampliação de ações intersetoriais que repercutam positivamente sobre os diversos determinantes da saúde e nutrição. Reforça-se a necessidade de ações articuladas intersetoriais para o enfrentamento deste cenário epidemiológico, pautado na disponibilidade e acesso a alimentos saudáveis, educação, comunicação e informação; promoção de hábitos saudáveis nos ambientes (escolas entre outros) e territórios; práticas de atividade física; atenção integral aos indivíduos com excesso de peso; regulação e controle da qualidade e inocuidade dos alimentos (BRASIL, 2017).

No ambiente da Atenção Básica destacamos o Programa Nacional de Suplementação de vitamina A, Programa Nacional de Suplementação com Ferro, Programa Bolsa Família, Programa Crescer Saudável, Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó-NutriSUS, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e as ações de vigilância alimentar e nutricional que consistem na descrição contínua e na predição das tendências de condição de alimentação e nutrição da população brasileira (BRASIL, 2019).

Dos 217 municípios maranhenses, 100% destes aderiram ao Programa Crescer Saudável (conjunto de ações no âmbito do PSE, voltadas a contribuir com a prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil); 36,4% aderiram ao Estratégia

de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em Pó (NutriSUS), nas creches do PSE; ademais, foram formados de 2013 a 2017, 193 tutores na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (ações de fortalecimento da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável em menores de 2 anos) de diversos municípios do Estado.

- Atenção à Saúde da Mulher

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Apresentam-se neste diagnóstico não apenas informações sobre o nível de saúde das mulheres, mas também sobre as condições que aumentam a vulnerabilidade e geram iniquidades em saúde para um melhor planejamento e execução das políticas públicas para mulheres.

Os objetivos gerais da PNAISM, dos quais o Estado do Maranhão compartilha, são:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território.
- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

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

- Reduzir a mortalidade materna e infantil;

- Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama;
- Promover a saúde, com ênfase nos hábitos saudáveis, como alimentação nutritiva e atividade física;
- Fortalecer a atenção básica, garantindo que a Estratégia Saúde da Família esteja ao alcance de todos.

Estes compromissos estão alinhados ainda aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU, que nos objetivos 3 (assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades) e 5 (alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas) apresentam metas relacionadas à saúde das mulheres e crianças. São metas que visam impactar as profundas iniquidades em saúde relacionadas à condição feminina e agravadas por condições de etnia, de classe social, de local de moradia e modos de inserção no trabalho.

As desigualdades vivenciadas pelas mulheres do campo, floresta e águas são maiores quando comparadas com as moradoras das áreas urbanas, são mulheres responsáveis pelos trabalhos domésticos, rurais, pescadoras artesanais, quebradeiras de coco, e que enfrentam violências quer doméstica, familiar ou sexual, relacionadas aos conflitos. Portanto, é fundamental o reconhecimento e o fortalecimento das práticas populares tradicionais e integrativas de saúde observando os diferentes ciclos de vida, pois como indicam os dados do IBGE de 2010, as mulheres maranhenses com mais de 70 anos viviam majoritariamente na zona rural.

Diante deste cenário, uma visão mais ampla dos fatores de risco e vulnerabilidade, tais como os indicadores de pobreza, analfabetismo, saneamento básico e de saúde, especialmente relacionados às doenças prevalentes para determinada população epidemiológica, é necessária para a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção à saúde. É preciso reafirmar a luta contra a discriminação por raça/cor, orientação sexual e gênero. Além disso, a promoção dos direitos humanos das mulheres, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos, deve ser a diretriz de atuação da Política de Saúde da Mulher.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Estado do Maranhão está em processo de implementação, com o propósito de superar a atual fragmentação da assistência às pessoas, em especial às mulheres,

de acordo com suas necessidades, de um conjunto de serviços contínuos, a partir da organização de uma linha de cuidado, que perpasse todos os níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária).

Na estruturação desta Rede, o desafio é a organização do fluxo de referência e contra referência pactuado em CIR para a assistência às pessoas e das mulheres com neoplasia maligna.

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

- Atenção à Saúde do Adulto e Idoso

  - ✓ Saúde do Homem

A atenção integral à saúde do homem no Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo orientada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), pois esta população apresenta menor acesso aos serviços de saúde. Essa atenção requer que os trabalhadores da saúde ampliem o olhar quanto ao acesso, ao acolhimento e ao atendimento a essa população, contemplando os aspectos de saúde do homem em toda sua singularidade, diversidade e complexidade.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e em seguida, instituída pela Portaria n. º 1.944, de 27 de agosto de 2009, atualmente inscrita no Anexo XII da Portaria de Consolidação nº. 02, de 28 de setembro de 2017, surgiu de demanda específica: a de incluir os homens na atenção à saúde, considerando os indicadores que apontavam e ainda apontam a necessidade de se olhar para a saúde dos homens.

Está alinhada à Política Nacional de Atenção Básica com foco na Estratégia de Saúde da Família, 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. Dentro deste contexto estão

contempladas as populações em situação de vulnerabilidade (população em situação de rua, povo de religião de matriz africana, campos, floresta, água, quilombo) sendo, portanto, norteadora das ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

No decorrer da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi possível identificar lacunas e necessidades de aperfeiçoamento, em especial no que se refere à promoção e prevenção da saúde, como cuidado e qualidade de vida.

A mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, caracterizado pelo aumento progressivo da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis, como diabetes, doenças coronarianas, entre outros; e o aumento da mortalidade por causas externas, entre as quais se destacam acidentes, homicídios e suicídios em que o homem tem prevalência maior.

A política deve incluir os ciclos de vida – desde a infância até o envelhecimento, considerando a integralidade e fazendo o recorte das masculinidades, e não focar apenas em uma faixa etária. Os determinantes sociais e de saúde devem reconhecer as vulnerabilidades socioculturais das masculinidades como: trabalho, ambiente, raça/etnia, orientação sexual, identidade de gênero, idade, deficiências, entre outros.

Na perspectiva de ampliar o olhar sobre a Atenção Integral à Saúde do Homem o Maranhão buscará agregar essas considerações e conceitos ampliando o escopo da política, incluindo os ciclos de vida, as diversas expressões das masculinidades, os determinantes sociais e culturais com vistas a dialogar de forma intra e intersetorial com outras políticas de saúde e políticas sociais para a promoção da saúde e da qualidade de vida dos homens, reduzindo os riscos e agravos à saúde da população masculina.

- ✓ Saúde do Idoso

O envelhecimento populacional é um fenômeno crescente, esse processo caracteriza-se pelo constante aumento da expectativa de vida e a queda de fecundidade. Fatores estes, que juntos, resultam numa grande quantidade de idosos

e uma significativa redução de crianças e jovens. Esta situação proporciona uma transição demográfica, modificando a forma da pirâmide etária, a base, composta por jovens, fica estreita e o topo, representado por idosos, aumenta.

Nesse contexto, no âmbito da política da atenção as pessoas idosas a capacitação profissional é uma imprescindível ferramenta capaz de contribuir na forma de cuidar do idoso e orientar os familiares como proceder em cada caso, pois a pessoa idosa tem suas especificidades e necessita de uma atenção integral e integrada do profissional de saúde.

Para implementação da Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no período de 2015 a 2018, focamos em diversas capacitações da linha de cuidado da saúde do idoso, capacitação para multiplicadores da política de saúde da pessoa idosa com uso da caderneta do idoso e oficina de subnoticação da violência.

A temática da violência, pela área da saúde no Brasil, vem se fazendo de forma fragmentada, lenta, não contínua, porém progressiva. Ao setor saúde compete realizar ações de promoção de saúde, de prevenção de agravos, de atendimento às várias formas de violência e de normalização das casas e clínicas de longa permanência.

- ✓ Atenção Integral à Saúde da População Negra

Instituída em 13 de maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992/2009, tem o propósito de promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e serviços do SUS.

Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) quanto à discriminação racial no Brasil apresentam a seguinte situação: os negros são os mais assassinados, têm menor escolaridade, salário, acesso à saúde, participação no Produto Interno Bruto (PIB) e ocupação em postos nos governos, e as maiores taxas de desemprego, são os que mais lotam as prisões e sofrem mortalidade precoce. Em 2010, dos homicídios de jovens no Brasil 76,6% eram negros. Conforme dados da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), sendo considerados jovens as pessoas na faixa etária de 15 a 29 anos.

O Maranhão apresentou taxa de homicídios no recorte raça cor de 10,2% em branco, e 89,8% em negro, correspondendo em número absoluto, respectivamente a 50 brancos e 439 negros. Comprova-se assim, situação que vem se apresentando cada vez mais preocupante, com elevado número de casos de homicídios de jovens negros caracterizando um extermínio, considerando que os jovens serão os futuros adultos.

De acordo com dados do SUS, a taxa de mortalidade materna de mulheres negras é sete vezes maior que a mesma taxa entre mulheres não negras e a diferença relativa entre o nível da mortalidade infantil de negros e não negros é de 40%. As principais doenças e agravos prevalentes que atingem essa população são: anemia falciforme, câncer de colo de útero e mama, miomatose uterina, diabetes mellitus, hipertensão arterial, DST/AIDS, hanseníase, tuberculose, leishmaniose, alta taxa de mortalidade materna, neonatal e juvenil. Sofrem danos físicos e morais decorrentes do trabalho escravo, agressões, violência, rede de prostituição, tráfico de pessoas e de órgãos.

As Escutas Territoriais foram realizadas nas 7(sete) macrorregionais de saúde, onde todas as 19(dezenove) regiões do Estado foram contempladas. Todas as escutas tiveram a participação de representantes dos movimentos sociais, gestores municipais, profissionais de saúde, Povos e Comunidades Tradicionais (Quilombolas e Matriz Africana) e representantes do controle social. Com o objetivo de promover a escuta qualificada da população negra - levantar demandas e prioridades para construção coletiva da Política Estadual de Saúde Integral da População Negra do MA.

O 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, que tem como objetivo principal nortear todas a ações na esfera estadual e municipal, tendo como desafio a pactuação em todos os municípios do estado, proporcionando assim a melhoria da qualidade de vida da população negra do nosso estado.

- Comunidades Remanescentes de Quilombo

O Maranhão é um dos estados que possui o maior número de quilombos no país, cerca de 1.457 comunidades remanescentes quilombolas, distribuídas nas

18 regiões maranhenses (94,74%), em 88 municípios (40,55%), em maior concentração nas regiões de São Luís, Pinheiro e Itapecuru Mirim. Destas, somente 501certificadas pela Fundação Cultural Palmares e 68 tituladas pelo Instituto de Terra do Maranhão - ITERMA. A Atenção Básica em Saúde conta com 206 equipes de Estratégia de Saúde da Família Quilombola/ESFQ em território estadual. Entre as causas de morbimortalidade mais frequentes destacam-se a hipertensão arterial, diabetes mellitus, leishmanioses, hanseníase, tuberculose, neoplasias de fígado e próstata, anemia falciforme, anemia ferropriva, uso abusivo de álcool e outras drogas.

- Povos e Comunidades Tradicionais de Religião de Matriz Africana

A intolerância religiosa é crescente no Brasil, mesmo sendo a prática religiosa um direito humano, amparada constitucionalmente e reforçada pelo conceito laico do Estado. Em se tratando dessas religiões, o compromisso do Estado baseado no I Plano de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades de Religião de Matriz Africana/2012-2015, de proteger indivíduos e grupos no exercício de suas crenças deixa a desejar. Conforme o Plano, “comunidades tradicionais de matriz africana constituem espaços próprios de resistência e sobrevivência, que possibilitaram a preservação e recriação de valores civilizatórios, de conhecimentos e da cosmovisão trazidos pelos africanos, quando transplantados para o Brasil. Caracterizam-se pelo respeito à tradição e aos bens naturais; o uso do espaço para a reprodução social, cultural e espiritual da comunidade; e a aplicação de saberes tradicionais transmitidos através da oralidade”.

No Maranhão, denominado como povo de terreiro ou de santo, representado por seus babalorixäs e yalorixás houve a construção coletiva do Plano Estadual de Desenvolvimento Sustentável para Povos e Comunidades de Matriz Africana em articulação com instituições e representações desse segmento. Encontram-se terreiros em todas as regiões maranhenses (100%), seguidores que cultuam, preservam e professam as religiões afro-brasileiras (Umbanda, Tambor de Mina, Tambor de Caboclo, Terecô, Encantaria, Pajelança, Candomblé). Sofrem preconceitos decorrentes dos estereótipos construídos socialmente, enfatizando representações negativas, desvalorizando e desprestigiando uma tradição religiosa ancestral. Esse imaginário social decorrente do desconhecimento por preconceito,

temor e aversão reflete uma negação de direito a essas pessoas. Na área da saúde, observa-se no cotidiano desrespeito por parte dos profissionais as (os) seguidoras (es) das religiões de matriz africana, quanto ao acolhimento, acesso, oferta e prestação dos serviços de saúde. Tal situação talvez ocorra por desconhecimento de suas especificidades, algo que não está incluído na formação profissional, bem como, a não socialização de seus saberes ancestrais, que são transmitidos através da oralidade para as filhas (os) de santo.

Segundos relatos dos seguidores, em relação à morbidade, apresentam agravos relacionados à hipertensão arterial, diabetes mellitus, transtornos mentais, IST, violência, homicídios, hepatites virais, entre outros. Informaram que a mortalidade é elevada devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde de atenção básica e assistência especializada. Relatam que há resistência dos profissionais em realizar visitas domiciliares nos terreiros, de utilizar o espaço para promover mobilizações sociais e de democratizar a informação em saúde aos usuários seguidores de religião de matriz africana, o que contribui para o preconceito, discriminação, diminuição da autoestima. Somando outros instrumentos de gestão, está em processo de construção um protocolo de Acolhimento e Atendimento qualificado para população respeitando seus alimentos sagrados fortalecidos legitimados, na política Estadual de Saúde Integral da População Negra comunidades Tradicionais de Matriz Africana , quilombola, tendo como missão o combate do racismo ,desigualdades ético raciais e do racismo institucional como determinante sociais das condições de saúde, com vista a promoção de equidade em saúde integrando o primeiro Plano Operativo que tem como objetivo principal tendo como diretriz orientadora a implementação da política no âmbito Estadual.

- ✓ Atenção Integral à Saúde da População Albina

Os albinos no Maranhão, concentram-se na Região de Pinheiro e residem na Ilha dos Lençóis, situada na porção leste do arquipélago de Maiaú, no município de Cururupu. A praia dos Lençóis, como é chamada pelos ilhéus, é uma pequena comunidade de pescadores artesanais, onde vivem os albinos e seus descendentes. A maioria da população é nativa da ilha e tem como ocupação a pesca, a principal fonte de alimento e renda e onde o turismo ainda é pouco incentivado; predominância

da religião católica e tambor de mina; iluminação feita através do sistema eólico, projeto da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Outra região em que há número significativo dos albinos é a Região de Chapadinha, no município de Tutóia, segundo o diagnóstico de situação em áreas de maior vulnerabilidade realizadas pela equipe técnica da Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária em Saúde, por meio da Superintendência de Vigilância Epidemiológica/SES-MA, e a Secretaria Municipal de Saúde de Cururupu, no período de 19 a 24 de agosto de 2013.

De acordo com as informações coletadas conclui-se que essa população enfrenta uma situação de grande vulnerabilidade. A distância do município, a dependência de um único meio de transporte (barco) e quase sempre com a finalidade de transportar pescadores, comerciantes, crustáceos e mariscos dificulta o acesso aos serviços de saúde.

O albinismo é uma condição genética na qual os indivíduos nascem sem melanina, pigmento responsável pela coloração da pele, olhos, cabelos e pelos. E que necessitam de intenso acompanhamento e orientações quanto ao uso de foto protetor e prevenção ao aparecimento de novas lesões. Assim, a prevenção continua sendo a melhor forma de monitoramento e acompanhamento dos pacientes portadores desta alteração.

- ✓ Atenção Integral à Saúde da População do Campo, Floresta e Águas

É um reconhecimento dos determinantes e condicionantes sociais do campo, da floresta e da água no processo saúde/doença dessas populações. População geral residente no Maranhão é de 2.427.640 pessoas vivendo em área rural, sendo que a maior concentração dessa população está nas regiões de São Luís (233.065), Pinheiro (196.783) e Chapadinha (193.688), enquanto que o menor quantitativo encontra-se nas regiões de Timon (66.805), Balsas (78.396) e Pedreiras (80.007). Em relação à situação por ciclo de vida, as pessoas residentes na área rural, o estado apresenta população infantil de 546.646 crianças, jovem de 550.991 adolescentes, adulta de 1.126.762 e 203. 241 pessoas idosas. As condições de saúde são precárias considerando os determinantes sociais como extrema pobreza, falta de educação, moradia, trabalho, lazer, acesso desigual às ações e serviços de saúde e

outras iniquidades. Possuem jeito próprio de cuidar da saúde que se expressa nas práticas populares, uso de ervas e chás, desenvolvendo de modo singular o cuidado, a promoção da vida, da saúde e da cidadania. As condições de desigualdade vivenciadas por esses povos são mais precárias quando comparado com a área urbana. Falta de saneamento básico e abastecimento de água levando-os a carregar água para suprir as necessidades básicas. Há um respeito e preservação do meio ambiente, pois é destes que são extraídos o sustento familiar, porém, encontram–se ameaçados por grandes empreendimentos cada vez mais presentes em âmbito estadual.

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

- ✓ Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Grupo populacional alvo de muitas discriminações raciais, de gênero, de orientação sexual, de identidade de gênero e preconceito social. A implementação da política contribuirá para eliminação do estigma e da discriminação das homofobias, como a lesbofobia, homofobias, biofobia e a transfobia, consideradas na determinação social de sofrimentos e de doenças. No Maranhão não se tem dados estatísticos precisos sobre esses grupos populacionais, mas encontram-se presente sem todas as regiões (100%), em algumas com um nível de organização bastante acentuado e em outras, na maioria incipiente Doenças e agravos mais prevalentes: agressões, violência doméstica ou familiar, sofrimento psíquico, transtornos mentais, ISTs, cânceres ginecológicos (cervico uterino e de mamas, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio prevalentes. Alinhada com a política Nacional, está em processo de construção da Política Estadual iniciando as escutas territoriais.

- ✓ Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua

Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como, as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. A Política busca garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como, a melhoria do nível de saúde dessa população, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia, orientação religiosa e orientação sexual. A redução de riscos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida (falta de higiene adequada, exposição a baixas temperaturas, alimentação inadequada ou insuficiente, sono irregular, exposição a intempéries, etc.) e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. A atenção integral à saúde da População em Situação de Rua/PSR por meio do acesso integral e humanizado ao SUS inclui dispositivos de promoção, prevenção, cuidados interdisciplinares e multiprofissionais, reabilitação, direito à hospitalidade e ao usufruto da cidade mediante o contexto de vulnerabilidade em que se encontra essa população estamos mantendo diálogo para iniciamos processos de escutas e posterior construção de agenda política em concionacia com a política Nacional.

- ✓ Atenção Integral à Saúde da População Indígena

Segundo dados obtidos da SIASI – FUNASA/MS, no Estado do Maranhão, a população indígena total é de 31.440 habitantes, distribuídos entre 16 grupos que vivem em 318 aldeias, numa área total de 1.905.749 hectares. Concentram- se nas regiões maranhenses de Açailândia, Barra do Corda, Imperatriz, Santa Inês, São Luís, Zé Doca, sediados nos municípios de Amarante do Maranhão, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca. Observa- se que os indígenas residentes em Bom Jesus das Selvas, situado na região de Açailândia deslocam-se para Imperatriz em busca de atendimento para efetivação e consolidação da política de promoção da

equidade em saúde no Maranhão. É imprescindível a capacitação dos profissionais de saúde e lideranças para uma atuação qualificada, diálogo com suas representações para uma interlocução qualificada, com o intuito de implementar políticas de inclusão social dessas populações no setor saúde, visando responder as suas demandas e dar conta das diversidades existentes no território estadual.

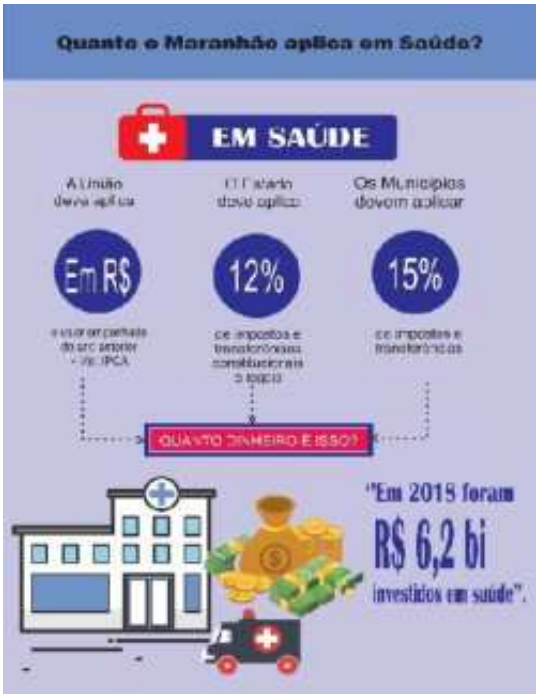
A análise da situação de saúde dessas populações é bastante comprometida. No sistema de informações, constam dados relativos somente às raças/etnias negra, branca, vermelha e amarela. Questões referente a raça negra e indígena, ou seja, o "quesito raça cor" na saúde, há uma grande subnotificação; o campo sem informação supera todos os outros, seguido da união do campo parda e preta que forma a raça negra o resultado é sempre maior.

Para se obter um diagnóstico da situação de saúde é necessário o preenchimento do sistema de informação visando que todos os indicadores de saúde considerem essas variáveis. Quanto as demais populações inexistem nos sistemas de informações referência esses povos, com a implantação do e-SUS, talvez obteremos respostas satisfatórias, sendo necessário incluir no DATASUS os agravos referentes a essas populações. Ressaltamos a construção do Plano Decenal de Políticas Públicas para os Povos indígenas no Maranhão, instituindo através do decreto 34.557 de 14 de novembro de 2018, em processo de desenvolvimento e ação.

