



## **ESTADO DO MARANHÃO**

Secretaria de Estado da Saúde Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

O processo de construção do

# Planejamento Regional Integrado (PRI)

no Maranhão de 2017 a 2022



Secretaria de Estado da Saúde Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

## O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI) NO MARANHÃO DE 2017 A 2022

*Organização* Alberto Allan Rodrigues Patrício Aline de Ávila Rocha Pedro de Souza Melo 2022. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-Não Comercial – Compartilha Igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

#### **ORGANIZADORES**

Alberto Allan Rodrigues Patrício Aline de Ávila Rocha Pedro de Souza Melo

## **EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

Alberto Allan Rodrigues Patrício

Aline de Ávila Rocha

Ana Cleide Vieira

Anna Clara Cavalcante de Carvalho Santos

Antônio Marcos Carvalho Dias

Claúdia Maria Figueiredo de Moura

Cristiannete Guimãraes Corrêa Danusa Ribeiro dos Santos

Daynara Rayelle Machado Freitas

Dilza Neri Correia

Flávia Regina Vieira da Costa Santos

Gustavo Emmanuel Costa

Harlem Ronald Cantanhede Rocha

Indiara Silva Carneiro de Almeida

João Pereira Cunha Neto

Iosane Soares Pinto Melo

Karla Adriana Amando dos Santos Calvalcante

Kércia Leite de Amorim

Leudimar Carvalho Soares Filho

Maria do Perpetuo Socorro Costa Silva Maria do Socorro Castro Maria leda Gomes Vanderlei

Marina do Nascimento Sousa

Melissa Costa Sardinha

Morganne Arruda Gomes Vieira Nelbe Maria de Amorim de Souza

Luana Sarmento Campos Paiva

Maria de Jesus Macêdo da Silva

Maria do Ano dos Santos Almeida

Luciana Amorim Tomich Netto Guterres Soares

Nelma Pereira da Silva

Paula Ramos Almeida Penha

Pedro de Souza Melo

Raissy de Oliveira e Costa

Robério Antônio Alencar Rafael

Tércia Silva Carvalho

Thalita Dutra de Abreu

Thiago de Jesus Melo Silva

#### **EDITORIAL**

#### ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO MARANHÃO - ESP/MA

#### Revisão textual

Maria de Lourdes Carvalho Barbosa - ESP/MA

#### Normalização

Josélia Pereira Rodrigues - Bibliotecária ESP/MA

#### Projeto Gráfico

Daniele Ramaianne Rocha da Silva - ESP/MA

## **COLABORAÇÃO**

Carmen Lucia Silva Belfort Pinheiro

Ficha Catalográfica elaborada por: Josélia Pereira Rodrigues - CRB13/918. Bibliotecária da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

P314

Patrício, Allan Alberto Rodrigues

O processo de construção do Planejamento Regional Integrado (PRI) no Maranhão de 2017 a 2022 [recurso eletrônico] / Organizado por Alberto Allan Rodrigues Patrício, Aline de Ávila Rocha, Pedro de Souza Melo. - São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, 2022.

152 f.:il.

ISBN 978-65-85172-01-1

1. Gestão em saúde. 2. Redes de atenção à saúde. 3. Planejamento Regional Integrado. I. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. II. Título.

CDU 614.2(812.1)





## **GOVERNADOR DO ESTADO DO MARANHÃO**

Carlos Orleans Brandão Júnior

Secretário de Estado da Saúde do Maranhão Tiago José Mendes Fernandes

> **Subsecretária de Estado da Saúde** Karla Suely da Conceição Trindade

Secretária Adjunta de Administração e Engenharia Maiara Lena da Silva Nunes

> Secretária Adjunta de Finanças Aline Ribeiro Duailibe Barros

Secretária Adjunta de Assuntos Jurídicos Natália Araújo Costa

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

> Secretário Adjunto de Assistência à Saúde Carlos Vinícius Quadros Ribeiro

Gestor do Fundo Estadual de Saúde Vinícius César Ferro Castro

Chefe da Assessoria Especial Alberto Allan Rodrigues Patrício

Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão Ana Lúcia Nunes – Diretora Administrativa Ananda Beatriz Rodrigues Marques – Diretora Científica

## Lista de abreviaturas e siglas

**AAE** - Atenção Ambulatorial Especializada **ACS** - Agente Comunitários de Saúde **AGAR** - Ambulatório Especializado de Gestação de Alto Risco AH - Atenção Hospitalar **AMENT** - Equipes Especializadas em Saúde Mental - Atenção Ambulatorial Especializada ao Seguimento do Recém-**ANEO** nascido e Criança Egressos de Unidade Neonatal **APS** - Atenção Primária à Saúde **ASPS** - Ações e Serviços Públicos em Saúde **AVC** - Acidente Vascular Cerebral **CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial **CEPD** - Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência CER Centros Especializados em Reabilitação **CGBP** - Casa da Gestante Bebê e Puérpera **CGIAE** - Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica - Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do CGSES/DF Distrito Federal CIB - Comissão Intergestores Bipartite - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade CIF e Saúde CIR - Comissão Intergestores Regional CIT - Comissão Intergestora Tripartite **CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CnR - Consultório na Rua COSEMS/MA - Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão

CPNi	- Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar
CPNp	- Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar
CRU	- Central de Regulação das Urgências
СТ	- Conselho Tutelar
DALY	- Disability-adjust Life Years
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRC	- Doença Renal Crônica
EMAD	- Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
<b>EMAESM</b>	- Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental
FC	- Fatores de Correção
EMAP	- Equipe Multiprofissional de Apoio
FESMA	- Força Estadual de Saúde
GAR	- Serviço de Referência à Gestação de Alto Risco
GCERAMI	- Grupo Condutor Estadual da Rede Materno e Infantil
GCs	- Grupos Condutores
GW	- Grupo de Washington
HG	- Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral
HU-UFMA	- Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
НР	- Leitos de Saúde Mental em Hospital Psiquiátrico
IAM	- Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	- Índice de Massa Corporal
IMC INAMPS	<ul><li>- Índice de Massa Corporal</li><li>- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social</li></ul>
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAMPS INCA	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Instituto Nacional do Câncer

MIF	- Mulheres em Idade Fértil
MS	- Ministério da Saúde
NAAB	- Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	- Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASFab	- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOAS	- Normas Operacionais de Assistência à Saúde
ODM	- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
ОРМ	- Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção
PAMAC	- Programação de Média e Alta Complexidade
PAR	- Planos de Ação Regional
PDI	- Plano Diretor de Investimentos
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PES	- Plano Estadual de Saúde
PGASS	- Programação Geral de Ações e Serviços em Saúde
PIM	- Primeira Infância Melhor
PPI	- Programação Pactuada Integrada
PRI	- Planejamento Regional Integrado
ProgramaSUS	- Sistema de Programação de Ações e Serviços de Saúde
PSE	- Programa de Saúde na Escola
RAMI	- Rede de Atenção Materna e Infantil
RAPDC	- Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
RAS	- Rede de Assistência Social

RCPD	- Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência
RD	- Composição de Redução de Danos
RMM	- Razão de Mortalidade Materna
RUE	- Rede de Urgência e Emergência
SAD	- Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEDIHPOP	- Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Participação Popular
SEMEPED	- Secretaria Municipal Extraordinária da Pessoa com Deficiência
SES-MA	- Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
SIM	- Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIM/SINASC	- Sistemas de Informações de Mortalidade e Nascidos Vivos
SISPPI	- Sistema de Programação Pactuada e Integrada
SISVAN	- Sistema Nacional de Vigilância Alimentar
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS/MS	- Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TEA	- Transtorno do Espectro Autista
TMI	- Taxa de Mortalidade Infantil
TRS	- Terapia Renal Substitutiva
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UCINCa	- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	- Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UTIN	- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
USA	- Unidade de Suporte Avançado
USB	- Unidade de Suporte Básico
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

# Lista de mapas

Divisão do Maranhão em Regiões de Saúde.	19
Divisão as Macrorregiões do Estado.	20
Expectativa de vida ao nascer (em anos) – Brasil e Ufs – 2019.	36
Municípios com SAMU.	39
Minicípios com UPA's.	41
Municípios com Unidades Porta de Entrada Hospitalar.	43
Municípios com Leitos de Retaguarda Clínica.	45
Municípios com Leitos de UTI.	47
Municípios com Equipes de Atenção Domiciliar.	49
Serviços de Média Complexidade existentes nas Regiões de Saúde.	62
Serviços de Alta Complexidade de Oncologia existentes no Estado nas Macrorregiões de Saúde.	63
Serviços de média complexidade de sobrepeso e obesidade do estado do Maranhão.	68
Rede de ambulatórios especializados em nefrologia no estado do Maranhão.	71
Rede de terapia renal substitutiva no estado do Maranhão.	73
Instituições que atendem pessoas com deficiência no Maranhão por macrorregiões.	89
Atenção Ambulatorial Especializada no Maranhão.	113
Atenção especializada hospitalar.	115
Mapa político do Estado do Maranhão (IBGE)	153