3.4. Financiamento da Saúde

O financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS é tripartite, ou seja, é realizado pelas três esferas de governo, União, Estados e Municípios, cada uma com suas responsabilidades e obrigações quanto a aplicação dos recursos em saúde, que a partir da Emenda Constitucional n° 29/2000, tornou-se o marco mais importante nos gastos em ações e serviços públicos de saúde, vinculando percentuais mínimos de recursos orçamentários que os Entes seriam obrigados a aplicar. Com a aprovação dessa emenda, os Estados e Municípios tiveram sua participação no financiamento da saúde vinculada à sua receita tributária, ficando obrigados a aplicar os percentuais de 12% e 15% da receita de impostos e transferências constitucionais e legais, respectivamente.

No ano de 2012, foi regulamentada a EC 29 por meio da Lei Complementar nº 141 de 12 de janeiro, que institui nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal os valores e normas de cálculo mínimo a ser aplicado pela União e percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, Distrito Federal e Municípios em Ações e Serviços Púbicos de Saúde - ASPS. Dessa forma, a União aplicaria anualmente o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta lei, acrescido de, no mínimo o percentual correspondente a variação do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior da lei orçamentária anual, e os Estados aplicariam anualmente no mínimo 12% da arrecadação dos impostos que se refere o art. 155 e dos recursos que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição Federal, deduzidas a parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios[1]. Já a aplicação dos Municípios, seria de 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159 da CF.



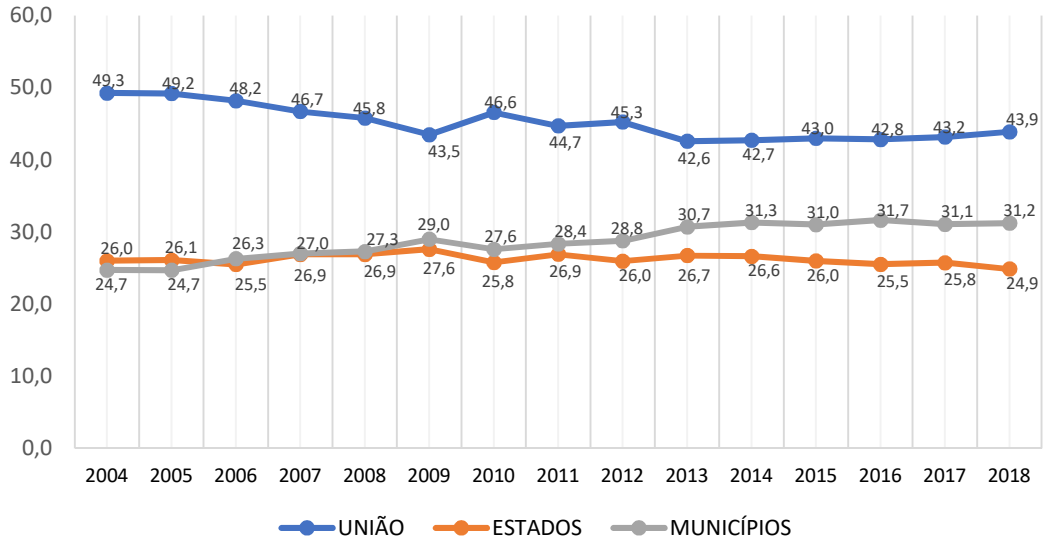
No ano de 2015, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 86, que alterou o critério de cálculo para apuração da aplicação mínima em ASPS realizada pela União, que passou a corresponder ao percentual da Receita Corrente Liquida (RCL) a partir de 2016, sendo 13,2% para esse ano, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020. Por sua vez, o Novo Regime Fiscal que passou a vigorar com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016, alterou novamente o método de cálculo para as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde da União, que no ano de 2017 não seria inferior a 15% da RCL e que nos exercícios

[1] A composição das receitas do Estado para apuração da aplicação de recursos mínimos em ASPS, as receitas de impostos: ICMS, IPVA, IRRF, ITCM, multas e juros de mora e receita da dívida ativa; transferências constitucionais e legais: FPE, IPI, Desoneração ICMS (Lei Kandir).

posteriores seria o valor do limite referente ao exercício imediatamente anterior corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere a lei orçamentária.

No gráfico seguinte, apresenta-se a série histórica da participação dos gastos em saúde por esfera de governo no período de 2004 a 2018, que aponta a redução da participação da União, saindo de 49,3% para 43,9%, enquanto os Estados ficaram fixados em torno de 26% e os Municípios de 24,7% para 31,2%. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde, no ano de 2018, no Brasil a média percentual do mínimo de aplicação em ASPS dos Munícipios foi de 22,89% das receitas próprias e os Estados foi de 12,99% das fontes de recursos próprios.

Gráfico 65 – Participação (%) dos Gastos em ASPS, por Esfera de Governo, Brasil, 2004-2018

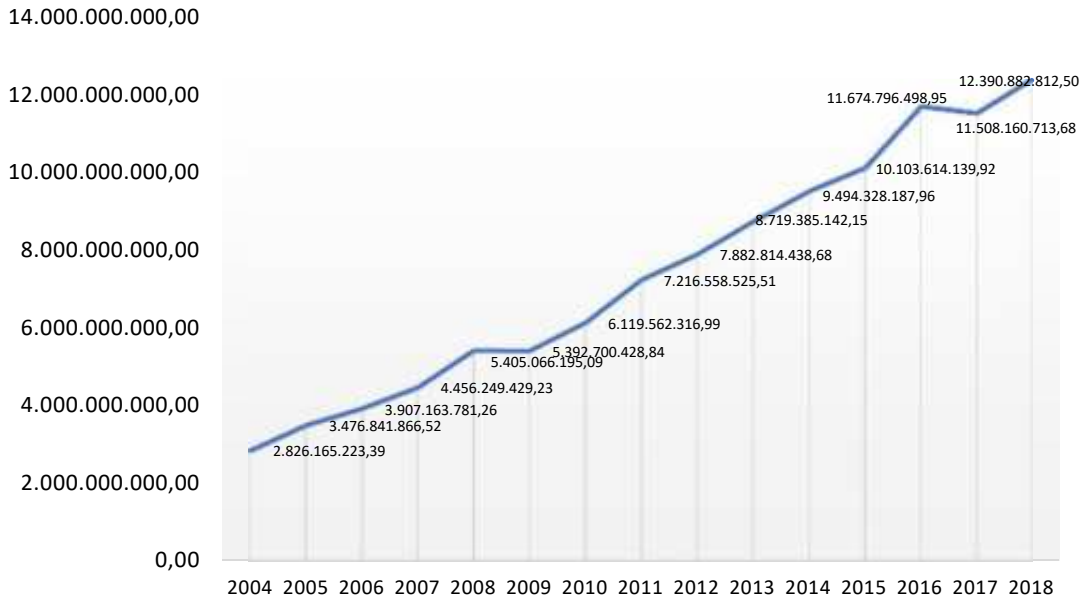


Fonte: SIOPS/MS. Adaptado.

No que se refere ao financiamento do SUS no Estado do Maranhão, o gráfico 66, expressa o comportamento dos valores das receitas correntes liquidas -

RCL[2] que são utilizadas como base de cálculo para apuração da aplicação do mínimo constitucional, considerando os dados do SIOPS no período de 2004 a 2018, atingindo seu ápice no ano de 2018 o valor de R$ 12,3 bilhões. No período de 2015 a 2018 houve uma variação positiva de 22,64% na RCL.

Gráfico 66 - Receita Corrente Líquida para base de cálculo em ASPS no Maranhão (Em R$)



Fonte: SIOPS/MS. Adaptado.

Na tabela n° 35, são apresentados os valores de recursos provenientes do Ministério da Saúde na forma de repasse fundo a fundo ao Fundo Estadual de Saúde do Maranhão no que concerne aos grupos de ação dos blocos de financiamento[3], dando um destaque para os recursos do grupo de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, que detém a maior fatia de aporte de recursos

[2] As receitas correntes liquidas para base de apuração são os impostos (ipva, icms, itcb, irrf, multas e juros, dívida ativa) e as transferências constitucionais e legais (fpe, ipi, desoneração icms).

[3] A Portaria 3.992 de 28 de dezembro de 2017 dispõe sobre o financiamento e a transferências dos recursos federais, através dos blocos de custeio e investimento.

federais para o Estado, que no período de 2015-2018, foram repassados mais de R$ 1,4 bilhões, uma média anual de R$ 357 milhões.

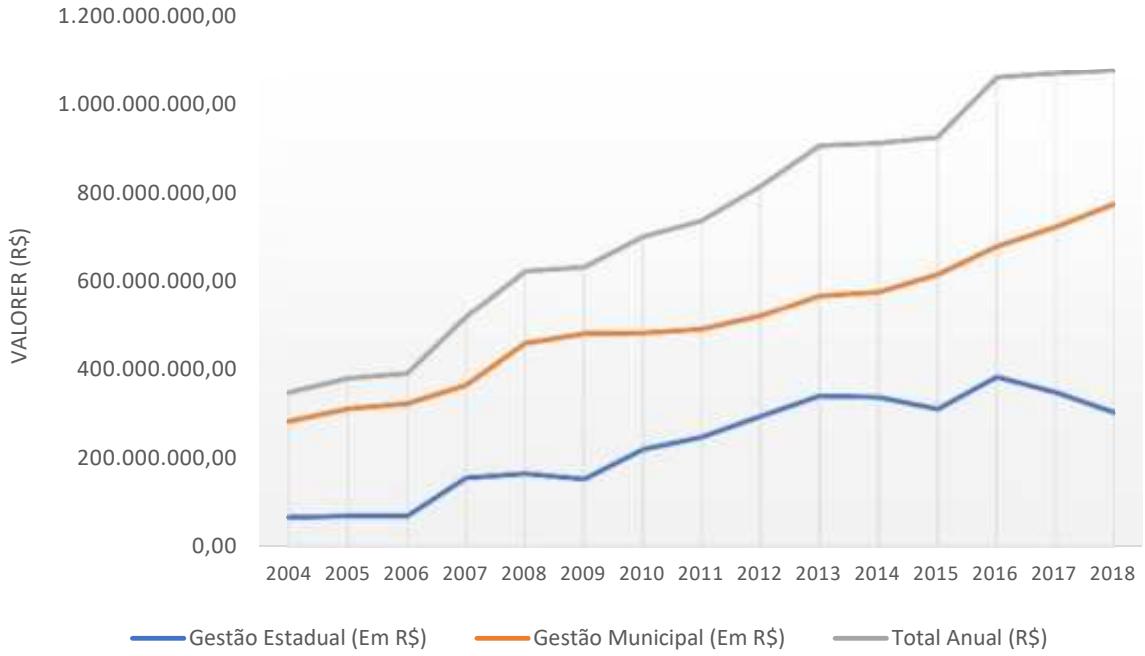
Tabela 35 – Recursos Federais Transferidos ao Fundo Estadual de Saúde, por Grupo de Ação – Estado do Maranhão 2004-2018 (Valores em RS)

ANO	GRUPO DE AÇÃO						
	ATENÇÃO BÁSICA	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR	GESTÃO DO SUS	INVESTI-MENTO	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	TOTAL
2004		8.160.386,93	4.659.484,31	30.000,00		5.980.396,70	18.830.267,94
2005	451.240,00	7.174.101,25	68.578.591,44			6.758.606,28	82.962.538,97
2006	820.163,00	19.391.743,55	70.706.865,79	100.000,00		8.576.891,30	91.018.772,34
2007		18.527.771,90	97.759.619,66	7.867.463,36		9.348.533,35	133.503.388,27
2008		13.056.502,82	98.717.059,06	1.249.998,60		9.874.185,80	122.897.746,28
2009		17.410.992,68	98.085.549,62	13.594.721,1	1.600.000,00	9.725.512,87	140.416.776,32
2010	581.618,00	13.574.986,82	137.861.395,85	5.901.076,56	13.276.096,5	12.257.438,2	183.452.612,01
2011	1.216.020,61	12.600.662,32	192.399.381,23	7.381.168,94	2.270.197,10	13.304.102,4	229.171.532,63
2012	141.460,00	9.283.737,72	313.634.212,42	6.853.366,98	564.366,67	16.872.239,7	347.349.383,58
2013	98.280,00	6.398.069,73	358.721.479,12	1.242.367,74	2.580.726,00	25.628.341,5	394.669.264,10
2014	75.600,00	8.958.495,57	312.608.258,86	721.500,00	6.445.972,75	21.805.266,6	350.615.093,80
2015	2.705.496,09	8.967.944,10	304.039.911,19	71.500,00	3.315.061,96	21.961.189,8	341.061.103,17
2016	4.015.221,00	8.438.510,61	361.127.896,75	130.000,00	6.170.400,00	23.736.301,4	403.618.329,80
2017	2.010.100,01	4.675.280,22	385.909.590,76	130.000,00		21.040.938,6	413.765.909,67
2018	2.925.421,32	7.168.106,58	378.369.639,83	730.000,00	700.000,00	25.268.064,1	415.161.231,89

Fonte: FNS/MS, SIOPS/MS. Adaptado

Os recursos transferidos no grupo de ação da atenção ambulatorial e hospitalar aportados ao Estado do Maranhão, correspondem tanto ao teto financeiro de média e alta complexidade (MAC) e ao fundo de ações estratégicas e compensações – FAEC, referente a produção dos serviços de saúde nesse nível de atenção. No ano de 2018, o teto foi de R$ 1.076.319.600,13 considerando o teto municipal e estadual, conforme gráfico 67, houve uma redução do teto estadual em detrimento do teto municipal, isso deve-se ao fato de estabelecimentos anteriormente classificados como gestão estadual passaram a ser gestão municipal.

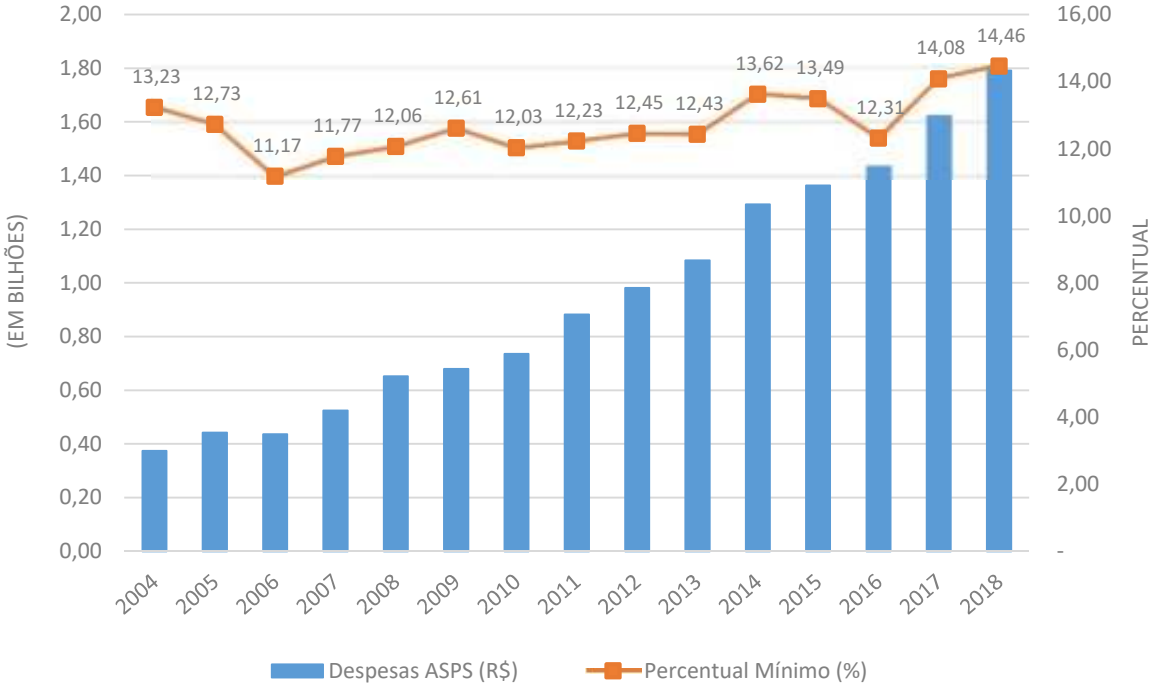
Gráfico 67 – Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade no Estado do Maranhão, 2004-2018.



Fonte: SISMAC, 2019. Adaptado.

Nos últimos quatro anos, o Governo do Maranhão investiu mais de R$ 6,2 bilhões em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), em média R$ 1,5 bilhão aplicados ao ano, com recursos próprios. No período entre os anos de 2004 a 2018, houve uma variação de 379,40% na aplicação em saúde no Estado, saindo de R$ 373 milhões para R$ 1,8 bilhões, uma média de 12,71% das receitas próprias aplicadas em ASPS. A maior taxa do percentual mínimo aplicado ocorreu no ano de 2018 quando alcançou 14,46%. Entre os anos de 2015-2018, a média foi de 13,58% impactado por uma pequena queda em 2016, mas em valores absolutos houve crescimento na aplicação, conforme pode-se observar no gráfico 68.

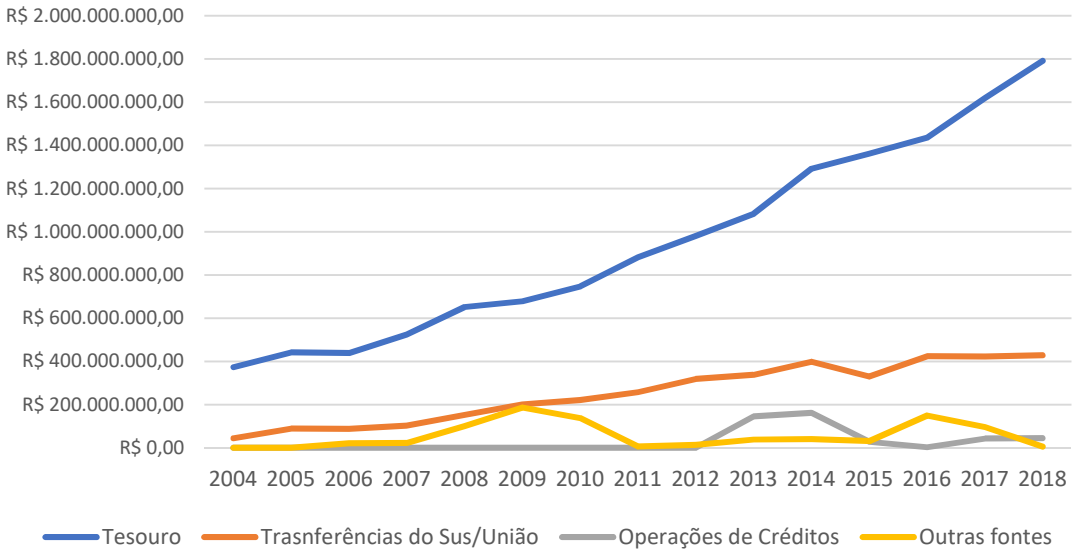
Gráfico 68 – Série Histórica da Aplicação Percentual em ASPS, Estado do Maranhão, 2004-2018.



Fonte: SIOPS/MS. Adaptado

Do total de gastos em saúde no Estado do Maranhão, no ano de 2018, 79% foram provenientes do tesouro estadual e 21% oriundos de outras fontes (recurso federal e outras). No gráfico 69, apresenta-se uma série histórica dos gastos em saúde por fontes de recursos, observando um constante crescimento a partir de 2004 e entre os anos de 2015 e 2018 uma maior elevação dos gastos financiados com recursos próprios. Por outro lado, nesses últimos anos, os recursos repassados pelo Governo Federal mantiveram-se praticamente inalterados, em média de R$ 400 milhões repassados ao Estado para financiar os gastos com saúde da população.

Gráfico 69 – Gasto Total em Saúde por Fonte de Recurso, Estado do Maranhão, 2004-2018 (Em R$).

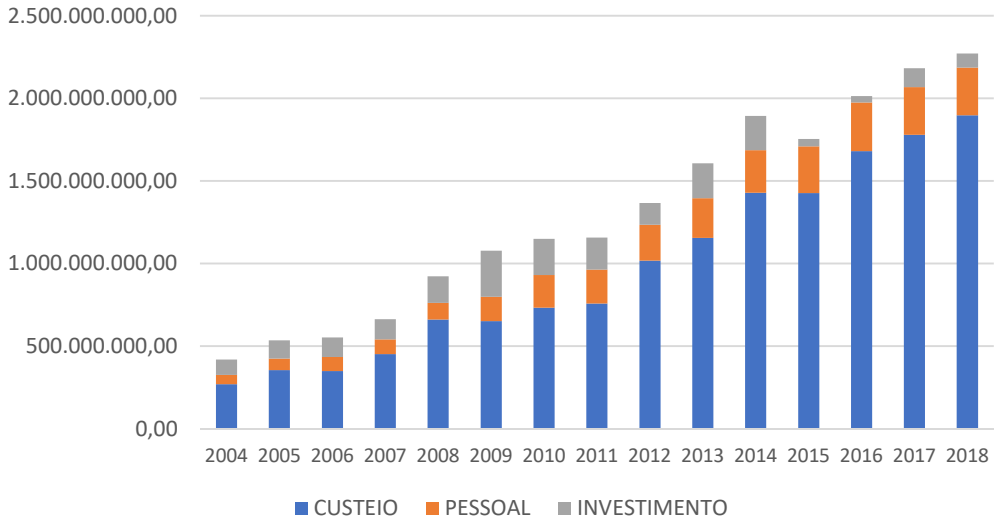


Fonte: SIOPS/MS. Adaptado.

No período de 2015 a 2018, a elevação nas despesas em ações e serviços de saúde no Estado, foram impulsionadas pelos novos serviços entregues, exigindo um aporte maior de recursos próprios, impactado pela fixação de repasses do Governo Federal, associado ainda com o alto custo para manter a oferta dos serviços de saúde a população maranhense. Pode-se citar como gastos em custeio de manutenção, os serviços de saúde dos Hospitais próprios sob contratos de gestão administrados por empresas públicas e organizações sociais, manutenção das unidades administrativas da Secretaria de Estado, aquisição de medicamentos e entrega de novos serviços, entre outros, que são classificados como despesas correntes, unificadas no gráfico abaixo, que no ano de 2018 representou 84% do gasto total, 13% gasto com pessoal e encargos sociais e 4% em investimentos.

Os gastos totais com saúde, nos últimos quatros anos, foram da ordem de R$ 7,9 bilhões em despesas correntes, destes, mais de R$ 1,15 bilhões foram gastos com pessoal e encargos e R$ 6,75 bilhões em outros custeios, uma média anual de R$ 1,9 bilhões nesse grupo de natureza, enquanto em despesas de capital foram investidos mais de R$ 284 milhões nesses últimos anos, dando destaque para os novos hospitais construídos, novas ambulâncias e novos equipamentos adquiridos.

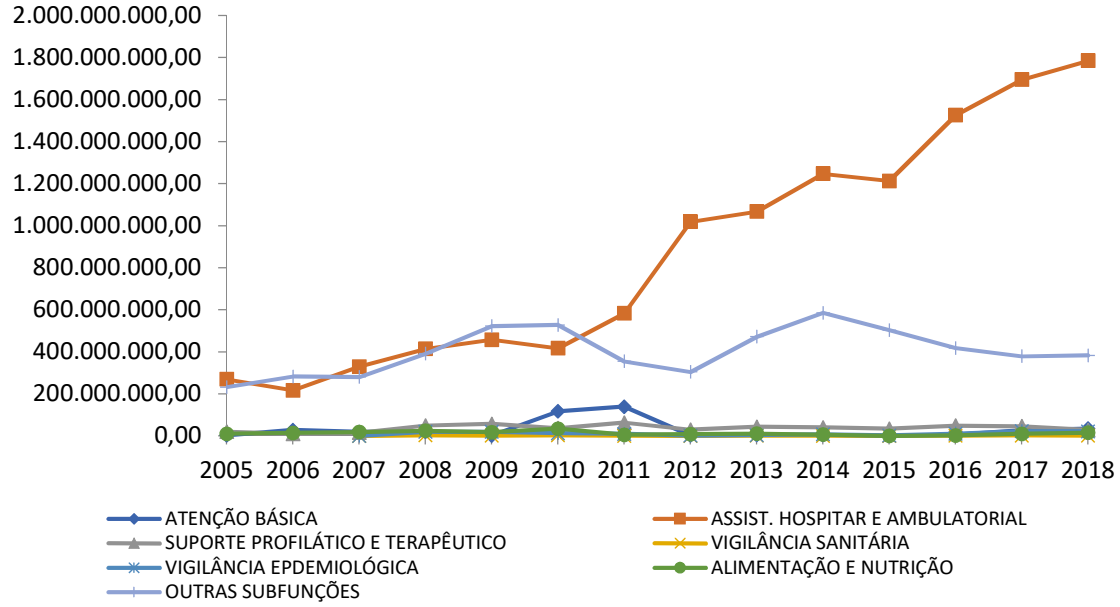
Gráfico 70 – Gasto Total em Saúde por Grupo de Natureza do Estado do Maranhão 2004-2018 (Em R$).



Fonte: SIOPS/MS. Adaptado.

Os gastos totais em saúde no Estado, tem se configurado em uma proporção maior no nível de atenção ambulatorial e hospitalar, conforme pode ser observado no gráfico seguinte, alcançando o maior patamar no ano de 2018 no valor aproximado de R$ 1,8 bilhões, impactado pelo aumento no número de estabelecimentos de saúde inaugurados e novos serviços ofertados. De 2015 a 2018 houve um crescimento de 47,16% nas despesas em serviços hospitalares e ambulatoriais, enquanto na subfunção administração nesse mesmo período houve queda nas despesas de 23,92%, impactados pela política de redução de gastos não obrigatórios.

Gráfico 71 – Gasto Total em Saúde por Subfunção, do Estado do Maranhão, 2004-2018 (Em R$)



Fonte: SIOPS/MS. Adaptado.

As despesas por subfunção revelam a direção e/ou destinação de recursos aportados na política estadual de saúde. Observa-se conforme o gráfico 71, que 78,53% dos recursos foram direcionados para assistência nos serviços hospitalares e ambulatoriais no ano de 2018, enquanto em 2015 esse percentual representava 69,12%. Os gastos nas ações da atenção básica, vigilância em saúde, alimentação e nutrição, suporte profilático e terapêuticos representavam aproximadamente 5%. Isso é uma configuração geral em todo o país, tendo em vista que nesses níveis de atenção são executados pelos municípios, cabendo aos Estados conduzir a política de apoio técnico e institucional, enquanto que, é responsável pela execução da assistência de média e alta complexidade dependendo do grau de descentralização e pactuação existente no território, além disso apoio financeiro aos municípios por meio das contrapartidas para aquisição de medicamentos da farmácia básica e no complemento de remuneração de salários dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias, e também nas políticas executadas diretamente pelo Estado no nível de atenção básica, com ações da Força Estadual de Saúde e o Cheque Cesta Gestante

Devido as crises fiscais e econômicas que o país tem atravessado nos últimos anos, medidas tomadas pelo Governo Federal para equilibrar as contas

públicas como EC 95/2016 dos tetos dos gastos públicos, associado a política de austeridade fiscal, regras da Lei de Responsabilidade Fiscal para os Entes Federados, os financiamentos em saúde pública se tornaram mais complexos, na busca de ampliar e manter os serviços com eficiência e qualidade, principalmente por ser um setor que tem um alto custo de operacionalização. Nesse sentindo, algumas medidas vêm sendo adotadas no Estado do Maranhão para minimizar as dificuldades de alocação de recursos para manutenção dos serviços públicos em saúde, entre elas: a participação em consórcios federativos para compras compartilhadas de medicamentos, insumos, serviços e/ou equipamentos. Atualmente, o Estado do Maranhão participa de três consórcios públicos, a saber: Amazônia Legal, Brasil Central e Nordeste, estes dois últimos já em fase inicial na compra consorciada de medicamentos entre os estados membros, contribuindo para a redução de custos na aquisição desses produtos.

Sabe-se que a dimensão dos gastos com saúde pode ser medida pela capacidade de execução do orçamento público, neste sentido considerando os últimos anos conforme dados da tabela 36 no período de 2015 a 2018, do total de 7,7 bilhões orçados foram pagos 8,2 bilhões, significando que 106,81% do valor inicial foi executado, logo esta variável apresenta o ótimo desempenho do Governo na execução dos recursos, visto que foram previstos inicialmente R$ 7,7 bilhões, suplementados 1,1 bilhões, aumentando a dotação orçamentária final em R$ 8,8 bilhões, uma execução de 93,06% em relação a dotação atual. Percebe-se que o valor inicialmente planejado foi subestimado ou era insuficiente para atender as necessidades do Governo, uma vez que o orçamento final foi em todos os anos avaliados superiores aos valores inicialmente programados.

Tabela 36 – Dotação Orçamentária da Secretaria de Estado da Saúde, 2015-2018 (Em R$)

Ano	Dotação Inicial	Dotação Atualizada	Executado	%
2015	1.747.066.591,00	1.997.534.670,17	1.754.904.710,48	87,85
2016	1.825.235.002,00	2.104.914.839,04	2.015.205.683,12	95,74
2017	1.903.078.915,00	2.332.687.550,68	2.182.748.664,35	93,57
2018	2.224.718.740,00	2.401.843.909,54	2.271.616.149,04	94,58
Total	7.700.099.248,00	8.836.980.969,43	8.224.475.206,99	93,06

Fonte: SEPLAN, SIOPS/MS. Adaptado.

Para o quadriênio 2020 a 2023, o quadro 8, apresenta o teto orçamentário por fonte de recursos para financiar os Programas e Ações da Secretaria de Estado da Saúde que foram elaboradas no Plano Plurianual na metodologia adotada pela Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento.

Quadro 8 – Orçamento da Secretaria de Estado da Saúde – PPA 2020-2023 (Em R$).

Fonte	GND	2020	2021	2022	2023
107	Outras Despesas Correntes	200.000,00	200.000,00	200.000,00	200.000,00
108	Pessoal e Encargos	56.000.000,00	60.480.000,00	65.318.400,00	70.543.872,00
	Outras Despesas Correntes	363.990.000,00	361.610.000,00	358.901.600,00	355.776.128,00
114	Investimentos	85.000.000,00	26.440.000,00	--	--
121	Pessoal e Encargos	217.100.000,00	236.070.000,00	256.560.000,00	278.680.000,00
	Outras Despesas Correntes	1.599.415.274,00	1.644.980.613,00	1.669.937.860,00	1.715.724.553,00
	Investimentos	22.000.726,00	34.100.947,00	34.705.999,00	35.341.299,00
130	Outras Despesas Correntes	7.200.000,00	7.200.000,00	7.200.000,00	7.200.000,00
TOTAL		2.350.906.000,00	2.371.081.560,00	2.392.823.859,00	2.463.465.852,00

FONTE: SEPLAN/MA.

Sem dúvidas ao estimar adequadamente as receitas, melhora também a etapa de definições de prioridades do Governo, ou seja, quanto maior o volume de recursos estimados, maiores serão as possibilidades para planejar e realizar atividades planejadas. Por outro lado, um volume menor de recursos limita as expectativas e possibilidades de realização dos serviços públicos em saúde e consequentemente deve-se estabelecer as prioridades de ações. Assim, no planejamento orçamentário, as estimativas das receitas devem está o mais próximo possível da real capacidade de arrecadação do governo, senão podem ocorrer inclusões de despesas sem que haja capacidades de pagamento e assim o Governo incorreria em dificuldades financeiras para honrar os compromissos.

3.5. Gestão do Sistema Único de Saúde

3.5.1. Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde

A Gestão do Trabalho e a Educação em Saúde são temas extremamente importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país.

Vem ao longo do tempo sendo foco de preocupação de muitos gestores, no sentido de consolidar estas ações, favorecendo assim os serviços prestados no SUS.

3.5.1.1. Gestão do Trabalho

Quanto aos recursos humanos disponíveis nas redes de serviços que atendem o SUS no Estado do Maranhão, a tabela abaixo apresenta a distribuição de profissionais de nível superior, por tipo de gestão, segundo o tipo de ocupação em dezembro de 2018.

Esse indicador retrata melhor a densidade de profissionais por habitante, levando em consideração que são cadastros individuais realizados no CNES. Assim, observa-se que na gestão estadual perfazia um total de 4.637 profissionais de nível superior, sendo que 1.211 médicos e 1.853 enfermeiros. A densidade de profissionais de nível superior por habitante em todo Estado é da ordem de 268,10 profissionais por 100 mil habitantes. O número de médicos que atendem o SUS no Estado é de 65,41 médicos por 100 mil habitantes, ou 0,65 por 1.000 habitante, logo abaixo do que preconiza a Organização Mundial de Saúde que é de 1 médico a cada 1.000 habitante.

Tabela 37 – Distribuição de Recursos Humanos que atende o SUS, segundo Profissionais Indivíduos de Nível Superior por Tipo de Gestão, Estado do Maranhão, dez. /2018.

Ocupações Nível Superior	Tipo de Gestão			
	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Médico Anestesiologista	2	63	74	139
Assistente Social	12	378	671	1.061
Farmacêutico	5	133	432	570
Médico Cirurgião Geral	1	53	93	147
Médico Clínico	23	468	991	1.482
Enfermeiro	57	1.853	4.961	6.871
Fisioterapeuta	25	394	850	1269
Fonoaudiólogo	16	64	259	339
Médico Ginecologista Obstetra	1	73	111	185
Médico da Família	-	-	1.001	1.001
Nutricionista	14	153	536	703
Odontólogo	3	161	1.762	1.926
Médico Pediatra	1	176	213	390
Psicólogo	18	144	513	675
Médico psiquiatra	3	15	60	78
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	4	48	97	149
Outras Especialidades Médicas	31	315	662	1008
Outras Ocupações de Nível Superior	42	146	586	774
Total	**258**	**4.637**	**13.872**	**18.767**

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Tabela 38 – Distribuição de Recursos Humanos que atende o SUS, segundo Profissionais Indivíduos de Nível Técnico por Tipo de Gestão, Estado do Maranhão, dez. /2018

Ocupações de Nível Técnico	Tipo de Gestão			
	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Auxiliar de Enfermagem	38	212	2538	2788
Técnico de enfermagem	138	4841	9551	14530
Técnico e Auxiliar de Farmácia	-	76	36	112
Técnico e Auxiliar de Laboratório	42	184	710	936
Técnico e Auxiliar em Nutrição	-	2	1	3
Técnico e Auxiliar em Fisioterapia	1	29	31	61
Técnico e Auxiliar em Saúde Oral	1	6	98	105
Auxiliar de Prótese Dentária	-	-	21	21
Técnico e Auxiliar em Vig. Sanitária e Ambiental	-	-	13	13
Técnico em equipamento médico hospitalar	-	-	1	1
Técnico e Auxiliar em Radiologia	15	223	382	620
Técnico e Auxiliar em Hematologia/Hemoterapia	-	2	-	2
Técnico e Auxiliar em Histologia	-	-	6	6
Outras ocupações de nível técnico	1	6	34	41
Total	**236**	**5.582**	**14.010**	**19.828**

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

3.5.1.2. Educação Permanente em Saúde

Dando continuidade ao trabalho que estava sendo desenvolvido pela Escola Técnica do SUS do Maranhão, a Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva (ESP/MA), instituída em 02 de outubro de 2019 pela Lei nº 11.114 do Governo do Estado do Maranhão, comprometida com a política de educação permanente em saúde no estado, no que se refere a formação dos profissionais da saúde, visa contribuir com a oferta de cursos técnicos, pós graduação, de aperfeiçoamento, de qualificação, pós-técnico, estágios, residências médicas e multiprofissionais e uniprofissional para os profissionais da saúde nas 19 Regiões de Saúde, que compõem o estado do Maranhão.

Além dessa formação, a escola oferece capacitação em educação permanente em saúde para os gestores municipais, nesses incluídos prefeitos, secretários municipais de saúde, coordenadores da educação na saúde e gestores das regionais de saúde.

A escola oferece o Curso Técnico em Agente Comunitário em Saúde – Etapas Formativas II e III para os municípios de menor Índice de Desenvolvimento Humano, atendendo ao programa do governo do estado, Programa + IDH.

Ainda na área de formação, a escola tem as residências, que são uma modalidade de ensino em serviço, com duração de 2 a 4 anos, dependendo da especialidade que ao final o profissional recebe o título de especialista na área escolhida. A residência pode ser ou médica, multiprofissional ou uniprofissional.

Atualmente, existem três Programas de Residência Multiprofissional da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, distribuídos em Hospitais da Rede: Residência Multiprofissional em Atenção em Oncologia com 2 Enfermeiros, 2 Psicólogos, 2 Farmacêuticos, 2 Serviços Sociais e 2 Nutricionistas Residentes funcionando no Hospital de Câncer do Maranhão Tarquínio Lopes Filho; Residência Multiprofissional em Atenção em Neonatologia com 2 Enfermeiros, 2 Fisioterapeutas e 2 Psicólogos Residentes, funcionando no Hospital Infantil Dr. Juvêncio Mattos; e, Residência Multiprofissional em Atenção em Unidade de Terapia Intensiva Adulto com 2 Enfermeiros, 2 Fisioterapeutas, 2 Nutricionistas e 2 Odontólogos Residentes funcionando no Hospital Dr. Carlos Macieira.

Com relação as Residências Médicas, a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão oferece quatro Programas distribuídos nos Hospitais da Rede: Residência Médica em Cirurgia Básica com 7 vagas, Cirurgia Geral com 2 vagas, Clínica Médica com 10 vagas, Dermatologia com 6 vagas e Urologia com 3 vagas, funcionando no Hospital Dr. Carlos Macieira; Residência Médica com Cancerologia Cirúrgica com 2 vagas, Ortopedia e Traumatologia 3 vagas em funcionamento no Hospital de Câncer do Maranhão: Tarquínio Lopes Filho; Residência Médica com Pediatria com 6 vagas no Hospital Infantil Dr. Juvêncio Mattos; Residência Médica com Psiquiatria com 14 vagas no Hospital Nina Rodrigues; Residência Médica com Clínica Médica com 04 vagas no Hospital Macrorregional Everaldo Aragão; e, Residência de Ginecologia e Obstetrícia com 06 vagas na Maternidade Carmosina Coutinho, em Caxias.

Quanto ao Estágio, é um processo compreendido como ato educativo supervisionado, desenvolvido em ambiente de trabalho, visando o aprendizado de competências específicas da atividade profissional, contextualização curricular e a integração entre ensino e serviço.

Diante da necessidade de regulamentar a integração de Ensino e Serviço, a Coordenadoria de Estágio da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão desempenha a função de coordenar e monitorar os estágios curriculares obrigatórios dos ensinos técnicos, profissionalizante, graduação e pós-graduação (lato sensu ou stricto sensu), de Instituição de Ensino reconhecida e aprovada pelo Ministério da Educação (MEC), no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, conforme a Portaria do GAB/SES/MA nº 713, de 2 de dezembro de 2019.

A ESP/MA por meio de convênio estabelecido com 36 (trinta e seis) instituições de ensino públicas e privadas com cursos das áreas da Ciências da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão viabilizou a realização de práticas de ensino nas Unidades de Saúde do Maranhão, ressaltando a possibilidade de atendimento de até 16.145 alunos em 2019, a saber:

Quadro 9 – Instituições conveniadas para estágios na Capital

INSTITUIÇÃO	CURSO	ALUNOS
Ana Neri	Técnico em Enfermagem	2.145
	Técnico em Radiologia	195
	Radiologia	78
	Enfermagem	199
Estácio de Sá	Enfermagem	1.555
	Nutrição	242
	Pós Graduação em Terapia Intensiva	85
	Biomedicina	10
Pitágoras	Enfermagem	1.110
	Psicologia	106
	Farmácia	37
	Serviço Social	31
	Nutrição	91
	Técnico de Enfermagem	25
Florence	Técnico em Enfermagem	30
	Farmácia	51
	Enfermagem	175
	Técnico em Radiologia	44
	Radiologia	23
UFMA	Nutrição	33
	Farmácia	120
	Medicina	699
	Enfermagem	391
	Técnico de Enfermagem	134
UNICEUMA	Medicina	2.219
	Enfermagem	1.085
	Nutrição	309
	Psicologia	97
	Fonoaudiologia	152
	Serviço Social	4
	Farmácia	138
	Fisioterapia	359
	Odontologia	7
	Pós oncologia multiprofissional	4
	Pós-Graduação Buco Maxilo	6
	Administração	2
	Engenharia Química	21

CEMP	Enfermagem Técnico de Enfermagem Técnico em Radiologia	71 12 52
FACAM	Enfermagem Serviço Social	295 41
UEMA	Enfermagem Medicina Medicina Veterinária	243 181 2
IESF	Serviço Social	22
Centro Técnico Nossa Senhora das Graças	Técnico em Enfermagem	727
CEST	Enfermagem Fisioterapia Nutrição	558 323 24
UNINASSAU	Fisioterapia Enfermagem Nutrição Psicologia Serviço Social Farmácia Biomedicina	682 106 25 40 33 40 80
Giana Beretta	Pós Enfermagem obstétrica Pós em Captação de Órgãos Pós-Graduação em Infecção Hospitalar	109 15 18
UNIASSELVI	Serviço Social	6
CEIN Gonçalves Dias	Técnico em Enfermagem	6
COLUN	Técnico em Enfermagem	62
IES Franciscano	Serviço Social	2

Quadro 10 – Instituições conveniadas para estágios demais Municípios

INSTITUIÇÃO	CURSO	ALUNOS
UFMA	Medicina Enfermagem	40 84
CEUMA	Enfermagem	16
UNISULMA	Enfermagem	80
Centro de Estudo Técnico Alvorada	Téc. de Enfermagem	181
Faculdade São Francisco	Técnico em Enfermagem	5
UNICEUMA	Medicina	1
Escola São José	Técnico em Enfermagem	25
Escola Magnífica	Técnico em Radiologia Técnico em Enfermagem	10 47
Politécnico	Técnico em Enfermagem	72
Instituto de Ensino Múltiplo	Enfermagem Pós-Graduação em Urgência e Emergência	15 12
UEMA	Enfermagem	119
FACEMA	Fisioterapia Nutrição	40 12
Pitágoras	Farmácia Nutrição Enfermagem	122 25 35
Ana Neri	Radiologia Técnico em Enfermagem	26 170
UFMA-Pinheiro	Medicina Enfermagem	120 80

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

A escola se preocupa também com a capacitação dos seus funcionários. Nesse sentido, além de oferecer cursos de capacitação profissional, estimula a participar dos técnicos em cursos de pós-graduação oferecidos gratuitamente por instituições públicas, atualmente são 3 profissionais cursando mestrado profissional na Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Federal da Bahia.

A tabela abaixo apresenta a quantidade de alunos capacitados por tipo de cursos, promovidos pela ETSUS/MA, nos últimos anos, conforme tabela a seguir.

Quadro 11 – Total de Alunos Capacitados, por Tipo de Cursos, ETSUS/MA 2007 a 2019.

Cursos	Quantidade de Alunos Capacitados	Cursos	Quantidade de Alunos Capacitados
Caminhos do Cuidado	17.808	Atualização em Informação e Informática	156
Agente Comunitário de Saúde	15.796	Aperf. UTIN Aux. e Téc. Enfermagem	148
Aperf. Atenção Primária ACS	7.018	Saúde em Libras	137
Aperf. Atenção Primária Aux. e Téc. Enfermagem	1.417	Capacitação para Equipes dos NASFS	134
Projeto Canguru	1.417	Arte SUS	124
Técnico Agente Comunitário em Saúde I e II	1.209	Acolhimento com Classificação de Risco	118
Capacitação Pedagógica	1.163	Auxiliar em Saúde Bucal	117
Aperf. Em Saúde do Adulto e Idoso	994	Café com Afeto	101
Aperf. Em Saúde da Criança	953	SAFE para Fisioterapeutas	101
Aperf. Maternidade Tec. E Aux. Enfermagem	849	Curso de Auto Cuidado em Diabetes Mellitus	92
Aperf. Atenção Primária em Saúde para ACS	604	AIDPI Neonatal	92
Técnico Saúde Bucal	566	Curso em Biossegurança e Gestão da Qualidade	85
Introdutório ESF	553	Gestão para Educação Permanente dos Profissionais da Rede de Atenção as Urgências	80
Mostra TACs	536	Biossegurança com foco na Gestão de Risco e Segurança do Paciente	80

Qualificação para Agentes de Combate às Endemias	524	Técnico em Análises Clínicas	76
Técnico em Enfermagem	486	Aperf. Maternidade Tec. E Aux. Enfermagem	61
BLS/SBV para Técnicos em Enfermagem	380	ECG e Farmacologia para médicos	61
Humanização do Parto	348	Capacitação em Regulação Assistencial à Saúde no SUS	47
Capacitação de Técnicos em Análise com foco na MI	290	Curso de Capacitação para Formação de Multiplicadores na AIDPI	47
Pós Técnico em UTI Neonatal	273	Samuzinho	45
Oficina de Gestores	263	Oficina Leitura	43
Curso LIRES	249	Técnico Radiologia	34
Pós Técnico em UTI Adulto	237	BRIDGE para médicos	30
Técnico em Hemoterapia	222	Curso Introdutório para Formação de Multiplicadores ESF	28
Enfermagem de Emergência para enfermeiros	222	MBA Executivo em Saúde	27
Capacitação da ESF de AIDPI	214	1° Encontro Docentes TACS	24
Técnico em Vigilância em Saúde	212	I Encontro de Educação Permanente em Saúde da ETSUS/MA	23
Curso de Capacitação em Urgência e Emergência Pediátrica	163	Curso de Atualização em Odontologia Hospitalar	19

Fonte: ETSUS/SES-MA

Para quadriênio 2020-2023, além das atividades de estágio e residências, serão oferecidos os cursos: Humanização do Parto, Saúde em Libras, Suporte de vida em urgência e emergência destinada as portas de entrada de hospitais de pronto socorro, Oficina para Gestores e Técnicos da SES/MA e oficinas de estudos e pesquisas na área da educação e saúde com os técnicos da ESP/MA e convidados.