# SUMÁRIO Appr

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	12
Percurso histórico do processo de construção do PRI no Maranhão de 2017 a 2022  Alberto Allan Rodrigues Patrício Aline de Ávila Rocha Pedro de Souza Melo	15
Programação em Saúde no Maranhão  Alberto Allan Rodrigues Patrício Aline de Ávila Rocha Harlem Ronald Cantanhede Rocha João Pereira Cunha Neto Pedro de Souza Melo	25
A Rede de Atenção às Urgências no Maranhão  Antônio Marcos Carvalho Dias Luciana Amorim Tomich Netto Guterres Soares Maria de Jesus Macêdo da Silva Maria do Perpetuo Socorro Costa Silva Maria leda Gomes Vanderlei Marina do Nascimento Sousa Robério Antônio Alencar Rafael Thiago de Jesus Melo Silva	33
A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Estado do Maranhão  Claúdia Maria Figueiredo de Moura Daynara Rayelle Machado Freitas Flávia Regina Vieira da Costa Santos Indiara Silva Carneiro de Almeida Karla Adriana Amando dos Santos Calvalcante Leudimar Carvalho Soares Filho Maria do Ano dos Santos Almeida Robério Antônio Alencar Rafael	53
A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Maranhão  Dilza Neri Correia Gustavo Emmanuel Costa Josane Soares Pinto Melo Luana Sarmento Campos Paiva Maria do Socorro Castro Melissa Costa Sardinha Nelbe Maria de Amorim De Souza	79

A Rede de Atenção Psicossocial no Maranhão  Danusa Ribeiro dos Santos Kércia Leite de Amorim Paula Ramos Almeida Penha Raissy de Oliveira e Costa Thalita Dutra de Abreu	93
A Rede de Atenção à Saúde Materno e Infantil no Maranhão  Ana Cleide Vieira  Anna Clara Cavalcante de Carvalho Santos Cristiannete Guimãraes Corrêa Morganne Arruda Gomes Vieira Nelma Pereira da Silva Tércia Silva Carvalho	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
LEITURA COMPLEMENTAR	125
ANEXOS	127
Sobre os autores	143
MARANHÃO	152

Este guia é o resultado de muitos esforços de um coletivo formado por servidores da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA), componentes das mais variadas áreas técnicas, sob a coordenação da Assessoria Especial do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde do Maranhão.

A organização do Planejamento Regional Integrado (PRI) para o Maranhão teve como principais objetivos a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o fortalecimento de governança das RAS na lógica dos espaços ampliados de saúde - definidos pelo Ministério da Saúde como Macrorregiões de Saúde - com o intuito de garantir a equidade, a integralidade em saúde, eficiência nos gastos e otimização dos recursos utilizados na manutenção e desenvolvimento do Sistema Público Nacional de Saúde.

Neste sentido, esta produção traz como metodologia de construção do PRI a ideia de considerar as 19 Regiões de Saúde distribuídas nas três Macrorregiões maranhenses, definidas pela Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no. 64 de 2018, que sejam: Macro Norte, composta de 9 Regiões; Macro Leste, formada por 6 Regiões; e Macro Sul com 4 Regiões de Saúde. Durante o caminhar dessa jornada de construção, houve a realização de oficinas de trabalho com representação regional, demonstrando um grande acerto, principalmente por ofertar a possibilidade de diálogos entre os mais variados gestores e dessa forma tornar a regionalização algo mais palpável e entendível, além de deixar evidenciada a necessidade de fortalecimento e 11 empoderamento da autonomia macrorregional.

A plasticidade das Redes Temáticas é outra marca desse projeto, com as características peculiares que cada uma possui e que nos serão apresentadas através de Normas, Resoluções, Portarias, além das características epidemiológicas, estruturação e organização de quem as utiliza. Dessa forma, será possível conhecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAU), a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC), Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPD), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI).

Com a construção e execução da metodologia utilizada, pode-se afirmar que muitos foram os ensinamentos, os aprendizados e as experiências que fizeram amadurecer a forma e o método propostos para essa idealização. Deseja-se que esse material, tão ricamente construído, possa auxiliar gestores e facilitar, de algum modo suas ações, principalmente as municipais, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) real é testado.