- ✓ Ciência e Tecnologia

A Escola de Saúde Pública conta ainda com o Programa Inova Saúde, que é um espaço regional, sob a coordenação da SES/MA, de articulação e integração dos sistemas nacionais de educação e de ciência, tecnologia e inovação com o Sistema Único de Saúde. Este espaço disporá de uma Secretaria Executiva e terá por atribuições a coordenação operacional dos trabalhos e apoio técnico-administrativo. O Estado, por meio da ESP/MA, incentivará o desenvolvimento de produtos, processos e serviços inovadores no âmbito da gestão estadual do SUS, na forma da Lei Federal nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004.

Este Programa apoiará, por meio da concessão de bolsas, projetos e atividades desenvolvidas no escopo da educação, ciência, tecnologia e inovação em saúde previstos no âmbito do Inova Saúde.

Outra ação é incorporada na ESP-MA é Programa Estadual de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão no Sistema Único de Saúde, como um instrumento de incentivo à produção, agregação e disseminação de conhecimento científico e tecnológico, à pesquisa em serviço e à geração de inovações em ambientes produtivos do setor da saúde.

3.5.2. Planejamento em Saúde

O processo de Planejamento e Orçamento do SUS, está definido pela Lei 8.080/90, Decreto 7.508/2011, Lei Complementar 141/2012 e Portaria 2.135/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e elenca os instrumentos de gestão, responsáveis pela sua execução, acompanhamento e avaliação.

O Planejamento em Saúde da SES, tem como responsabilidade, dá suporte técnico em nível de planejamento ás áreas técnicas da SES e gestores municipais, a partir da coordenação e elaboração dos instrumentos de gestão, que são Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Estadual de Saúde (PES), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), Planejamento Estratégico; coordena a elaboração da Pactuação de Indicadores.

Os instrumentos de gestão da SES/MA, foram elaborados de forma integrada e participativa por todas as áreas, visando fortalecer a execução de suas ações expressas no Plano de Saúde, que são operacionalizadas através da PAS e onde é previsto a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

Consiste ainda, a Secretaria de Estado da Saúde, monitorar e avaliar os instrumentos de gestão estadual e municipal. O Relatório Anual de Gestão (RAG) é um instrumento de acompanhamento e monitoramento do SUS, onde apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações no âmbito da gestão do SUS e dentre as prioridades, está a reformulação dos sistemas de informação do SUS, focado na integração das informações, de forma a facilitar o planejamento e monitoramento das ações e serviços em saúde.

Foi desenvolvido a plataforma DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) que é um sistema de informação para estados e municípios, desenvolvido a partir dos normativos do planejamento do SUS e da internalização da lógica do ciclo de planejamento. Substitui os antigos Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) e Sistema de Pactuação (SISPACTO), além de agregar novas funcionalidades.

No período de 2016 a 2019, o Planejamento realizou oficinas de trabalho com técnicos da SES para avaliação das ações desenvolvidas pelos Programas Finalísticos; participou das reuniões do Planejamento Regional Integrado e do Grupo de Trabalho composto por Técnicos indicados pelo COSEMS, Secretaria de Estado da Saúde e Núcleo Estadual do Ministério da Saúde com o objetivo de definir a conformação das Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão; realizou oficinas de trabalho para os municípios sobre preenchimento do SIOPS e orientação para elaboração dos instrumentos de gestão; seminário sobre pactuação de indicadores onde são avaliados os resultados alcançados e sugestões de metas para o ano seguinte.

No ano de 2019, a Assessoria de Planejamento conduziu com apoio da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Maranhão – SEMS, e apoiadores do COSEMS várias oficinas de orientação aos gestores e técnicos municipais para fortalecer a adesão e a operacionalização do sistema DigSUS. A tabela seguinte apresenta o resultado da situação dos municípios em relação a elaboração dos instrumentos de Gestão da Saúde no DigiSUS, considerando os anos de 2018 e 2019. Conforme apresentado pela Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa do SEMS, 79,26% dos gestores tem acesso ao sistema e 20,74% sem acesso. Sobre os Conselhos Municipais de Saúde destaca-se um percentual muito grande dessas entidades sem acesso 50,69% e com acesso 49,31%.

Quadro 12 – Número de Municípios, segundo a situação do Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Saúde.

Instrumentos de Gestão	Situação				
	Aprovado	Em Apreciação	Em Elaboração	Não Iniciada	Sistema com Erro
Plano Municipal de Saúde	48	10	45	114	
Programação Anual de Saúde 2018	32	05	18	162	
Programação Anual de Saúde 2019	26	06	19	166	
Relatório Anual de Gestão 2018	05	15	18	179	
Pacto 2018	16	31	20	150	
Pacto 2019	12	22	23	160	

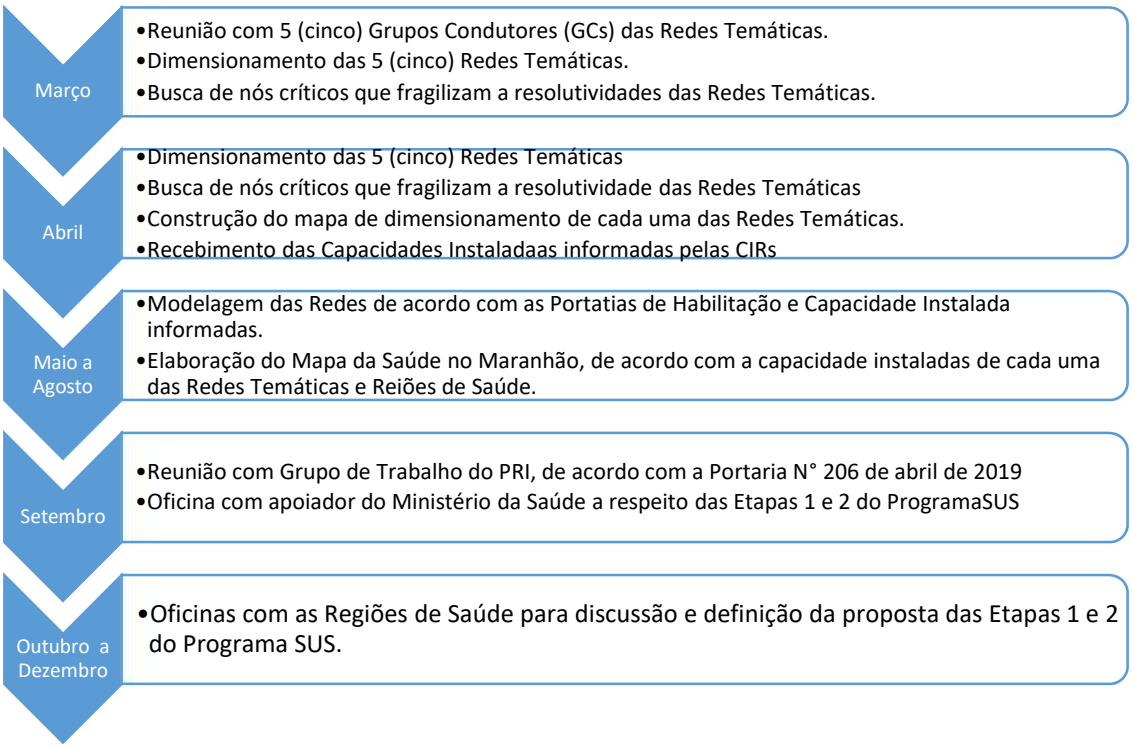
Fonte: DigiSUS-Gestor. Elaboração SEMS/MA

3.5.2.1. Planejamento Regional Integrado - PRI

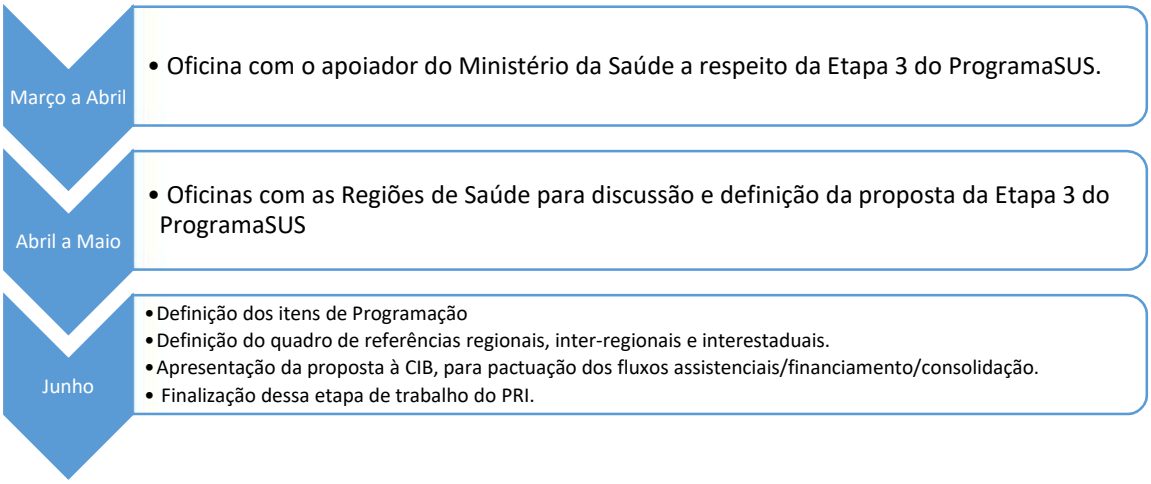
O Planejamento Regional Integrado (PRI) é parte do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde, cujo produto, resultante das pactuações entre as unidades federadas, com participação do Ministério da Saúde, é o Plano Regional, que representará a base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, conforme § 2º, art. 30, da Lei Complementar n.º 141/2012.

Esse processo tem como escopo, tornar as regiões de saúde mais equânimes no que tange aos serviços ofertados, bem como tornar o planejamento do SUS mais ascendente. Todas as ações e serviços públicos de saúde de interesse regional, bem como as responsabilidades de cada um dos entes, deverão estar contidas no Plano Regional, elaborado no âmbito da macrorregião de saúde, que deverá evidenciar o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção, por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde - RAS, observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

Para realização do PRI no Estado do Maranhão, a Assessoria Especial da SES-MA, que a partir de março de 2019 passou a conduzir os trabalhos, seguiram as seguintes etapas:



O processo de finalização do PRI está previsto para junho de 2020, seguindo as etapas seguintes:



Fonte: Assessoria Especial/SES-MA, 2019.

3.5.2.2. Planejamento Estratégico em Saúde - PES

A Secretaria de Estado da Saúde-MA, foi inserida no Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), fruto da parceria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, Ministério da Saúde e Hospital Alemão

Oswaldo Cruz, com objetivo de apoiar o fortalecimento do planejamento estratégico das Secretarias Estaduais de Saúde por meio da instrumentalização da gestão para elaboração dos Planos Estaduais de Saúde e para que os mesmos estejam em conformidade com os demais instrumentos de governo, como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) de forma que contemplem as necessidades de saúde regionais, desse modo o projeto tem como objetivos: apoiar a construção de mapas estratégicos a partir da análise do cenário atual e futuro do SUS nas Secretarias Estaduais de Saúde aderentes ao projeto; apoiar a integração entre os instrumentos de planejamento do SUS e de planejamento físico orçamentário, com destaque para o PPA e LDO, por meio de capacitação e apoio para a construção dos produtos esperados, considerando as diferentes realidades regionais e as necessidades de saúde da população; apoiar o desdobramento do planejamento estratégico das SES em Programações Anuais de Saúde (PAS), integradas à Lei Orçamentária Anual (LOA).

O projeto teve início nos dias 18 e 19 de março de 2019, com facilitador do Hospital Oswaldo Cruz e do Grupo de Trabalho compostos por técnicos da SES-MA para inicializar o processo de identificação de macroproblemas e definição das diretrizes estratégicas. No mês de abril, dias 15 e 16, apresentação informações de saúde da SES e análise de contexto com matriz SWOT; revisão identidade organizacional. Nos dias 29 e 30 houve o alinhamento de Objetivos Estratégicos. Nos dias 27 e 28 de maio o encontro foi para validação do Mapa Estratégico; Definição indicadores; Construção painel de bordo. Em junho, nos dias 25 e 26 de junho a validação painel de bordo; Plano de ação. Nos dias 22 e 23 de agosto deu-se continuidade de plano de ação e elaboração de matriz de coerência dos instrumentos de planejamento. Nos dias 24 e 25 de setembro continuidade de plano de ação e no mês de dezembro findou a primeira etapa do projeto com a entrega dos planos de ação.

No ano de 2019, todo esse trabalho resultou em um produto de 19 (dezenove) objetivos estratégicos, composto no Painel dos Objetivos Estratégicos ((Quadro 1) subdivididos em perspectivas: resultados, processos, gestão e financeiro; com seus respectivos Planos de Ação que serão monitorados, acompanhados e avaliados pelas áreas técnicas e pelo Grupo Condutor do Planejamento Estratégico.

A Secretaria de Estado da Saúde, por meio do ConectaSUS, desenvolveu uma ferramenta digital para monitoramento do Painel dos Objetivos Estratégicos que será fundamental para a tomada de decisão dos gestores em tempo oportuno, se tornando uma experiência exitosa de gestão.

Quadro 13 – Painel dos Objetivos do Planejamento Estratégico da SES/MA

Perspectiva	Objetivo Estratégico	Indicador	Parâmetro		
Resultado para sociedade	1. Reduzir número de óbitos maternos.	Nº óbitos maternos.	<70 óbitos	>70 e < 89 óbitos	> ou = 90 óbitos
	2. Reduzir da mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil.	< 12/1000 nv	> 12 e < 15/1000 nv	> 15/1000 nv
	3. Reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.	Nº de mortes prematura (30 a 69 anos) pelas quatro principais DCNT´s (aparelho circulatório, neoplasia, diabetes e respiratórios crônicos).	redução menor que 2%/ano	2%	Acima de 2% de mortalidade
	4. Aumentar o número de procedimentos de reabilitação bucal (Programa Sorrir).	Nº de procedimentos.			
Processo	5. Descentralizar as ações da Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados (FEME).	Número de pacientes atendidos nas FEME descentralizadas.	> ou = 5000	entre 2001 e 4999	< ou = 2000
	6. Implantar policlínicas (Serviços Ambulatórias Especializados) nas regiões de saúde.	Nº de serviços implantados.	19 ou +	10 a 18	5 a 9
	7. Fortalecer os hospitais regionais com serviços de média e alta complexidade, inclusive com UTI.	Nº de novos serviços implantados.			
	8. Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde.	Razão de pessoas atendidas em serviços especializados por região de saúde em relação à demanda geral reprimida por região.	8 ou +	7 a 5	menor que 5
	9. Consolidar as ações desenvolvidas pela Força Estadual de Saúde (FESMA).	Nº de atendimentos realizadas.	Acima de 90% da meta mensal	Entre 70% e 90% da meta mensal	abaixo de 70% da meta mensal
	10. Consolidar as ações desenvolvidas pelo NINAR.	Nº de núcleos do NINAR implantados nas regiões (NINHOS).	16 a 18	15 a 10	menor que 10
	11. Fortalecer as ações de Atenção Primária e Vigilância em Saúde.	Número de municipios que alcancaram as metas PQAVS.	80-100%	50-79%	menor 49%
Gestão	12. Estruturar o modelo de regulação estadual.	% de solicitações de internação reguladas atendidas.	maior ou igual 75%	entre 31 e 74%	menor ou igual que 30%
	13. Aprimorar os espaços de gestão colegiada entre as áreas técnicas.	Nº reuniões de acompanhamento do planejamento.	80 - 100% reuniões	50-79% reuniões	menor 50%
	14. Apoiar a atuação do Conselho Estadual de Saúde, do Conselho de Drogas e do Conselho de Combate ao Câncer.	Nº de ações realizadas.	80 - 100% reuniões	50-79% reuniões	menor 50%
	15. Fortalecer as Regionais de Saúde.	Número de ações desenvolvidas do Planos de Trabalho das Regionais.	Acima de 70% da execução do plano.	Entre 50% a 70% da execução do plano.	50% da execução do plano.
	16. Estruturar a Educação Permanente em Saúde no Estado do Maranhão por meio da Escola de Saúde Pública do Maranhão - ESP/MA.	Nº ações do plano realizadas.	80 - 100%	50-79%	menor 50%
Financeiro	17. Garantir o investimento de 14% de recursos próprios do Estado na Saúde.	% receita própria aplicada em ações e serviços de saúde.	> 14%	<14 e >12%	<12%
	18. Captar recursos nacionais e internacionais para investimento na saúde.	Valor total captado.	>400 milhões	400 milhões	<400 milhões
	19. Ampliar o cofinanciamento da atenção primária em saúde.	Recurso total investido em APS (PECAPS, Farmácia Básica e Fundo a Fundo).	acima de 17,5mi	entre 16 e 17,5mi	abaixo de 16mi

Fonte: ASPLAN/SES

3.5.3. Regionalização da Saúde

No dia 21 de novembro de 2007, o Governo do Estado do Maranhão sancionou a Lei Complementar n° 108 que dispõe da criação de Regiões de Planejamento, que ficaram definidas em 32 regiões, constituído as unidades de planejamento da ação governamental aos Territórios de Desenvolvimento Sustentável, visando a promoção do desenvolvimento do Estado, a redução de desigualdades e melhoria da qualidade de vida da população maranhense, através da democratização dos programas e ações e da regionalização do orçamento. Essa regionalização é um pré-requisito para a descentralização que objetiva transformar regiões administrativas em territórios de desenvolvimento, aproximando o Governo dos cidadãos.

Na área da Saúde, a regionalização foi organizada em 19 Regiões e 8 Macrorregiões de Saúde conforme Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/MA) n° 44 de 16 de julho de 2012. Com o processo de construção do Planejamento Regional Integrado – PRI, houve uma alteração com base no novo perfil resolutivo e nova conformação em 3 macrorregiões de saúde do Estado do Maranhão, que foram aprovadas pelas Resolução CIB n° 64 de 2018, como já mencionado anteriormente.

Dentre as instâncias de negociação de pactuação no Estado do Maranhão, tem-se 18 Comissões Intergestores Regionais (CIR) e 01 Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Já na instância do controle social cada município tem seu Conselho Municipal de Saúde, e no âmbito do Estado o Conselho Estadual de Saúde, que desempenha seu papel deliberativo na formulação da política estadual de saúde.

No ano de 2019, durante a elaboração do Plano Plurianual 2020-2023, o Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos – IMESC, apresentou uma nova proposta de regionalização, composta por 22 Regiões de Desenvolvimento do Estado do Maranhão, devido à variedade de regionalizações operacionais existentes entre os órgãos do Poder Estadual. Na pesquisa foram observadas divergências na distribuição, tanto das regiões como do número de municípios das mesmas, às vezes se aproxima com a Secretaria de Educação com 18 regiões e de Saúde com 19 regiões, outras vezes divergem, como a Secretaria de Território e Cidadania com 14, a Secretaria de Planejamento e Orçamento com 32

regiões e o IBGE com 21. Portanto, tomou-se como objetivo principal dessa proposta evitar as diferenças entre as regiões que têm maior número de municípios e aquelas que têm um número insuficiente, pois isso dificulta uma melhor espacialização, que de acordo com o IMESC é necessário, portanto “adotar o nivelamento para que as regiões possam caracterizar seus espaços e limites”.

Apesar dessa proposta do IMESC ter sido ferramenta para elaboração do PPA 2020-2023, na Saúde todo o planejamento para realização de ações e serviços públicos de saúde, foram elaboradas considerando as 19 regiões de saúde, utilizando as 18 Unidades Regionais de Saúde existentes para apoiar e promover a gestão descentralizada da Secretaria de Estado da Saúde.

Figura 27 – Mapa das Unidades Regionais de Saúde, Estado do Maranhão.



Fonte: SES/MA

3.5.4. Auditoria do Sistema de Saúde

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

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

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

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

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

A Unidade Gestora de Regulação, Controle, Avaliação, e Auditoria objetiva coordenar, aprimorar e implementar ações relativas à Regulação, Controle e Avaliação e Auditoria, além de viabilizar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde na atenção ambulatorial e hospitalar. Busca, ainda, a integralidade da

assistência à saúde que se inicia e se completa nas Redes de Atenção à Saúde, mediante referência do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores Regionais - CIR e Comissão Intergestores Bipartite - CIB/MA.

As ações da Unidade Gestora de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria a serem exercidas pelos gestores do SUS, compreendem o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processo de contratação e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, a habilitação de serviços, o acompanhamento e processamento da produção ambulatorial e hospitalar, quantidade e qualidade dos serviços prestados entre outras atribuições. Neste âmbito devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, conforme prevê a legislação, os quais deverão compor os Mapas da Saúde Regional e Estadual.

3.5.5. Ouvidoria do Sistema de Saúde

A Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde, instituída em 02 de janeiro de 2007, por meio do Decreto n.º 22.906/2007, vem atuando como mediadora da relação entre os cidadãos e os gestores do SUS no âmbito do Estado do Maranhão, promovendo qualidade da comunicação e a formação de laços de confiança e colaboração mutua. Tem como função, efetuar o registro, encaminhamento e fechamento das demandas, bem como fazer o acompanhamento da mesma até o retorno ao usuário do SUS, com o objetivo de propiciar uma resposta adequada às manifestações apresentadas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Vale ressaltar que também é de competência da Ouvidoria:

- Capacitar, monitorar e dar suporte à Rede que a constitui presente nas unidades próprias de saúde do Estado, Setores da SES e Secretarias Municipais;
- Levar ao conhecimento do cidadão o serviço de Ouvidoria, por meio de ações de divulgação;
- Elaborar relatórios de gestão para servir de apoio às instâncias competentes na tomada de decisão;

- A prevenção e mediação de conflitos dos usuários, relativos aos serviços do SUS;
- A disseminação de informações gerais em saúde.

A Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde registra manifestações através dos seguintes canais de atendimento:

- Tridígito 160 – A Ouvidoria opera um tele atendimento;
- Sistema Eletrônico E – OUV – canal disponível pela Controladoria Geral da União – CGU;
- E – Mail da Ouvidoria: ouvidoria@saude.ma.gov.br;
- Site da Secretaria de Estado da Saúde, além de outros canais como: Disque Denúncia e Promotoria da Saúde;
- OUVSUS/ MS (Ouvidoria Geral do SUS) – 136;
- Secretarias Municipais de Saúde.

✓ Demandas relativas ao SUS registradas pela Ouvidoria, 2015 a 2019

No período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019, de acordo com o Banco de Dados da Ouvidoria Geral do SUS - OUVSUS, a Ouvidoria da SES acolheu 27.901 manifestações entre informações, reclamações, solicitações, denúncias, sugestões e elogios.

Destas manifestações registradas neste período, a Ouvidoria apresenta uma resolutividade que atingiu 95,42%. Todavia, ainda insatisfatória, considerando a importância e necessidade para gestão de garantir a melhoria da qualidade dos seus serviços, a resposta ao cidadão em tempo hábil e o índice estabelecido pelo Ministério da Saúde como Indicador de Qualidade das Ouvidorias do SUS em todo o Brasil.

A Ouvidoria SES/MA atua ainda como um braço setorial da Ouvidoria Geral do Estado do Maranhão (OGE) e ainda gerencia o Serviço de Informação ao Cidadão (E-SIC) no âmbito da SES, por meio da qual recebe manifestações referentes a Lei de Acesso à Informação (Lei Federal 12.527/2011 e Lei Estadual 10.217/2015).

Entre os anos de 2015 a 2019, a Ouvidoria da SES recebeu 1.081 solicitações de informações com 100% de resolutividade.

- ✓ Avanços da Ouvidoria

Atualmente, cinco municípios (São Luís, São José de Ribamar, Paço do Lumiar, Imperatriz e Codó) estão habilitados junto ao OUVSUS/ MS, com acesso Nível I, para utilizarem o Sistema OuvidorSUS, possibilitando o registro e tratamento das manifestações, bem como o encaminhamento das mesmas para a sua própria sub-rede ou para a Ouvidoria SES/MA. É importante salientar que as Ouvidorias dos munícipios de São José de Ribamar e Paço do Lumiar não estão funcionando, mesmo com as inúmeras tentativas da SES/MA para capacitação destes referidos municípios e não obtivemos retorno favorável por parte dos mesmos.

O processo de descentralização do Serviço de Ouvidorias do SUS no Estado do MA em 2019, alcançou 13 regiões de saúde, a saber: Chapadinha, Balsas, Imperatriz, Codó, Presidente Dutra, Rosário, Pinheiro, Santa Inês, Bacabal, Itapecuru Mirim, Timon, Pedreiras e Zé Doca com capacitações ministradas a cento e um municípios e sete Unidades de Saúde administradas pelo Estado que estão localizadas no interior. Assim, ampliamos o número de pontos de acesso de Ouvidorias do SUS no Estado de 117 para 147 municípios, com acesso nível II, no Sistema OuvidorSUS. O índice de ampliação não alcançou média maior, devido alguns municípios não terem encaminhado para esta Ouvidoria a documentação necessária para fazer a adesão à Rede de Ouvidorias do SUS.

Acrescento que a parceria com o Centro de Apoio Operacional de Saúde – CAOP/Saúde, órgão auxiliar do Ministério Público em 2019, contribuiu bastante para o avanço no quesito descentralização do Serviço de Ouvidorias do SUS no Estado.

A Ouvidorias da SES por meio de suas atividades diárias e constantes, tornou – se uma unidade de importância estratégica para a gestão do SUS no Maranhão. Dessa forma, ao proporcionar espaço de diálogo entre usuários, profissionais de saúde, gestores, cidadãos em geral e as diferentes instâncias de gestão, a Ouvidoria da SES possibilita a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde. Essa forma de controle social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde.

4. PROGRAMAS DE SAÚDE PARA 2020-2023

Os Programas de Saúde definidos para os próximos quatro anos 2020-2023, a princípio foram norteados pelos Programas de Governo que expressam a promessas de campanha assumida perante a população e conduzem a elaboração do Plano Plurianual. Os programas foram implantados a partir da identificação de problemas existentes, as necessidades e as condições de saúde da população, associados as agendas estratégicas e os compromissos do Governo. A parti de uma ampla discussão, nas oficinas com as áreas técnicas foi adotado várias metodologias, entre elas a construção de arvores de problemas, matriz SWOT, dentre outros instrumentos.

Desse modo, foram contemplados 4 (quatro) programas na área da saúde, a saber: Atenção Primária e Vigilância em Saúde; Saúde para Todos; Enfrentamento da Mortalidade Materna Infantil e Gestão da Política de Saúde Pública, que estão inseridos no PPA 2020-2023, no Eixo Estruturante Enfrentar as Injustiças Sociais, na Diretriz 2 que é ampliar e fortalecer o acesso à saúde de qualidade, da atenção básica aos serviços de média e alta complexidade, bem como realizar ações de prevenção, garantindo cuidados integrais à população maranhense em todas as fases do ciclo de vida. Além desses programas, houve a necessidade de agregar despesas de natureza administrativa que não puderam ser apropriadas em ações finalísticas, nem a um programa finalístico, sendo assim o Estado adotou o Programa Apoio Administrativo, para prover os órgãos do estado de meios administrativos para a implementação de seus programas finalísticos e de serviços ao estado, conforme expresso no quadro a seguir:

Quadro 14 – Programas e Ações contemplados no PPA 2020-2023

Programa	Ação	Denominação da Ação
411 - APOIO ADMINISTRATIVO	4457	ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE
597 - ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE	2947	PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS
	4817	VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO, CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE
	4915	FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE COFINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
	4912	VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM SAÚDE
	4653	COMPONENTE BÁSICO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - CBAF
	4913	POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
	4784	IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
	4788	POLÍTICA ESTADUAL DE INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
	4914	VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL
	4818	VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA
0311-GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA	2754	QUALIFICAÇÃO E FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL
	4907	APOIO À GESTÃO DAS UNIDADES REGIONAIS DE SAÚDE
	4387	FORTALECIMENTO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE
	4754	POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
	4576	CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE
0617 - ENFRENTAMENTO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL	3294	IMPLANTAÇÃO E MODERNIZAÇÃO DA REDE MATERNA E INFANTIL
	3293	QUALIFICAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO MATERNA E INFANTIL
	4911	VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA LINHA DE CUIDADO MATERNO E INFANTIL
	4841	FORÇA ESTADUAL DE SAÚDE
0596 - SAÚDE PARA TODOS	4630	AÇÕES DE COMBATE AO CÂNCER
	4908	ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR
	3128	IMPLANTAÇÃO E MODERNIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
	4794	POLÍTICA ESTADUAL DE SANGUE E HEMODERIVADOS
	4909	FORTALECIMENTO DA CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE
	4910	ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA ESPECIALIZADA

Fonte: ASPLAN/SES.

4.1. Programa Gestão da Política de Saúde Pública

O Programa Gestão da Política de Saúde Pública originou-se para sanar as fragilidades na elaboração e gestão de políticas públicas de saúde no Estado do Maranhão, tendo como objetivo coordenar o planejamento e a formulação de políticas setoriais, monitoramento e avaliação dos programas de saúde pública estadual e municipal, por meio de ações realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde, na formulação dos instrumentos de gestão do sus, tais como planos de saúde, programação e relatórios anuais de saúde, coerentes com as diretrizes da política nacional de saúde, nas ações de fortalecimento do planejamento em saúde, políticas de educação permanente em saúde, apoio à gestão das unidades regionais de saúde, controle, regulação, avaliação do sistema de saúde e fortalecimento do controle social.

4.2. Programa Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Com objetivo de fortalecer a Atenção Primária e Vigilância em Saúde para o desenvolvimento de ações resolutivas no território de abrangência e diminuir as elevadas taxas de morbimortalidade de doenças, agravos e permanência de riscos à saúde da população, foi criado o Programa Atenção Primária e Vigilância em Saúde, contribuindo para melhorar os metas dos indicadores de saúde, reduzir os custos de média e alta complexidade, reduzir as taxas de ocupações de leitos, taxa de morbimortalidade e óbitos evitáveis.

Dentre as ações contempladas nesse programa desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde, pode-se destacar: a Política de Atenção Primária, Vigilância, Prevenção, Controle de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde, fortalecimentos da Política de Cofinanciamento da Atenção Primária, Vigilância Sanitária em Saúde, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, implementação da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Política de Assistência Farmacêutica Básica e Política Estadual de Investigação Laboratorial de Vigilância em Saúde.

4.3. Programa Saúde para Todos

É dever constitucional do Estado prestar assistência à saúde da população, com qualidade, equidade e integralidade na lógica das redes de atenção à saúde, de acordo com os princípios do SUS. O Programa Saúde para Todos, surgiu mediante os problemas identificados de vulnerabilidade no modelo de prestação de serviços nas redes de atenção à saúde, tendo em vista que Estado ainda possui apenas 0,81 médico para cada mil habitantes, ocupando última posição nacional nesse quesito.

Esse programa tem como objetivo oferecer a população uma assistência à saúde, por meio de estratégias de implementação dos ambulatórios especializados no modelo de atenção às doenças crônicas; pactuação de fluxos e protocolos assistenciais e de acesso; acompanhamento e monitoramento das ações e serviços; realização de oficinas com gestores de saúde para efetivação do Planejamento Regional Integrado - PRI em todas etapas prevista pelo Ministério da Saúde; aplicação da lógica da planificação na reorganização dos processos das redes temáticas; descentralização das ações da central estadual de transplante; descentralização das ações da farmácia estadual de medicamentos especializados; estabelecimento de parcerias e consórcios.

Diante desse contexto e com a finalidade de prestar serviço de saúde ambulatorial e hospitalar aos usuários do SUS no Estado, foram contempladas nesse programa as seguintes ações: atenção ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica especializada, fortalecimento da Central Estadual de Transplantes, Política Estadual de Sangue e Hemoderivados, ações de combate ao câncer e a implantação e modernização da rede assistência dos serviços de saúde, com objetivo de ampliar a cobertura e modernizar a rede ambulatorial e hospitalar no Estado.

4.4. Programa Enfrentamento da Mortalidade Materna Infantil

A redução da mortalidade materna infantil é uma das metas que o Governo do Maranhão assumiu com foco especifico nas agendas estratégicas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS, Consórcio Brasil Central – BrC, Plano Mais IDH e Selo Unicef.

Desse modo, este programa surgiu a partir da identificação do problema de uma rede de atenção à saúde materna e infantil fragmentada e pouco resolutiva, com objetivo de reduzir em 10% ao ano o número absoluto de mortalidade materna e taxa de mortalidade infantil, para tanto torna-se importante destacar as ações de implementação da linha de cuidado materna e infantil, através da Planificação da Atenção à Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, CONASS e Hospital Albert Einstein, qualificação da Atenção Primária em Saúde nos municípios do Plano Mais IDH através da Força Estadual de Saúde; apoio aos municípios para ampliar à adesão ao pré-natal através do Cheque Cesta Básica Gestante, que garante um benefício no valor máximo de R$ 900, dividido em nove parcelas de R$ 100, a mulheres grávidas de baixa renda que se cadastrarem e atenderem os critérios; qualificação dos profissionais da Atenção Primária, atenção especializada e atenção hospitalar em parceria com a OPAS/OMS-Brasil; implementação dos ambulatórios de atenção especializada de forma regionalizada e integrada; pactuação de fluxos e protocolos assistenciais e de acesso; apoio e vigilância da referências regionalizadas do parto e nascimento, modernização de unidades de saúde referências para parto; ampliação da investigação de óbitos maternos e infantil nas 19 regiões de saúde.

Desse modo, as ações contempladas neste programa foram: implantação e modernização da rede materna e infantil, qualificação da linha de cuidado materna e infantil, vigilância em saúde na linha de cuidado materno e infantil e as ações da força estadual de saúde.

5. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

Este capítulo trata das diretrizes, objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde, que foram elaboradas conforme as propostas de Diretrizes apresentadas e aprovadas na 10ª Conferência Estadual de Saúde realizada em julho de 2019 e na 16ª Conferência Nacional de Saúde realizada em agosto, bem como nas diretrizes e metas do Plano de Governo, compatibilizados com os objetivos do Planejamento Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde para os próximos quatro anos.

Quadro 15 – Eixos e Diretrizes do PES 2020-2023

EIXO	DIRETRIZES
EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO	Diretriz I - Garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde como direito fundamental ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, vigilância em saúde, atenção especializada e garantindo o acesso a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS.
	Diretriz II - Fortalecimento da Assistência de Média e Alta Complexidade, de forma ascendente e regionalizada, contemplando as demandas especificas das regiões de saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, garantido a oferta de serviços de saúde.
EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCIPIOS DO SUS	Diretriz III – Fortalecer a Gestão Pública, por meio da gestão compartilhada nas regiões de saúde, com aprimoramento do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão, garantindo e fortalecendo as instâncias de controle social.
EIXO III – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE DO SUS	Diretriz IV – Garantir o financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde, melhorando o padrão de gastos e qualificando o financiamento tripartite em saúde.

Quadro 16 – Diretrizes e Objetivos do PES 2020-2023

DIRETRIZ	OBJETIVOS
DIRETRIZ I	Objetivo 1: Fortalecer a Atenção Primária para apoiar o desenvolvimento de ações em saúde no Estado.
	Objetivo 2: Implementar e Fortalecer as ações de Vigilância em Saúde para Promoção, Prevenção, Controle de Doenças e Agravos.
	Objetivo 3: Fortalecer a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, buscando a garantia de atendimento integral e efetivo às pessoas que sofrem em decorrência de transtorno mental e uso indevido de drogas.
	Objetivo 4: Fortalecer a Atenção à Saúde Materno Infantil
	Objetivo 5: Garantir aos usuários do SUS, acesso aos medicamentos contemplados nos Componentes Básico, Especializado, Estratégico da Assistência Farmacêutica e dos Programas da SES-MA
DIRETRIZ II	Objetivo 1: Garantir a integralidade da assistência dos serviços de média e alta complexidade aos usuários do SUS
	Objetivo 2: Ampliar a doação e a captação de órgãos e tecidos com a finalidade de ampliar a realização de transplantes no Estado
	Objetivo 3: Programar, executar e coordenar a política de sangue, seus componentes e derivados no Estado do Maranhão no âmbito da hemoterapia e de hematologia clínica, incluindo suporte diagnostico e atendimentos multidisciplinares.
	Objetivo 4: Reduzir a incidência e a morbimortalidade da população maranhense, por meio de ações de combate ao Câncer
	Objetivo 5: Implantar e Modernizar a Rede Assistencial dos Serviços de Saúde
DIRETRIZ III	Objetivo 1: Coordenar o planejamento e a formulação de políticas setoriais, monitoramento e avaliação dos programas de saúde pública estadual e municipal
	Objetivo 2: Promover capacitação, qualificação e profissionalização dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde.
	Objetivo 3: Fortalecer os espaços de gestão compartilhada e descentralizada para o desenvolvimento das ações de gestão da Secretaria Estadual de Saúde, apoiando a transparência e o controle social.
DIRETRIZ IV	Objetivo 1: Garantir os investimentos em ações e serviços de saúde no Estado do Maranhão, ampliando o cofinanciamento, a captação de recursos e aumentando a eficiência dos gastos da saúde.

EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO

Diretriz I - Garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde como direito fundamental ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, vigilância em saúde, atenção especializada e garantindo o acesso a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS.

Objetivo 1: Fortalecer a Atenção Primária para apoiar o desenvolvimento de ações em saúde no Estado.								
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento**	**Linha de Base do Indicador**			**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
		Valor	Ano	Unidade de Medida				
Apoiar os municípios a desenvolverem ações voltadas para a Estratégia Saúde da Família	Nº de municípios beneficiados.	217	2018	NÚMERO	217	217	217	217
Apoiar os municípios a desenvolverem ações voltadas para a Saúde Bucal	Nº de municípios beneficiados	217	2018	NÚMERO	217	217	217	217
Apoiar os municípios a desenvolverem ações voltadas para a Política de Saúde do Adulto e Idoso	Nº de municípios beneficiados	217	2018	NÚMERO	217	217	217	217
Apoiar unidades Prisionais de ressocialização a desenvolverem ações voltadas para a Política de Saúde Prisional	Nº Unidades de Saúde Prisional.	47	2018	NÚMERO	47	47	47	47
Apoiar os municípios a desenvolverem ações voltadas para a Saúde da Mulher.	Nº de municípios beneficiados	217	2018	NÚMERO	217	217	217	217
Apoiar os municípios a desenvolverem ações voltadas para a Saúde da Criança e Adolescente.	Nº de municípios beneficiados	217	2018	NÚMERO	217	217	217	217
Apoiar os munícipios a desenvolverem ações voltadas para a Política de Alimentação e Nutrição	Nº de municípios beneficiados	217	2018	NÚMERO	217	217	217	217
Garantir os repasses do FNS aos municípios sob gestão estadual com Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias	Nº de municípios beneficiados	13	2018	NÚMERO	13	13	13	13
Fortalecer nos municípios a Integração das Ações da Atenção Básica com as populações em vulnerabilidade/marginalidade Social	Nº de municípios beneficiados.	217	2018	Número	217	217	217	217
Promover o atendimento à população geral pela Força Estadual de Saúde nos municípios	Nº de pessoas beneficiadas	120.091	2018	Número	125.280	125.280	125.280	125.280

Objetivo 2: Implementar e Fortalecer as ações de Vigilância em Saúde para Promoção, Prevenção, Controle de Doenças e Agravos.								
Descrição da Meta	**Indicador**	**Linha de Base do Indicador**			**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
		Valor (Qte.)	**Ano**	**Unidade de Medida**				
Executar ações de gerenciamento de risco em saúde ambiental	Nº de ações realizadas	365	2018	Número	500	620	640	660
Fortalecer as ações de vigilância em saúde ambiental nas 19 Regiões de Saúde	Nº de ações realizadas	50	2018	Número	175	190	205	220
Fortalecer as ações de vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora nas 19 Regiões de Saúde	Nº de ações realizadas	50	2018	Número	175	190	205	220
Executar ações de gerenciamento de risco em saúde do trabalhador e da trabalhadora	Nº de ações realizadas	50	2018	Número	50	54	58	62
Executar ações de gerenciamento de risco em vigilância sanitária em saúde	Nº de ações realizadas	2.740	2018	Número	15.500	16.000	16.500	17.000
Fortalecer as ações de vigilância sanitária em saúde nas 19 Regiões de Saúde.	Nº de ações realizadas	160	2018	Número	150	160	170	180
Realizar exames pelo Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	Nº de exames realizados	80.856	2018	Número	188.400	188.400	188.400	188.400
Apoiar os municípios nas ações de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças.	Nº de municípios beneficiados	217	2018	Número	217	217	217	217
Estruturar os espaços físicos da Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças	Nº de espaços físicos estruturados	24	2018	Número	24	24	24	24
Apoiar os municípios para a ampliação do acesso às ações e serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento do HIV, Sífilis e Hepatites Virais das	Nº de municípios benefícios	217	2018	Número	217	217	217	217

populações-chaves, prioritárias e gestantes e outros								
Ampliar a cobertura de Testagem Rápida para Sífilis.	Percentual de cobertura	-	-	Percentual	10%	10%	10%	10%
Implantar Serviços de Referência Estadual para os pacientes portadores de Hepatites Virais	Número de serviços implantados	0	1	Número	1		1	

Objetivo 3: Fortalecer a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, buscando a garantia de atendimento integral e efetivo às pessoas que sofrem em decorrência de transtorno mental e uso indevido de drogas.

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento	Linha de Base do Indicador			2020	2021	2022	2023
		Valor	Ano	Unidade de Medida				
Garantir apoio institucional aos municípios nas ações da Política de Saúde Mental	Nº de municípios beneficiados	217	2018	NÚMERO	217	217	217	217
Garantir avaliação e acompanhamento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei que cumprem medidas terapêuticas aplicadas pelo judiciário.	N º de pessoas acompanhadas	160	2018	Número	160	160	160	160
Promover ações em Saúde Mental e de prevenção ao uso de drogas	Nº de ações realizadas	16	2018	NÚMERO	16	16	16	16

Objetivo 4: Fortalecer a Atenção à Saúde Materno Infantil								
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento**	**Linha de Base do Indicador**			**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
		Valor	Ano	Unidade de Medida				
Reduzir a taxa de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade	14,05	2018	TAXA	13,34	12,67	12,03	11,43
Reduzir o número de óbitos maternos	Nº de óbitos maternos	86	2018	NÚMERO	82	78	74	70
Garantir o acesso ao pré-natal por meio do Cheque Gestante	Nº de gestantes beneficiadas	--	2018	NÚMERO	22.000	22.000	22.000	22.000
Garantir o atendimento materno infantil para grupo de risco, em municípios de atuação da Força Estadual de Saúde	Nº de pessoas beneficiadas	20.562	2019	NÚMERO	21.645	24.674	26.731	26.731

Objetivo 5: Garantir aos usuários do SUS, acesso aos medicamentos contemplados nos Componentes Básico, Especializado, Estratégico da Assistência Farmacêutica e dos Programas da SES-MA								
Descrição da Meta	**Indicador**	**Linha de Base do Indicador**			**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
		Valor (Qte.)	**Ano**	**Unidade de Medida**				
Ampliar o acesso aos medicamentos especializados e padronizados aos usuários	Nº de pacientes atendidos	236.829	2018	Número	238.000	238.000	245.000	245.000
Garantir a distribuição de fórmulas especiais a crianças com alergia e/ou intolerância alimentar.	Nº de pacientes atendidos	11.871	2018	Número	11.900	11.900	12.500	12.500
Descentralizar as ações da Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados	Nº de farmácias descentralizadas	-	2018	Número	01	-	-	-
Garantir o acesso aos medicamentos as pessoas privadas de liberdade	Nº de pessoas privadas de liberdade	10.134	2018	Número	10.134	10.134	10.134	10.134

Diretriz II – Fortalecimento da Assistência de Média e Alta Complexidade, de forma ascendente e regionalizada, contemplando as demandas especificas das regiões de saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, garantido a oferta de serviços de saúde.