Por fim, em nome da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, gostaríamos de agradecer a cada um e a cada uma que, de maneira direta ou indireta, colaborou para a elaboração desta obra.

### ALBERTO ALLAN RODRIGUES PATRÍCIO

Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão Assessoria Especial do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde do Maranhão Coordenador Estadual do PRI para o Maranhão



# INTRODUÇÃO

Dentre os muitos desafios para o acesso ao direito à saúde pela população, um deles se encontra na distribuição territorial das Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS). Assim como os governos municipais não conseguem contemplar toda a demanda pelos serviços de saúde, as Regiões de Saúde, espaço formado pelo agrupamento de municípios vizinhos a partir de critérios, também não. Para solucionar esses entraves, faz-se necessária, portanto, a utilização de ferramentas auxiliares de gestão, como o Planejamento Regional Integrado (PRI) - tema da presente publicação.

Essa política, cujas diretrizes foram instituídas pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) a partir da Resolução nº 23/2017, aponta que os Estados (e o Distrito Federal) devem fomentar, de modo ascendente, discussões de organização das Ações e Serviços Públicos em Saúde em diferentes escalas territoriais com vistas a ampliar a governança e o acesso a todas as Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017). Nesse sentido, a principal estratégia promovida pelo Ministério da Saúde (MS) foi criada com a Resolução CIT nº 37/2018, a qual aglutina as já citadas Regiões de Saúde em um "espaço regional ampliado", denominado de Macrorregião de Saúde (BRASIL, 2018).

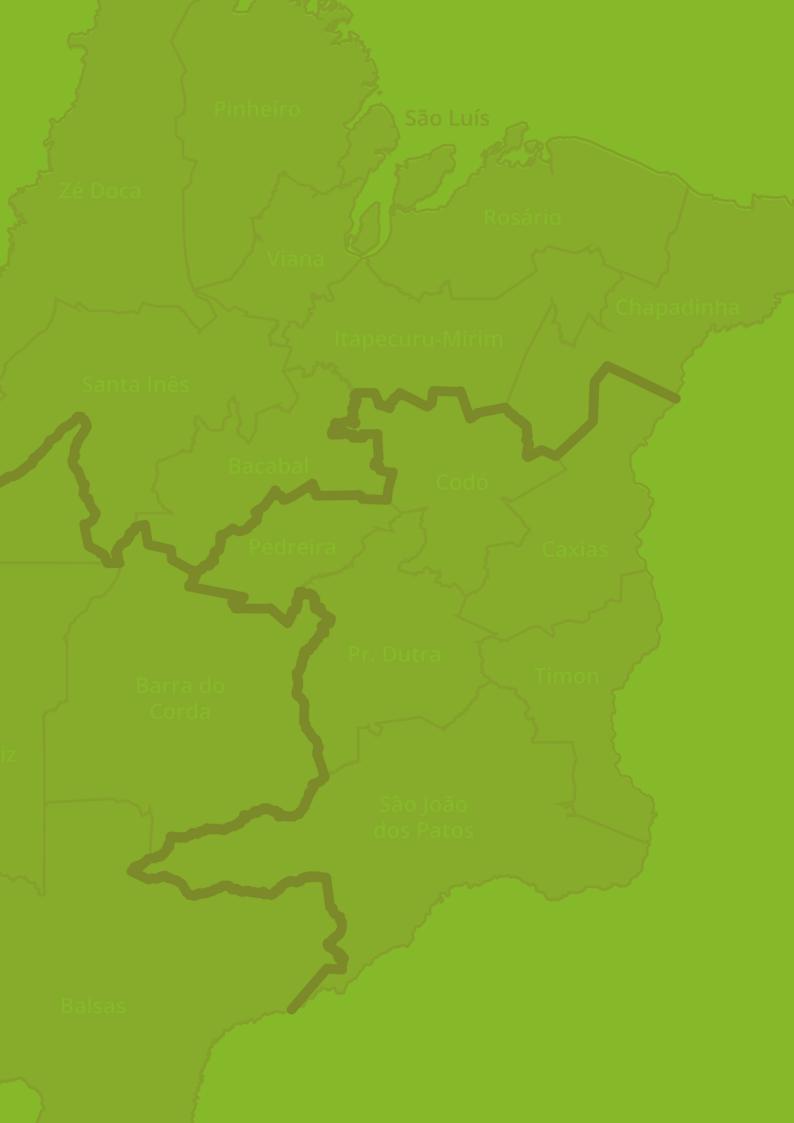
O estabelecimento dessa nova escala de planejamento visa criar territórios resolutivos e autônomos a partir da Atenção Básica até a Alta Complexidade, proporcionando a integralidade do usuário no acesso à ASPS e a facilidade no deslocamento ao longo da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018; CONASEMS, 2019). Dessa forma, o principal produto do processo do PRI é a elaboração dos Planos Regionais, baseados nas Macrorregiões de Saúde, os quais deverão conter a Análise de Situação de Saúde, a organização das Redes de Atenção à Saúde e uma nova Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde para os territórios em questão. Além disso, a consolidação dos Planos Regionais será parte integrante do Plano Estadual de Saúde (PES) (BRASIL, 2017).