Objetivo 1: Garantir a integralidade da assistência dos serviços de média e alta complexidade aos usuários do SUS								
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento**	**Linha de Base do Indicador**			**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
		Valor (Qte.)	Ano	Unidade de Medida				
Prestar o atendimento ambulatorial e hospitalar aos usuários do SUS por intermédio dos serviços de saúde nas unidades próprias	Nº de procedimentos realizados	24.149.907	2018	Número	24.396.236	25.396.236	26.436.634	27.396.236
Garantir o atendimento aos usuários em assistência odontológica especializada pelo SORRIR	Nº de procedimentos realizados	12.000	2018	Número	14.900	15.900	16.900	17.900
Ampliar leitos de UTI Adulto e Leitos de Retaguarda	Nº de leitos	150	2018	Número	180	180	180	180
Estruturar o modelo de regulação estadual	% de solicitações de internação reguladas atendidas	43%	2018	percentual	50%	60%	70%	75%
Ampliar os serviços de média e alta complexidade nos hospitais regionais.	Nº de novos serviços implantados	22	2018	Número	24	24	26	28
Garantir os procedimentos de deslocamento e ajuda de custo aos pacientes para tratamentos fora domicílio em outra Unidade da Federação - TFD	Nº de procedimentos	93.605	2018	Número	91.732	89.897	88.099	86.337
Prestar o atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade aos usuários do SUS por intermédio dos	Nº de procedimentos realizados	1.165.985	2018	Número	1.177.645	1.201.355	1.201.355	1.201.354

estabelecimentos de saúde de natureza pública municipal e privadas contratualizadas								
Garantir apoio aos municípios nos serviços de atendimento móvel de urgência.	Nº de municípios beneficiados	42	2018	Número	44	45	46	46

Objetivo 2: Ampliar a doação e a captação de órgãos e tecidos com a finalidade de ampliar a realização de transplantes no Estado								
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento**	**Linha de Base do Indicador**			**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
		Valor (Qte.)	Ano	Unidade de Medida				
Implantar Organizações de Procura de Órgãos - OPO	Nº de OPO's implantados	-	2018	Número	01	01	01	-
Implementar o número de notificações de potenciais Doadores em Morte Encefálica	Nº de notificações por milhão de população (pmp)	15	2018	Número	32	40	45	50
Ampliar o número de Doadores Efetivos de Órgãos	Nº de Doadores por milhão de população (pmp)	2 pmp	2018	Número	03	05	06	08

Objetivo 3: Programar, executar e coordenar a política de sangue, seus componentes e derivados no Estado do Maranhão no âmbito da hemoterapia e de hematologia clínica, incluindo suporte diagnostico e atendimentos multidisciplinares.								
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento**	**Linha de Base do Indicador**			**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
		Valor (Qte.)	Ano	Unidade de Medida				
Aumentar o número de procedimento destinados a obtenção do sangue, seus componentes e derivados.	Nº de procedimentos realizados	381.401	2018	número	387.545	389.177	390.816	392.462
Aumentar o número de consultas médicas em atenção especializadas	Nº de consultas realizadas	24.487	2018	Número	25.587	26.195	26.804	27.414
Aumentar o número de atendimentos multidisciplinar	Nº de atendimentos multidisciplinares realizados	13.882	2018	Número	12.137	12.434	12.620	12.809

es em atenção especializadas								
Aumentar o número de exames laboratoriais de suporte diagnóstico.	N de exames laboratoriais realizados	1.298.259	2018	Número	1.367.500	1.397.500	1.427.500	1.457.500

Objetivo 4: Reduzir a incidência e a morbimortalidade da população maranhense, por meio de ações de combate ao Câncer

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento	Linha de Base do Indicador			2020	2021	2022	2023
		Valor	Ano	Unidade de Medida				
Garantir a os usuários do SUS a realização de procedimentos voltados para o combate ao Câncer.	Nº de procedimentos realizados	35.398	2018	Número	35.398	37.898	40.398	42.898

Objetivo 5: Implantar e Modernizar a Rede Assistencial dos Serviços de Saúde

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento	Linha de Base do Indicador			2020	2021	2022	2023
		Valor	Ano	Unidade de Medida				
Ampliar a rede hospitalar e ambulatorial nas regiões.	Nº de regiões beneficiadas	5	2018	Número	8	4	5	2
Garantir a aquisição de equipamentos hospitalares para as unidades de saúde da região.	Nº de regiões beneficiadas	05	2018	Número	5	8	4	2
Ampliar a cobertura e modernizar a Rede Materno Infantil	Número de municípios beneficiadas	-	-	Número	2	2	2	2

EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCIPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Diretriz III – Fortalecer a Gestão Pública, por meio da gestão compartilhada nas regiões de saúde, com aprimoramento do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão, garantindo e fortalecendo as instâncias de controle social.

Objetivo 1: Coordenar o planejamento e a formulação de políticas setoriais, monitoramento e avaliação dos programas de saúde pública estadual e municipal								
Descrição da Meta	**Indicador**	**Linha de Base do Indicador**			**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
		Valor (Qte.)	**Ano**	**Unidade de Medida**				
Aprimorar a gestão colegiada entre as áreas técnicas com foco no planejamento	Nº de reuniões realizadas	-	-	Número	12	12	12	12
Implementar o processo de planejamento do SUS no Estado	Nº de municípios com instrumentos de gestão elaborados	217	2018	Número	217	217	217	217
Fortalecer as ações de Auditoria do SUS	Nº de ações realizadas	518	2018	Número	400	420	441	464
Garantir o monitoramento das ações realizadas nas unidades de saúde	Nº de unidades de saúde monitoradas	149	2018	Número	84	88	92	96
Fortalecer as ações de Ouvidoria do SUS no Estado.	Nº de ações realizadas	10	2018	Número	10	15	20	25

Objetivo 2: Promover capacitação, qualificação e profissionalização dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde.								
Descrição da Meta	**Indicador**	**Linha de Base do Indicador**			**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
		Valor (Qte.)	**Ano**	**Unidade de Medida**				
Promover cursos para técnicos da área de saúde pela Escola de Saúde Pública-ESP	Nº de cursos ofertados	07	2018	Número	07	11	11	04
Apoiar a realização das ações do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde	Nº de ações realizadas	-	-	Número	04	04	04	04
Capacitar profissionais de saúde pela Escola de Saúde Pública-ESP	Nº de profissionais capacitados	1.589	2018	Número	1.180	1.671	1.094	492

Objetivo 3: Fortalecer os espaços de gestão compartilhada e descentralizada para o desenvolvimento das ações de gestão da Secretaria Estadual de Saúde, apoiando a transparência e o controle social.								
Descrição da Meta		**Linha de Base do Indicador**						

	Indicador para monitoramento	Valor	Ano	Unidade de Medida	2020	2021	2022	2023
Fortalecer as Regionais de Saúde.	Unidade Regional Com Plano De Trabalho Implantado	19	2018	Número	19	19	19	19
Acompanhar as ações pelas Unidades Regionais de Saúde	Unidade Regional Acompanhada	19	2018	Número	19	19	19	19
Articular com as Comissões Intergestores Regionais (CIR) na gestão de saúde.	Nº de reuniões realizadas	228	2018	Número	228	228	228	228
Potencializar as ações do Conselho Estadual de Saúde	Nº de ações realizadas	08	2018	Número	08	12	15	20
Potencializar as ações do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas	Nº de ações realizadas	--	2018	Número	05	08	10	12

EIXO III – FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Diretriz IV – Garantir o financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde, melhorando o padrão de gastos e qualificando o financiamento tripartite em saúde.

Objetivo 1: Garantir os investimentos em ações e serviços de saúde no Estado do Maranhão, ampliando o cofinanciamento, a captação de recursos e aumentando a eficiência dos gastos da saúde.								
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento**	**Linha de Base do Indicador**			**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
		Valor	**Ano**	**Unidade de Medida**				
Ampliar a adesão dos municípios na Política de Cofinanciamento da Atenção Primária (PECAPS)	Nº de municípios beneficiados.	217	2018	Número	217	217	217	217
Garantir o repasse da Farmácia Básica aos municípios.	Nº de municípios beneficiados.	217	2018	Número	217	217	217	217
Ampliar a participação de Consórcios Públicos Interfederativos nas compras compartilhadas	Nº de consórcios pactuados	2	2018	Número	3	3	3	3

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D.S.; SOUZA, S.A.; SILVA, D.J. et al. Avaliação epidemiológica da esquistossomose no estado de Pernambuco através de um modelo de regressão beta. **Arquivos de Ciências da Saúde**, 2019; 26(2):116-120. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1302. Acesso em: 11 jul.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: 2017.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial. Panorama da doença de Chagas no Brasil. **Boletim Epidemiológico,** n.36, v.50, 2019.

____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.061, DE 18 DE MAIO DE 2020.** Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da República. Brasília, 2020.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe Semanal Sarampo – Brasil, Semanas Epidemiológicas 1 a 25**, 2020.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Influenza: monitoramento até a Semana 49 de 2019. **Boletim Epidemiológico,** n.38, v.50, 2019.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017:** uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 34 p. : il.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das

Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 412 p. : il.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite e Coinfecções. Ministério da Saúde, 2018

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Plano para Eliminação da Hepatite C no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.**

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Plano para Eliminação da Hepatite C no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.**

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. Relatório da 10ª Conferência Estadual de Saúde do Maranhão, São Luís -Ma, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Democracia e Saúde, 4 a 7 de agosto de 2019.

ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância de Doenças Imunopreveníveis e Imunização. **Boletim Epidemiológico n°01/2019 – Vigilância da Doença Meningocócica**, 2019.

FARIA, D.R.; SOUSA, R.C.; COSTA, T.J.N.M.; LEITE, I.C.G. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. **Rev Méd Minas Gerais** 2012; 22(1):1-128.

MARANHÃO. Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento. Plano Plurianual – PPA 2020-2023 do Governo do Maranhão – São Luís 2019.

MOREIRA, K. F.A.; et al . Child mortality in the last five-year periods in the city of Porto Velho, RO, Brazil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 86-92, 2014 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822014000100013&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 03 ago. 2020.

MORSE, M.L.; FONSECA, S.C.; BARBOSA, M.D.; CALIL, M.D.; EYER, F.P.C. Mortalidade Materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad Saúde Pública** 2011;27(4):623-38.

NUNES, J.; PIMENTA, D.N. A epidemia de zika e os limites da saúde global. *Lua Nova* [online]. 2016, 98:21-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452016000200021&lng=pt&nrm=iso. Acesso em:08 jul.2020

VIANA, A.L.A.; BAPTISTA, T.W.F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2. ed, p. 59 – 87, 2011

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.; CARMO LEAL, M.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet 2**011; 377:1863-76.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Updated version, April 2016. Geneva: WHO, 2016. WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Hepatitis C [On-line]. Atualizado 18 jul. 2018. Disponível em: . Acesso em: 24 dez. 2018.

_____. Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021: Towards Ending Viral Hepatitis. Geneva: WHO, 2016. WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Global Hepatitis Report 2017. Geneva: WHO, 2017.

APÊNDICE A – AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO COVID 19

Após conclusão da elaboração do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, houve a necessidade de adequá-lo com informações adicionais, principalmente no que se refere ao orçamento e as ações voltadas para enfrentamento ao novo coronavírus, pois a pandemia mundial chegou ao Brasil no final de fevereiro de 2020. No Maranhão, o primeiro caso da doença foi registrado no dia 20 de março, ou seja, após a apreciação das diretrizes, objetivos e metas no Conselho Estadual de Saúde.

Portanto, seguindo orientações técnicas do Ministério da Saúde, os Entes que já estavam com o PPA aprovado, poderiam adicionar uma ação específica destinada para alocar recursos oriundos do Governo Federal e outros dentro de uma ação já existente ou dentro de uma nova ação especifica para o enfrentamento ao Covid-19 como foi feito pelo Ministério da Saúde. Sendo assim, a Secretaria de Estado de Saúde, incorporou ao PPA 2020-2023 uma subação específica, para receber o orçamento para financiamento de ações no combate ao Coronavírus, no sentido de tornar mais transparente a aplicação dos recursos repassados pelo Governo Federal.

Dessa forma, a Secretaria de Estado da Saúde, juntamente com a Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento, elabora a nota técnica 5-004/2020, que apresentam informações e dados gerenciais acerca dos impactos da pandemia do novo coronavírus nos gastos com saúde no Estado do Maranhão, sendo que as primeiras estimativas apontam para um acréscimo no investimento na ordem de R$ 108.583.375,52. Assim, diante da necessidade orçamentária, e tendo em vista que Governo do Estado, por meio do Decreto nº 35.672 de 19 de março de 2020, decretou estado de calamidade pública, poderá abrir crédito adicional extraorçamentário ou outras medidas de priorização de despesas frente as dificuldades fiscais que o Estado passará por conta da crise econômica da pandemia.

Além disso, dentro do contexto de financiamento em saúde, houve a necessidade de adaptação deste Plano no que se refere a inclusão dos recursos advindos das portarias ministeriais para enfrentamento de combate ao COVID-19 e os recursos de saldos financeiros remanescentes de exercícios anteriores em ações reprogramadas, constando nas respectivas Programações Anuais e Lei Orçamentária Anual, conforme preconiza a Lei Complementar 172, de 15 de abril de 2020, que dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos

Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais, durante a vigência do estado de calamidade pública, que estarão expressas na Programação Anual de Saúde e na sua execução no Relatório Anual de Gestão.

No que se refere as ações programadas para enfrentamento ao coronavírus, a Secretaria de Estado da Saúde elaborou o Plano Estadual de Contingência do Novo Coronavírus (COVID-19), que foi instrumento compatibilizado ao Plano Estadual de Saúde 2020-2023, fazendo também a vinculação ao Plano de Ação dos Objetivos do Planejamento Estratégico, no que se refere ao enfrentamento ao Corona vírus no Estado.

Por fim, e seguindo orientações do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, por meio das notas técnicas n° 05 e 07 de 2020, há a necessidade de ajuste no Plano de Saúde (PS) e/ou na Programação Anual de Saúde (PAS) para inclusão das metas e das ações decorrentes do enfrentamento à pandemia da covid-19, no sistema DigSUS. Logo, esse apêndice serve de elemento norteador para ajuste no sistema que é uma ferramenta que permite essa adequação no momento oportuno, durante o lançamento das diretrizes, objetivos e metas (DOMI), após dado ciência e deliberado pelo Conselho de Saúde.

BREVE HISTÓRICO

No final de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre a ocorrência de casos de pneumonia na cidade de Wuhan na China, causada por uma nova cepa de Coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de Coronavírus.

Para a Organização Mundial de Saúde foram identificados, até o momento, sete coronavírus humanos (HCoVs): HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e recentemente, o novo coronavírus que em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2 e é responsável pela doença COVID-19.

Em 22 de janeiro de 2020, o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública foi ativado para o novo coronavírus (COE Covid-19), no Brasil, estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde (MS).

Por meio da Portaria/SES/MA nº 253, de 24 de abril de 2020, foi instituído o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública do Estado do Maranhão - COE COVID-19/MA, para o enfrentamento do novo Coronavírus, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde.

O Ministério da Saúde divulgou o primeiro caso confirmado da covid-19 no Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo, referente a um homem, de 61 anos, que havia retornado da Itália.

O Maranhão, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES), confirmou o primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus (Covid-19) no dia 20 de março. Tratava-se de um homem que havia retornado de viagem a São Paulo.

O Plano de Contingência para enfrentamento da pandemia no Maranhão, já em sua sexta versão, elaborado em conformidade com o Plano de Contingência Nacional e com base no modelo de Gestão de Riscos, propõe a identificação de ações de gestão, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, e Vigilância em Saúde do Trabalhador, Assistência à Saúde, diagnóstico e educação em saúde, que contempla

os três níveis de resposta e as respectivas ações, conforme o perfil epidemiológico e visa orientar a comunidade e profissionais quanto as medidas de controle.

Desde 16 de março de 2020 foram publicados vários atos normativos (Decretos) para minimizar a pandemia no estado e determinando medidas restritivas de circulação de pessoas e veículos, uso obrigatório de máscaras de proteção, ampliação de Leitos nos principais hospitais, expansão do Hospital Genésio Rêgo, construção do Hospital Dr. Raimundo Alexandrino, ampliação de novos leitos no Hospital Dr. Carlos Macieira, Hospital do Servidor, na Unidade Mista do Itaqui Bacanga e abertura de hospitais de Campanha.

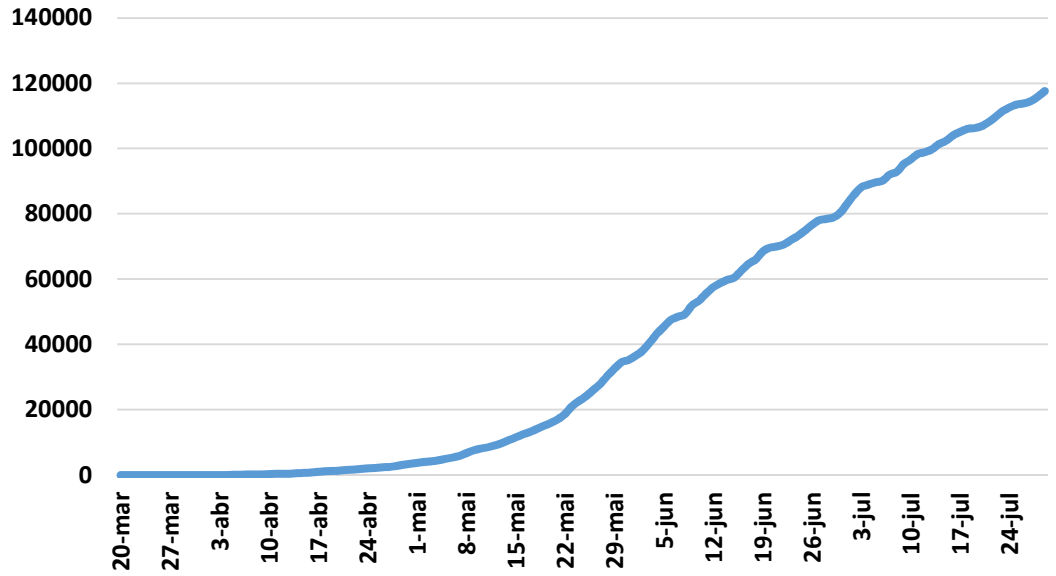
Com a confirmação dos primeiros casos da doença, a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão implementou várias ações para o enfrentamento da pandemia com resposta coordenada: criação do Comitê de Crise; publicação de boletins diários desde 28 de fevereiro de 2020; criação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública – COE COVID-19/MA, por meio da Portaria n° 253 de 24 de abril de 2020; definição e organização de várias frentes de trabalho com 64 profissionais de várias áreas (Tecnologia da Informação, Atenção Primária, Vigilância Epidemiológica, Escola Saúde Pública, Conecta SUS), que desenvolvem as seguintes atividades: monitoramento de primeiro contato, monitoramento e investigação de óbito, monitoramento de pacientes Internados, resultado de exames de casos positivos e negativos, atendimento da demanda espontânea.

Dentre as principais ações para o enfrentamento da pandemia, destacamos a abertura de dois Centros de Testagem; distribuição de Equipamentos de Proteção Individual – EPI para todos os trabalhadores de saúde; aquisição de teste rápido; criação de um sistema estadual de notificação (COVID NOTIFICA MARANHÃO) com o objetivo de diminuir as disparidades de informação entre os boletins municipais e o estadual, uma vez que o e-SUS Notifica tem muitas instabilidades. Além disso, houve a necessidade de ampliação de leitos clínicos e de UTI, com a abertura dos hospitais de campanha, estregas de novas unidades de saúde próprias, contratação de serviços técnicos especializados, locação de imóveis para funcionamento de unidades de saúde e de locação de serviços de uti móvel aéreo, entrega de insumos aos municípios e atendimentos nas aldeias indígenas e comunidades quilombolas pelas equipes da Força Estadual de Saúde.

Conforme o Boletim Epidemiológico da SES-MA, referente a data de 07 de julho, o Maranhão registrou 92.088 casos que representa uma taxa de incidência de

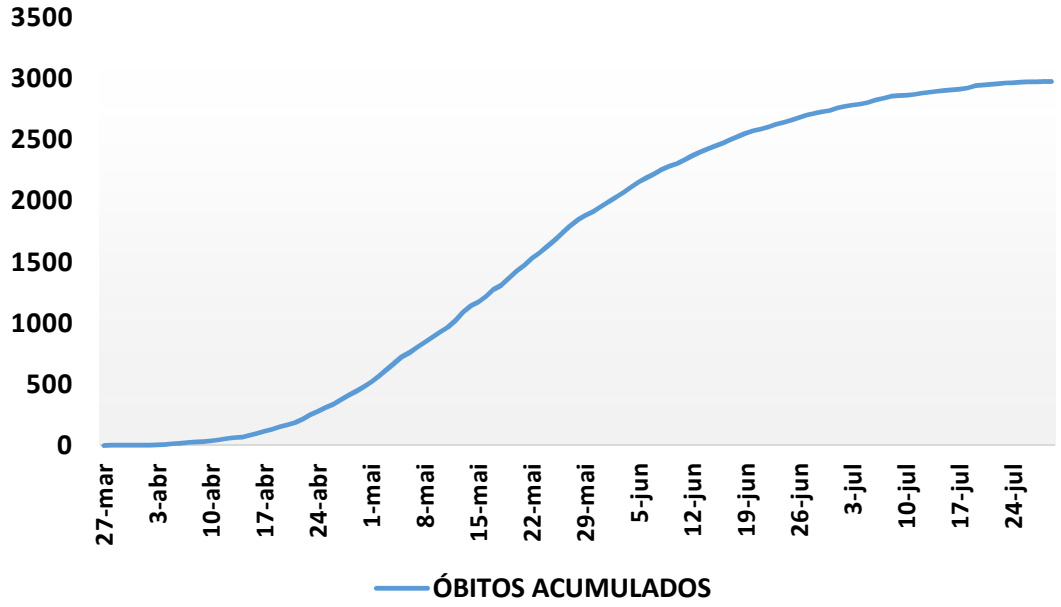
1.301/100.000 habitantes. Foram registrados 2.286 óbitos e o número de recuperados foi de 70.927, sendo que a faixa etária mais atingida foi de 30 a 39 anos e 55% são do sexo feminino. Dentre os 92.088 casos novos registrados nessa data, 78.249 (85,0%) são residentes no interior do estado, o que demonstra uma desaceleração de casos na região metropolitana e aumento da curva nos municípios da região continental do estado. Em relação aos 2.286 óbitos, a faixa etária mais atingida, foram idosos com mais de 70 anos (53,6%), e que 86,9% possuíam comorbidades, sendo mais frequente a hipertensão arterial. A média de óbitos por dia foi de 23/dia e a taxa de letalidade foi de 2,48%. A maioria dos óbitos ocorreram em pessoas do sexo masculino (62,0%). No ranking nacional, o Maranhão ocupa a 6ª posição tanto em número de casos como de óbitos acumulados.

Gráfico 1 – Evolução dos Casos de COVID 19, Estado do Maranhão, março-julho/2020



Fonte: CONECTA/SES/MA

Gráfico 2 – Número de óbitos acumulados pelo Covid19, Estado do Maranhão, março-julho/2020.



Fonte: CONECTA/SES/MA

O Ministério da Saúde avalia que as estratégias de distanciamento social adotadas pelos estados e municípios, contribuem para evitar o colapso dos sistemas locais de saúde, como observado em outros países, e permitem aos gestores tempo relativo para estruturação dos serviços de atenção à saúde da população, com consequente proteção do Sistema Único de Saúde. (BE nº 6COE- COVID 19 do Ministério da Saúde)

As ações do plano de contingência do COVID-19 são executadas de acordo com cada nível de resposta com foco na detecção precoce da circulação viral e redução da morbimortalidade pela doença:



Fonte: CIEVS/SES-MA

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo esse cenário, o Plano Estadual de Saúde-PES foi adequado para a inclusão das metas relativas às ações do Covid-19 no DigiSUS, sendo assim refletidas na Programação Anual de Saúde 2020 e, por conseguinte no Relatório Anual de Gestão de 2020, o qual apresentará os resultados alcançados e os recursos aplicados nas ações de enfrentamento ao Coronavírus.

Importante ressaltar que muitos foram os debates acerca da inserção dessas ações dentro do sistema DigiSUS e do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS por parte dos Entes para prestação de contas dos recursos aplicados. Nos casos dos estados que estão no primeiro ano de execução do PPA 2020-2023 poderia ser adicionado no plano, sem problema, caso os Entes ainda não tenha lançado as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores no sistema DIGISUS, mas para municípios que já estão no terceiro ano de vigência seria inviável, podendo assim colocar dentro da sua programação anual e de forma em anexo, assim como também para Estados que optassem poderiam assim fazer.

Dessa forma, e tendo em vista que as ações de enfrentamento ao Covid-19, realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde são transversais e perpassam por vários programas, adotamos dentro do PES um objetivo especifico intitulado de “Desenvolver as Ações de Enfrentamento ao Coronavírus para redução da incidência no Estado”, tendo como indicadores para acompanhamento da meta: as taxas de incidência e de letalidade do Covid-19, conforme quadro abaixo. Por fim, importante frisar que a execução orçamentária das ações voltadas para o Covid-19, foram organizadas em subações especificas (localizadores de gastos), servindo para demonstrar com maior transparência os gastos realizados pelo Governo do Estado no combate ao Coronavírus.

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – Ações COVID 19

DIRETRIZ	OBJETIVOS
I	Objetivo 6: Desenvolver as ações de enfrentamento ao Coronavírus, para redução de incidência no Estado.

Diretriz I - Garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde como direito fundamental ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, vigilância em saúde, atenção especializada e garantindo o acesso a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS.

Objetivo 6: Desenvolver as ações de enfrentamento ao Coronavírus, para redução de incidência no Estado.								
Descrição da Meta	**Indicador para monitoramento**	**Linha de Base do Indicador**			**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
		Valor	**Ano**	**Unidade de Medida**				
Reduzir a taxa de incidência do COVID19.	Taxa de Incidência	--	--	Taxa	3.500	141,34	70,67	14,13
	Taxa de letalidade	--	--	Taxa	2,00	1,50	1,00	1,00

Obs.: Esta meta foi inserida em anexo ao Plano Estadual de Saúde 2020-2023, ou seja, após o PES já ter sido aprovado no Conselho Estadual de Saúde, pois houve a necessidade de inclui-las devido as orientações técnicas do Ministério da Saúde quanto a transparências referente a aplicação do recursos federais e próprios destinados ao enfrentamento da COVID19 nos Entes Federativos na Programação Anual de Saúde.

* Em se tratando que o COVID-19 é uma doença nova sem valor para a linha de base, adotou-se uma meta de redução da incidência, porém os indicadores utilizados para acompanhamento serão a taxa de incidência e letalidade, ainda não definido os valores previstos da meta para os próximos anos, pela dificuldade de parâmetros, cabendo ao Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública – COE/COVID-19/MA definir tais indicadores.

Parâmetros:

- Para 10.000 positivos em 2021, a taxa de incidência 141,34 e com 150 óbitos, a taxa de letalidade 1,5.

- Para 5.000 positivos em 2022, a taxa de incidência 70,67 e com 50 óbitos a taxa de letalidade 1,0.

- Para 1.000 positivos em 2023, a taxa de incidência 14,13 e com 10 óbitos a taxa de letalidade 1,00.

ANEXOS

QUADRO 17 - GRADE DE REFERÊNCIA, SEGUNDO SERVIÇO DE REFERÊNCIA, POR MACRORREGIÃO NORTE, ESTADO DO MARANHÃO

UNIDADE DE SAÚDE	SERVIÇOS DE REFERÊNCIA	Macrorregião/ Município	REGIÕES BENEFICIADAS
Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello - IMOAB.	- Radioterapia/Braquiterapia - Oncologia Clínica/Quimioterapia - Oncologia Pediátrica (Clínica e Cirúrgica) - Oncologia Cirúrgica (Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica e outras Cirurgias Oncológicas) - Cirurgia Plástica - Hematologia - Iodoterapia -Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS.	NORTE (São Luís)	- São luís - Rosário - Pinheiro - Viana - Santa Inês - Bacabal - Chapadinha - Itapecuru Mirim - Zé doca
Hospital de Câncer do Maranhão Dr. Tarquínio Lopes Filho	- Oncologia/ Clínica/Quimioterapia - Oncologia Cirurgia (Cabeça e Pescoço, Torácica e outras Cirurgias Oncológicas) - Cirurgia Plástica - Hematologia - Leitos de Retaguarda - Leito de Cuidados Prolongados -Unidade de Terapia Intensiva		
EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO LUIS	- Sobrepeso/Obesidade (Cirurgia Bariátrica, Endocrinologia, Gastroenterologia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social) - Cirurgias de Câncer de Complexo Hospitalar - Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS. - Serviço de terapia renal substitutiva	NORTE (São Luís)	- São luís - Rosário - Pinheiro - Viana - Santa Inês - Bacabal - Chapadinha - Itapecuru Mirim - Zé doca - São João dos Patos - Presidente Dutra - Imperatriz - Balsas - Açailândia - Barra do Corda - Caxias - Codó - Pedreiras - Timon

Hospital da Mulher	- Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões precursoras do Câncer de Colo de Útero (SRC) - Neurocirurgia (RAU) - Leito de Retaguarda _Unidade de Terapia Intensiva	NORTE (São Luís)	- Município de São Luís
Centro de Especialidades Médicas e Diagnóstico do Diamante	- Serviço de referência para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Nutrição, Endocrinologia, Cardiologia, Oftalmologia)	NORTE (São Luís)	- São luís - Rosário - Pinheiro - Viana - Santa Inês - Bacabal - Chapadinha - Itapecuru Mirim - Zé doca - São João dos Patos - Presidente Dutra - Imperatriz - Balsas - Açailândia - Barra do Corda - Caxias - Codó - Pedreiras - Timon
APAE- Laboratório de Análise Clínica	Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS.	NORTE (São Luís)	-Município de São Luís
Laboratório Central de Saúde Pública do Município de São Luís	Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS.	NORTE (São Luís)	-Município de São Luís
Centro de Patologia Do MARANHÃO LTDA	Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS.	NORTE (São Luís)	-Município de São Luís
Instituto Oswaldo Cruz (LACEN ESTADUAL)	Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS.	NORTE (São Luís)	- São Luís -Zé Doca
Laboratório CEDRO LTDA	Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS.	NORTE (São Luís)	-Município de São Luís -Pinheiro -Viana
Centro de Especialidade e Diagnostico	Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS.	NORTE (Raposa)	Município de Paço do Lumiar

CDML- Centro de Diagnóstico Maria Luciene LTDA.	Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS	NORTE (Rosário)	-Rosário -Chapadinha -Itapecuru-Mirim - Município de Raposa
Laboratório central Dr. Coelho Dias	Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS	NORTE (Bacabal)	-Bacabal
Laboratório de Citologia do Hospital Municipal de Santa Inês	Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS	NORTE (Santa Inês)	-Santa Inês
UNIDADE MISTA SÃO SEBASTIÃO	Laboratório de exames citopatológicos do câncer de colo do útero habilitado no Qualicito/MS	NORTE (PIO XII)	-Município de Pio XII.
Biorim	- Nefrologia /Hemodiálise	NORTE (Bacabal)	- Bacabal - Santa Inês - Zé Doca
Instituto Maranhense do Rim		NORTE (São Luís)	- São Luís - Rosário
Centro de Hemodiálise de São Luís			
Clínica de Rim e Hipertensão Arterial			
Cenefron			
EBSERH HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO LUIS			
Hospital Dr. Carlos Macieira			
Hospital Geral da Vila Luisão			
Hospital Regional de Chapadinha		NORTE (Chapadinha)	- Chapadinha - Itapecuru Mirim
Hospital Regional da Baixada Dr. Jackson Lago		NORTE (Pinheiro)	- Pinheiro - Viana
CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DO FILIPINHO		NORTE (São Luís)	São Luís
CENTRO DE ESPECIALIDADE MEDICA DA VILA ESPERANCA		NORTE (São Luís)	São Luís
CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLOGICA CEO TIPO II	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	Norte (Bacabal)	- Bacabal
CENTRO DE ESPECIALIZACAO ODONTOLOGICA DE CURURUPU CEO		NORTE CURURUPU	PINHEIRO
CEO CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLOGICA		NORTE SANTA INÊS	SANTA INES

CEO CENTRO DE ESPECIALIDADES DONTOLOGICAS S J RIBAMAR		NORTE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR	SÃO LUIS
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS CEO		NORTE SÃO LUÍS	SÃO LUIS
CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLOGICA DO FILIPINHO		NORTE SÃO LUÍS	SÃO LUIS
CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLOGICA VILA ESPERANCA		NORTE SÃO LUÍS	SÃO LUIS
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS MILITAO M.		NORTE VITORINO FREIRE	BACABAL
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	NORTE (Bacabal)	- Bacabal - Santa Inês - Codó
		NORTE (Paço do Lumiar)	- São Luís
		NORTE (Pinheiro)	- Pinheiro
		NORTE (São José de Ribamar	- São Luís
		NORTE (São Luís)	- São Luís
HOSPITAL MUNICIPAL AGOSTINHO DOS SANTOS JACINTHO	Serviço de Nefrologia	NORTE (SAO VICENTE FERRER)	São Vicente de Ferrer
Hospital Municipal Djalma Marques – Socorrão I	- Cardiologia - Clínica Geral / Cirurgia Geral - Neurologia / Neurocirurgia - Pediatria Clínica / Pediatria Cirúrgica - Saúde Mental - UTI Adulto TIPO II	NORTE (São Luís)	- São luís - Rosário - Pinheiro - Viana - Santa Inês - Bacabal - Chapadinha - Itapecuru Mirim - Zé doca
Hospital Municipal de Urgência e Emergência Clementino Moura – Socorrão II	- Clínica Geral / Cirurgia Geral - Neurologia / Nefrologia - Ortopedia - Saúde Mental - UTI Adulto TIPO II - Unid. De Cuidados Intermediários Adulto		
Hospital da Criança Dr. Odorico Amaral de Matos	- Pediatria Clínica - Saúde Mental		São Luís
Unidade Mista do Coroadinho	- Clínica Geral		
Hospital Aquiles Lisboa			

Hospital de Traumatologia e Ortopedia - HTO	- Leitos de Retaguarda - Leito de Cuidados Prolongados -Unidade de Terapia Intensiva	NORTE (São Luís)	SÃO LUIS
Hospital Dr. Carlos Macieira			
Hospital Geral da Vila Luisão			
Hospital Presidente Vargas			
Hospital Raimundo Lira			
Hospital Nina Rodrigues			
Hospital Genésio Rego			
Unidade Mista do Coroadinho	- Leitos de Retaguarda		
Hospital Regional de Paulino Neves	- Leitos de Retaguarda - Leito de Cuidados Prolongados	NORTE (Paulino Neves)	- Chapadinha
Hospital Regional de Chapadinha	- Leitos de Retaguarda - Leito de Cuidados Prolongados -Unidade de Terapia Intensiva	NORTE (Chapadinha)	
Hospital Regional Laura Vasconcelos		NORTE (Bacabal)	- Bacabal
HOSPITAL REGIONAL DE SANTA LUZIA DO PARUÁ		NORTE (Santa Luzia do Paruá)	-Zé Doca
HOSPITAL REGIONAL DE MONÇÃO		NORTE (Monção)	-Santa Inês
HOSPITAL MUNICIPAL NEWTON SERRA	- Leitos de Retaguarda	NORTE (Monção)	
HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTA INÊS		NORTE (Santa inês)	
HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO F. NETO		NORTE (Santa Luzia)	
HOSPITAL MUNICIPAL DE TUFILÂNDIA SANTA TEREZINHA		NORTE (Tufilândia)	
HOSPITAL MUNICIPAL JOSÉ RAMOS		NORTE (Gov. Newton Belo)	
HOSPITAL MUNICIPAL DE PIO XII		NORTE (Pio XII)	
HOSPITAL REGIONAL ADÉLIA MATOS FONSECA	- Leitos de Retaguarda - Leitos de Cuidados Prolongados	NORTE (Itapecuru Mirim)	- Itapecuru
HOSPITAL REGIONAL DE MORROS		NORTE (Morros)	- Rosário
HOSPITAL REGIONAL DE BARREIRINHAS	- Leitos de Retaguarda - Leitos de Cuidados Prolongados - Unidade de Terapia Intensiva	NORTE (Barreirinhas)	
HOSPITAL REGIONAL DA BAIXADA MARANHENSE DR. JACKSON LAGO		NORTE (Pinheiro)	- Pinheiro
HOSPITAL REGIONAL DR. ANTONIO HADADE		NORTE (Viana)	- Viana
Santa Casa de Misericórdia de Cururupu	- Clínica Geral / Cirurgia Geral - Obstetrícia Clínica - Ortopedia	NORTE (Cururupu)	- Pinheiro

	- Saúde Mental - Pediatria Clínica - Leito de Retaguarda		
Hospital Regional Dr. Antenor Abreu	- AIDS - Clínica Geral / Cirurgia Geral - Ortopedia - Saúde Mental - Leito de Retaguarda	NORTE (Pinheiro)	Pinheiro
Hospital Macrorregional Tomaz Martins	- Clínica Geral / Cirurgia Geral - Ortopedia - Pediatria Clínica - UTI Adulto TIPO II - Leitos de Retaguarda	NORTE (Santa Inês)	Santa Inês
Hospital Municipal Pedro dos Reis Fernandes Neto	- Clínica Geral / Cirurgia Geral - Ortopedia - Obstetrícia Cirúrgica / Obstetrícia Clínica - Pediatria Clínica - Leito de Retaguarda	NORTE (Santa Luzia)	Santa Luzia
UPA ARAÇAGY	Unidades de Pronto Atendimento-UPAS (Urgências)	NORTE (São José de Ribamar)	-São Luís
UPA PAÇO DO LUMIAR		NORTE (Paço do Lumiar	
UPA CIDADE OPERÁRIA		NORTE (São Luís)	
UPA ITAQUI BACANGA			
UPA VINHAIS			
UPA PARQUE VITÓRIA			
UPA CHAPADINHA		NORTE (Chapadinha)	- Chapadinha
Centro de Saúde Domira Dantas	- Atenção Domiciliar	NORTE (Paço do Lumiar)	- São Luís
CENTRO DE SAÚDE FABRICIANA DE MORAES		NORTE (São Luís)	
CENTRO DE SAÚDE HONÓRIO FERREIRA GOMES		NORTE (São José de Ribamar)	
CENTRO DE SAÚDE SÃO FRANCISCO		NORTE (São Luís)	
HOSPITAL DA CRIANÇA DR. ODORICO AMARAL DE MATOS		NORTE (São Luís)	
HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR		NORTE (São José de Ribamar)	
HOSPITAL CLEMENTINO MOURA		NORTE (São Luís)	
HOSPITAL MUNICIPAL DJALMA MARQUES			

UNIDADE DE SAÚDE DA VILA SARNEY			
UNIDADE MISTA BEQUIMÃO			
UNIDADE MISTA COROADINHO			
UNIDADE MISTA ITAQUI-BACANGA			
UNIDADE MISTA SÃO BERNARDO			
Centro de Especialidade Medica do Vinhais	Ambulatorial (Especialidades médicas)	NORTE (São Luís)	- São Luís
Ambulatório do Hospital da Vila Luizão		NORTE (São Luís)	- São Luís
Centro de Especialidade Médica da Cidade Operaria		NORTE (São Luís)	- São Luís
Centro de Especialidade Médica do Pam Diamante		NORTE (São Luís)	- São Luís
APAE de Água Doce do MA (Reabilitação Física, Intelectual)	Ambulatorial (Reabilitação Física, Intelectual, Visual e Auditiva)	NORTE (Água Doce do Maranhão)	- Chapadinha
APAE de Anapurus (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Anapurus)	- Chapadinha
APAE de Araioses (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Araioses)	- Chapadinha
APAE de Brejo (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Brejo)	- Chapadinha
APAE de Chapadinha (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Chapadinha)	- Chapadinha
APAE de Humberto de Campos (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Humberto de Campos)	- Rosário
APAE de Miranda do Norte (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Miranda do Norte)	- Itapecuru Mirim
APAE de Monção (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Moção)	- Santa Inês
APAE de Santa de Inês (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Santa Inês)	- Santa Inês
APAE de São Bernardo (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (São Bernardo)	- Chapadinha
APAE de Magalhães de Almeida (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Magalhaes de Almeida)	- Chapadinha
APAE de São Luís (CER-III) (Reabilitação Física, Intelectual e Auditiva)		NORTE (São Luís)	- São Luís

APAE de Tutóia (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Tutóia)	- Chapadinha
APAE de Vargem Grande (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Vargem Grande)	- Itapecuru Mirim
APAE de Zé Doca (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Zé Doca)	- Zé Doca
Centro de Especialidades Ninar (Reabilitação Física, Intelectual e Visual)		NORTE (São Luís)	- São Luís
Centro de Reabilitação Maria Amélia Bastos (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (São José de Ribamar)	- São Luís
Centro de Reabilitação Maria do Carmo Santos (Reabilitação Física, Intelectual)		NORTE (Arari)	- Itapecuru-Mirim
CER III- Olho D'água(Reabilitação Física, Intelectual e Visual)		NORTE (São Luís)	- São Luís
CER III- Cidade Operária (Reabilitação Física, Intelectual e Auditiva)		NORTE (São Luís)	- São Luís
Centro especializado em reabilitação Tipo II Física e Intelectual		NORTE (São Luís)	- São Luís
Centro de Atenção Psicossocial Tipo I	Saúde Mental	NORTE - Alcântara - Raposa - Icatu - Rosário - Barreirinhas - Santa Rita - Cururupu - Pedro do Rosário - Guimarães - Mirinzal - Matinha - Palmeirândia - Penalva - São Bento - São João Batista - São Vicente Ferrer - Olinda Nova do Maranhão - Viana - Alto Alegre do Pindaré - Bom Jardim	

		- São Luís Gonzaga - Vitorino Freire - Arari - Miranda do Norte - Anajatuba - Vitoria do Mearim - Governador Nunes Freire	- São Luís - Rosário - Pinheiro - Viana - Santa Inês - Bacabal - Chapadinha - Itapecuru-Mirim - Zé Doca
Centro de Atenção Psicossocial Tipo II	Saúde Mental	NORTE - Paço do Lumiar - São José de Ribamar - São Luís - Pinheiro - Santa Inês - Bacabal - Chapadinha - Zé Doca	
Centro de Atenção Psicossocial Tipo III		NORTE - São Luís (Gestão Estadual)	
Centro de Atenção Psicossocial Infantil		NORTE - São Luís	
Centro de Atenção Psicossocial Tipo Álcool e Drogas		NORTE - São Luís (Gestão Estadual)	
Centro de Atenção Psicossocial Tipo Álcool e Drogas III		NORTE - São Luís	
Unidade de Acolhimento Adulto		- São Luís (Gestão Estadual)	
Serviço Residencial Terapêutico		- São Luís - São Luís (Gestão Estadual)	
Ambulatório em Saúde Mental		- São Luís - São Luís (Gestão Estadual)	
Leitos em Saúde Mental Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral		Atendimento de urgência em saúde mental é de responsabilidade do município e região.	
Hospital de Urgência Psiquiátrica		- São Luís (Gestão Estadual)	

Fonte: SAAS, SES-MA, 2019.

QUADRO 18 - GRADE DE REFERÊNCIA, SEGUNDO SERVIÇO DE REFERÊNCIA, POR MACRORREGIÃO SUL, ESTADO DO MARANHÃO

UNIDADE DE SAÚDE	SERVIÇOS DE REFERÊNCIA	Macrorregião/ Município	REGIÕES BENEFICIADAS
Hospital Municipal de Açailândia	- Clínica Geral / Cirurgia Geral - Crônicos - Ginecologia - Neonatologia - Obstetrícia Clínica / Obstetrícia Cirúrgica - Ortopedia - Pediatria Clínica /Pediatria Cirúrgica - Leito de Retaguarda -Unidade de Terapia Intensiva	SUL (Açailândia)	- Açailândia
Hospital Municipal São José de Ribamar	- Clínica Geral / Cirurgia Geral - Obstetrícia Clínica / Obstetrícia Cirúrgica - Pediatria Clínica - Saúde Mental - Leito de Retaguarda	SUL (Amarante do Maranhão)	- Imperatriz
Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto	- Cardiologia - Clínica Geral /Cirurgia Geral - Urologia - Neurocirurgia - Ortopedia - UTI Adulto TIPO II - Leito de Retaguarda - Leito de Cuidados Prolongados -Unidade de Terapia Intensiva	SUL (Imperatriz)	- Açailândia - Balsas - Imperatriz
Hospital Municipal de Imperatriz	- AIDS - Clínica Geral / Cirurgia Geral - Neonatologia - Neurocirurgia - Oftalmologia - Ortopedia - Pediatria Clínica / Pediatria Cirúrgica - Queimado Pediátrico - Saúde Mental - UTI Adulto TIPO II - UTI Pediátrica – Tipo II - Serviço de Referência para o Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM) - Leito de Retaguarda -Unidade de Terapia Intensiva	SUL (Imperatriz)	- Açailândia - Balsas - Imperatriz
Divisão Municipal de Saúde da Mulher	Serviço de Referência para o Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero (SRC)	SUL (Imperatriz)	- Município de Imperatriz

Centro Citológico de Imperatriz LTDA	- Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO	SUL (Imperatriz)	- Município de Imperatriz
Hospital e Maternidade Anderson Marinho	- Clinica Geral / Cirurgia Geral - Obstetrícia Clínica / Obstetrícia Cirúrgica - Pediatria Clínica -SaúdeMental -- Mamografia -Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO - Leito de Retaguarda	SUL (Porto Franco)	- Município de Porto Franco
Citodiagnósticos Laboratório de Citologia e Análises Clínicas	-Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS	SUL (Imperatriz)	Município de Imperatriz
LAFAC- LABORAT FARMACÊUTICO DE ANÁLISE CLÍNICA LTDA	-Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS	SUL (Imperatriz)	-Imperatriz -Açailândia
LABCENTR-MEC SERVIÇO DE LABORATÓRIO	-Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS	SUL (Imperatriz)	-Município de Amarante
M.A.S. DE ARAUJO SERVIÇOS LABORATORIAIS	Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS	SUL (Balsas)	-Balsas
Hospital Materno Infantil/Laboratório de Citopatologia (Laboratório próprio	Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS	SUL (Barra do Corda)	-Barra do Corda
Laboratório Itamar Guará	Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS	SUL (Grajaú)	- Município de Grajaú
Hospital São Rafael - UNACON com Serviço de Radioterapia. Oncoradium – Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar)	- Oncologia Clínica - Quimioterapia - Oncologia Cirúrgica de Cabeça e Pescoço, - Oncologia Cirúrgica Torácica - Outras Cirurgias Oncológicas - Oncologia Pediátrica (Clínica e Cirúrgica) - Radioterapia	SUL (Imperatriz)	- Imperatriz - Balsas - Açailândia - Barra do Corda
Centro de Nefrologia de Açailândia	- Nefrologia / Hemodiálise	SUL (Açailândia)	- Açailândia
CNI Clinica de Nefrologia de Imperatriz CDR imperatriz		SUL (Imperatriz)	- Imperatriz - Balsas - Barra do Corda
NEFROLAB IMPERATRIZ		SUL (Imperatriz)	- Imperatriz
CEO II CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLOGICA	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS	SUL BALSAS	BALSAS

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS		SUL BARRA DO CORDA	BARRA DO CORDA
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS DE GRAJAU		SUL GRAJAÚ	BARRA DO CORDA
CEO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS TRES PODERES		SUL IMPERATRIZ	IMPERATRIZ
CEO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS PQ ANHANGUERA		SUL IMPERATRIZ	IMPERATRIZ
UBS RAIMUNDO NONATO ADIVINCULA DE BARROS	Atenção Domiciliar	SUL (Grajaú)	- Barra do Corda
UNIDADE MISTA OTÁVIO LIMA DE ALMEIDA		SUL (Formosa Serra Negra)	
UNIDADE MISTA VILA NOVA		SUL (Imperatriz)	- Imperatriz
CENTRO DE SAÚDE DR. MILTON LOPES DO NASCIMENTO			
CSUB ADELSON RIBEIRO DE CARVALHO		SUL (Amarante do Maranhão)	
CENTRO DE SAÚDE SANTA BÁRBARA		SUL (Açailândia)	- Açailândia
HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO NEIVA DE SANTANA		SUL (Buriticupu)	- Imperatriz
Hospital São Rafael	- AIDS - Buco Maxilo Facial - Cardiologia - Clínica Geral / Cirurgia Geral - Endocrinologia - Gastroenterologia - Ginecologia - Urologia - Neurocirurgia - Ortopedia - Otorrinolaringologia - Plástica - Torácica - UTI Adulto - TIPO II - UTI Neonatal - Tipo II - UTI Pediátrica – Tipo II (Com Oncologia)	SUL (Imperatriz)	- Açailândia - Balsas - Imperatriz
Hospital das Clínicas	- Cardiologia - Clínica Geral /Cirurgia Geral - Gastroenterologia - Ginecologia - Nefrologia/Urologia - Neurocirurgia - Obstetrícia Cirúrgica - Ortopedia - Pediatria Clínica - Plástica - Torácica - UTI Adulto TIPO II - UTI Neonatal - Tipo II		

	- UTI Pediátrica – Tipo II		
Hospital Santa Mônica	- Cardiologia - Clínica Geral / Cirurgia Geral - Gastroenterologia - Nefrologia/Urologia - Neurologia / Neurocirurgia - Obstetrícia Clínica / Obstetrícia Cirúrgica - Ortopedia - Plástica - UTI Adulto TIPO II / UTI Pediátrica – Tipo II	SUL (imperatriz)	- Açailândia - Balsas - Imperatriz
Hospital UNIMED	- UTI Adulto TIPO II		
HOSPITAL REGIONAL DE GRAJAÚ	-Leito de Retaguarda - Leito de Cuidados Prolongados -Unidade de Terapia Intensiva	SUL (Grajáu)	-Grajaú -Barra do Corda
HOSPITAL REGIONAL DE BALSAS		SUL (Balsas)	-Balsas
HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DE IMPERATRIZ		SUL (Imperatriz)	- Imperatriz
SAMU 192	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	SUL (Açailândia)	- Açailândia
		SUL (Alto Parnaíba)	- Balsas
		SUL (Amarante do Maranhão)	- Imperatriz
		SUL (Balsas)	- Balsas
		SUL (Barra do Corda)	- Barra do Corda
		SUL (Buriticupu)	- Açailândia
		SUL (Carolina)	- Balsas
		SUL (Cidelândia)	- Açailândia
		SUL (Estreito)	- Imperatriz
		SUL (Grajaú)	- Barra do Corda
		SUL (Imperatriz)	- Imperatriz
		SUL (Itinga do Maranhão)	- Açailândia
		SUL (Porto Franco)	- Imperatriz
		SUL (São Pedro da Água Branca)	- Açailândia
		SUL (São Raimundo das Mangabeiras)	- Balsas
		SUL (Sítio Novo)	- Imperatriz

		SUL (Vila Nova dos Martírios)	- Açailândia
UPA Imperatriz	Unidades de Pronto Atendimento-UPAS (Urgências)	SUL (Imperatriz)	- Imperatriz
UPA SÃO JOSÉ			
UPA AÇAILÂNDIA		SUL (Açailândia)	- Açailândia
UPA BURITICUPU			
UPA BALSAS		SUL (Balsas)	- Balsas
UPA BARRA DO CORDA		SUL (Barra do Corda)	-Barra do Corda
APAE de Balsas (CER II) (Reabilitação Física, Intelectual)	- Ambulatorial (Reabilitação Física, Intelectual I e auditiva)	SUL (Balsas)	- Balsas
APAE de Imperatriz (CER II) (Reabilitação Física, Intelectual)		SUL (Imperatriz)	- Imperatriz
APAE de João Lisboa (Reabilitação Física, Intelectual)		SUL (João Lisboa)	- Imperatriz
Centro Auditivo Otodiagnose (Reabilitação Auditiva)		SUL (Imperatriz)	- Imperatriz
Centro de Fisioterapia de Amarante (Reabilitação Física, Intelectual)		SUL (Amarante do Maranhão)	- Imperatriz
Centro de Fisioterapia e Reabilitação (Reabilitação Física, Intelectual)		SUL (Alto Parnaíba)	- Balsas
Centro de Reabilitação de Barra do Corda (Reabilitação Física, Intelectual)		SUL (Barra do Corda)	- Barra do Corda
Centro de Reabilitação e Fisioterapia e Davinópolis (Reabilitação Física, Intelectual)		SUL (Davinópolis)	- Imperatriz
CER II – Balsas (Reabilitação Física, Intelectual)		SUL (Balsas)	- Balsas
Centro Especializado em Reabilitação Itamar Dantas CER II (Reabilitação Física, Intelectual)		SUL (Grajaú)	- Barra do Corda
Centro de Reabilitação Física de Buriticupu (Reabilitação Física, Intelectual)		SUL (Buriticupu)	- Açailândia
Centro de Atenção Psicossocial Tipo I	Saúde Mental	SUL - Amarante do Maranhão - Campestre do Maranhão - João Lisboa - Estreito - Porto Franco -Riachão	- Imperatriz - Balsas - Açailândia - Barra do Corda

		- Formosa da Serra Negra	
Centro de Atenção Psicossocial Tipo II		SUL - Açailândia - Buriticupu - Barra do Corda - Grajaú	
Centro de Atenção Psicossocial Tipo III		SUL - Imperatriz - Balsas	
Centro de Atenção Psicossocial Infantil		SUL - Imperatriz	
Centro de Atenção Psicossocial Tipo Álcool e Drogas III		SUL - Imperatriz	
Serviço Residencial Terapêutico		SUL - Imperatriz	
Ambulatório em Saúde Mental		SUL - Imperatriz	
Leitos em Saúde Mental Unidade de Referência Especializada em Hospital Gera	Atendimento de urgência em saúde mental é de responsabilidade do município e região.		

Fonte: SAAS, SES-MA, 2019

QUADRO 19 - GRADE DE REFERÊNCIA, SEGUNDO SERVIÇO DE REFERÊNCIA, POR MACRORREGIÃO LESTE, ESTADO DO MARANHÃO

UNIDADE DE SAÚDE	SERVIÇOS DE REFERÊNCIA	Macrorregião/ Município	REGIÕES BENEFICIADAS
Hospital Dr. Everaldo Ferreira Aragão	-Oncologia Clínica / Quimioterapia - Oncologia Cirúrgica (Cabeça e Pescoço, Torácica e outras Cirurgias Oncológicas) - Radioterapia - Cirurgia Plástica - Leito de Retaguarda - Leito de Cuidados Prolongados -Unidade de Terapia Intensiva	LESTE (Caxias)	- Caxias - Codó - Presidente Dutra - Pedreiras - São João dos Patos - Timon
UDI Teresina/PI (Contrato Nº 297/2017/SES)	- Iodoterapia - PET-CT - Radioterapia	LESTE (Teresina/PI)	
Hospital Municipal Dr. Eligio Abath	- Serviço de Referência para o Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) - Serviço de Referência para o Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero (SRC)	LESTE (Presidente Dutra)	- Presidente Dutra
Hospital São Marcos em Teresina	- Oncologia Clínica/Quimioterapia, - Oncologia Cirúrgica (Cabeça e Pescoço, Tórax e outras Cirurgias Oncológicas) - Cirurgia Plástica, - Radioterapia - Braquiterapia - Iodoterapia - Oncologia Pediátrica - Hematologia	LESTE (Pactuação MA/PI)	- Timon - São João dos Patos -Município de Codó
E.D.DA LUZ JUNIOR (LACIC- Laboratório de Citologia Clínica)	Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS	LESTE (Caxias)	-Caxias
ALIC. SILVA (LABTEST)	Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS	LESTE (Caxias)	-Caxias
HOSPITAL MUNICIPAL ELIGIO ABATH	Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS	LESTE (Presidente Dutra)	-Presidente Dutra
LABORATÓRIO N.S DA DIVINA PROVIDÊNCIA	Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS	LESTE (Pedreiras)	-Pedreiras
CENTRO DE ASSISTÊNCIA INTEGRADO DE SAUDE DA MULHER	Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS -SRC -SDM	LESTE (Timon)	-Timon
HOSPITAL MUNICIPAL BARJONAS LOBÃO	Laboratório de Exames Citopatológicos habilitado no QUALICITO/MS	LESTE (Barão de Grajaú)	-Município de Barão de Grajaú
NEFROCLÍNICA	- Nefrologia/ Hemodiálise	LESTE (Codó)	- Codó

CAM Centro de Assistência Medica de Codó		LESTE (Codó)	- Codó
CD Casa de Saúde e Maternidade de Caxias		LESTE (Codó)	- Caxias
Centro de Terapia Renal de Timon		LESTE (Timon)	- Timon
ASANEFRO		LESTE (Pedreiras)	- Pedreiras - Presidente Dutra
NEFROCLÍNICA de Floriano		LESTE (Floriano-PI)	- São João dos Patos
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS CEO	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS	LESTE CAXIAS	CAXIAS
CEO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS FRANCISCO FROTA		LESTE CODÓ	CODÓ
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS CEO		LESTE COELHO NETO	CAXIAS
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS		LESTE COLINAS	São João dos Patos
CEO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS		LESTE COROATÁ	PRESIDENTE DUTRA
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS CEO		LESTE DOM PEDRO	PEDREIRAS
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS DE LAGO DA PEDRA MA		LESTE LAGO DA PEDRA	São João dos Patos
CEO I DE PASTOS BONS		LESTE	PEDREIRAS
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICA DE PEDREIRAS		LESTE PEDREIRAS	PEDREIRAS
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS		LESTE POÇÃO DE PEDRAS	PRESIDENTE DUTRA
CEO CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLOGICA PRESIDENTE DUTRA		LESTE PRESIDENTE DUTRA	CAXIAS
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICA CEO I		LESTE SÃO JOÃO DO SOTER	TIMON
CEO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS		LESTE TIMON	PRESIDENTE DUTRA
Hospital Regional de Alto Alegre do Maranhão	- Cirurgia Geral - Clínica Geral - Obstetrícia Clínica - Pediatria Clinica - Unid. de Atendimento Intermediário Adulto - Unid. de Atendimento Intermediário Neonatal	LESTE (Alto Alegre do Maranhão	- Codó

	-Leito de Retaguarda -Leito de Cuidados Prolongados.		
Hospital Geral de Caxias – Complexo Hospitalar Gentil Filho	- AIDS - Cirurgia Geral - Clínica Geral - Ortopedia - Unid. de Atendimento Intermediário Adulto - Leito de Retaguarda	LESTE (Caxias)	- Caxias
Centro Médico de Caxias	- Unidade de Terapia Intensiva		
Hospital Geral Municipal de Codó Dr. Marcolino Jr	- Cirurgia Geral - Clínica Geral - Obstetrícia Cirúrgica - Obstetrícia Clínica - Ortopedia - Pediatria Clinica - Psiquiatria -Leito de Retaguarda	LESTE (Codó)	- Codó
Hospital Casa de Saúde e Maternidade Coelho Neto	- Cirurgia Geral - Clínica Geral - Obstetrícia Clínica - Pediatria Clinica - Unid. de Atendimento Intermediário Neonatal -Leito de Retaguarda	LESTE (Coelho Neto)	- Caxias
HOSPITAL REGIONAL ALEXANDRE MAMEDE TROVÃO DE COROATÁ	Leito de Retaguarda Leito de Cuidados Prolongados Unidade de Terapia Intensiva	LESTE (Coroatá)	- Codó
HOSPITAL REGIONAL ALARICO NUNES PACHECO		LESTE (Timon)	-Timon
MATERNIDADE HUMBERTO COUTINHO		LESTE (Colinas)	- São João dos Patos
Hospital Geral de Peritoró	- Cirurgia Geral - Clínica Geral - Ortopedia - Pediatria Cirúrgica - Pediatria Clínica - Saúde Mental - Cuidado Intermediário Adulto -Leito de Retaguarda -Leito de Cuidados Prolongados -Unidade de Terapia Intensiva	LESTE (Peritoró)	- Codó
Hospital Dr. Jean Carvalho	- Cirurgia Geral - Clínica Geral - Ginecologia - Ortopedia - Obstetrícia Cirúrgica - Obstetrícia Clínica - Pediatria Cirúrgica - Pediatria Clínica - Leito de Retaguarda	LESTE (Presidente Dutra)	- Presidente Dutra
Hospital Regional de Urgência e Emergência de Presidente Dutra	- Cirurgia Geral - Clínica Geral - Ortopedia - Pediatria Clínica - Saúde Mental - UTI Adulto – Tipo II - Leito de Retaguarda - Leito de Cuidados Prolongados - Unidade de Terapia Intensiva	LESTE (Presidente Dutra)	- Presidente Dutra
Hospital Geral de Timbiras	Cirurgia Geral Clínica Geral Obstetrícia Cirúrgica Obstetrícia Clínica	LESTE (Timbiras)	Codó

	Pediatria Cirúrgica Pediatria Clínica Cuidado Intermediário Adulto Leito de Retaguarda Leito de Cuidados Prolongados Unidade de Terapia Intensiva		
UPA CODÓ	Unidades de Pronto Atendimento-UPAS (Urgências)	LESTE (Codó)	ALTO ALEGRE DO MARANHÃO/ CODÓ/ COROATÁ/ PERITORÓ/ SÃO MATEUS DO MARANHÃO/ TIMBIRAS
UPA COROATÁ		LESTE (Coroatá)	
UPA TIMON		LESTE (Timon)	MATÕES/ PARNARAMA/ SÃO FRANCISCO DO MARANHÃO/ TIMON
UPA SÃO JOÃO DOS PATOS		LESTE (São João dos Patos)	BARÃO DE GRAJAÚ/ BENEDITO LEITE/BURITI BRAVO/ COLINAS/ JATOBA/LAGOA DO MATO/ MIRADOR/ NOVA IORQUE/ PARAIBANO/ PASSAGEM FRANCA/ PASTOS BONS/ SÃO DOMINGOS DO AZEITÃO/SÃO JOÃO DOS PATOS/ SUCUPIRA DO NORTE/ SUCUPIRA DO RIACHÃO
UPA COELHO NETO		LESTE (Caxias)	AFONSO CUNHA/ ALDEIAS ALTAS/ BURITI/ CAXIAS/ COELHO NETO/ DUQUE BACELAR/ SÃO JOÃO DO SÓTER
UPA CAXIAS			
CENTRO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE CODÓ- CAM	Atenção Domiciliar	LESTE (Codó)	- Codó
HOSPITAL MUNICIPAL DE CODÓ			
HOSPITAL MUNICIPAL SÃO MATEUS		LESTE (São Mateus)	
CENTRO DE SAÚDE DR. ALARICO PACHECO		LESTE (Dom Pedro)	- Presidente Dutra
HOSPITAL MUNICIPAL DR. HEMES MONTEIRO			
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	LESTE (Afonso Cunha)	- Caxias
		LESTE (Aldeias Altas)	- Caxias
		LESTE (Buriti Bravo)	- São João dos Patos
		LESTE (Caxias)	- Caxias
		LESTE (Codó)	- Codó

		LESTE (Colinas)	- São João dos Patos
		LESTE (Coroatá)	- Codó
		LESTE (Dom Pedro)	- Presidente Dutra
		LESTE (Duque Bacelar)	- Caxias
		LESTE (Matões)	- Timon
		LESTE (Parnarana)	- Timon
		LESTE (Peritoró)	- Codó
		LESTE (Presidente Dutra)	- Presidente Dutra
		LESTE (São Domingos do Maranhão)	- Presidente Dutra
		LESTE (São João do Soter)	- Caxias
		LESTE (São João dos Patos)	- São João dos Patos
		LESTE (Timbiras)	- Codó
		LESTE (Timon)	- Timon
		LESTE (Tuntum)	- Presidente Dutra
		LESTE (Buriti)	- Caxias
		LESTE (Pastos Bons)	- São João do Patos
		LESTE (Coelho Neto)	- Caxias
APAE de Coroatá (Reabilitação Física, Intelectual)	- Ambulatorial (Reabilitação Física, Intelectual I e Auditiva	LESTE (Coroatá)	- Codó
APAE de São Mateus do MA Reabilitação Física, Intelectual)		LESTE (São Mateus do Maranhão)	- Codó
APAE de Caxias – MA Reabilitação Física, Intelectual)		LESTE (Caxias)	- Caxias
APAE de Coelho Neto Reabilitação Física, Intelectual)		LESTE (Coelho Neto)	- Caxias
Centro de Apoio à Pessoa com Deficiência Reabilitação Física, Intelectual)		LESTE (Coelho Neto)	- Caxias
Centro de Reabilitação Reabilitação Física, Intelectual)		LESTE (Pedreiras)	- Pedreiras
Centro de Reabilitação Física Reabilitação Física, Intelectual)		LESTE (Coroatá)	- Coroatá
Centro de Saúde Maria do Carmo Neiva CER II Reabilitação Física, Intelectual)		LESTE (Timon)	- Timon
Centro Especializado em Reabilitação Tipo II de Caxias		LESTE (Caxias)	- Caxias

Reabilitação Física, Intelectual)			
Centro de Atenção Psicossocial Tipo I	Saúde Mental	LESTE - Coelho Neto - Aldeias Altas - São João do Soter - São Mateus do Maranhão - Timbiras - Dom Pedro - Presidente Dutra - Santo Antônio dos Lopes - São Domingos do Maranhão - Tuntum - Joselândia - Capinzal do Norte - Esperantinópolis - Lago da Pedra - Lima Campos - Poção de Pedras - Matões - Colinas - Pastos Bons - Mirador - São João dos Patos - Buriti Bravo	- Caxias - Codó - Presidente Dutra - Pedreiras - Timon - São João dos Patos
Centro de Atenção Psicossocial Tipo II		LESTE - Codó - Coroatá - Pedreiras - Parnarama - Timon	
Centro de Atenção Psicossocial Tipo III		LESTE - Caxias - Passagem Franca	
Centro de Atenção Psicossocial Infantil		LESTE - Caxias - Timon	
Centro de Atenção Psicossocial Tipo Álcool e Drogas		LESTE - Coelho Neto - Pedreiras - Timon	
Centro de Atenção Psicossocial Tipo Álcool e Drogas III		LESTE - Caxias	
Leitos em Saúde Mental Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral	Atendimento de urgência em saúde mental é de responsabilidade do município e região.		

Fonte: Grupo Condutores das Redes de Atenção à Saúde, SES/MA, 2020.