Sabendo que se trata de um processo complexo, que envolve diversos atores e composto por várias etapas, a publicação "O processo de construção do Planejamento Regional Integrado (PRI) no Maranhão de 2017 a 2022" tem como objetivo registrar a experiência do governo estadual do Maranhão, a partir da Secretaria de Estado de Saúde, na condução do Planejamento Regional Integrado. Considerando que o processo de regionalização ainda está em construção no Sistema Único de Saúde, a publicação busca contribuir para a troca de experiências com os mais diversos entes das demais Unidades Federativas e o Ministério da Saúde, além da soma com a difusão de conhecimento sobre instrumentos de planejamento do SUS para acadêmicos e demais interessados.

Nesta edição, foram considerados os relatos de experiência de técnicos da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA), embasados pela legislação ministerial do PRI e portarias, além de Resoluções das Comissões Intergestores (Regionais, Bipartite e Tripartite). E, além de narrar a experiência maranhense, a publicação apresenta um retrato atual de como estão organizadas cada uma das cinco Redes Temáticas no Estado, tendo em vista que o PRI acontece tendo as RAS como protagonistas.

Nesse sentido, esta publicação estará dividida em duas partes principais, além dessa Introdução e das Considerações Finais. A primeira parte será responsável por detalhar as legislações relacionadas aos processos de regionalização e programação em saúde no Brasil e por apresentar o processo de Planejamento Regional Integrado no Maranhão. Já a segunda parte será composta por 5 capítulos, cada um responsável por apresentar uma Rede de Atenção à Saúde a saber: Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção Materno Infantil e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.





## Percurso histórico do processo de construção do PRI no Maranhão de 2017 a 2022

Alberto Allan Rodrigues Patrício Aline de Ávila Rocha Pedro de Sousa Melo

## NORMAS FEDERAIS E A ORGANIZAÇÃO DAS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS

O Planejamento Regional Integrado é parte do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) que busca, por meio de pactuações entre os entes federados, a organização das Redes de Atenção de forma a alcançar a suficiência de ações e serviços em saúde dentro das Macrorregiões de Saúde e que será, posteriormente, materializado em um Plano Regional que contribuirá com a construção do Plano Estadual de Saúde (CONASS, 2019).

O processo foi instaurado por meio de Resolução da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) nº 23/2017, que determinou as diretrizes para o processo de regionalização, planejamento regional integrado e governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A resolução ressalta: a participação dos três entes federados; a organização das redes de atenção dentro de um espaço regional que propicie a sua integração; a Atenção Básica como ordenadora das RAS e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como espaço de acompanhamento e fortalecimento do processo de regionalização dos ASPS (BRASIL, 2017).

Posteriormente, a Resolução CIT nº 37 veio para fortalecer o processo de regionalização, elevando a importância do PRI como processo estratégico em que os três entes federados são responsáveis e atuam conjuntamente. Porém, a maior contribuição da Resolução citada é a previsão de um Plano Regional como produto desse processo, sendo este realizado em um "espaço regional ampliado": as Macrorregiões de Saúde (BRASIL, 2018).

As resoluções que fundamentam o PRI vêm corroborar com a construção da regionalização dentro do SUS. Apoiadas nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, quando houve um maior esforço para materializar ações regionalizadas a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e da Programação Pactuada Integrada (PPI), e no Pacto pela Saúde, de 2006, que pautou a necessidade de descentralização do SUS para alcançar mais usuários e atender as diferentes realidades brasileiras (BRASIL, 2021).

A atuação por meio das Redes de Atenção à Saúde também contribuiu para a organização dos serviços dentro do território, uma vez que elas estabelecem a relação entre a situação de saúde e a atuação do SUS, permitindo a integração dos sistemas e resposta oportuna (SILVA, 2021). A Portaria GM/MS nº 4.279/2010 estabeleceu diretrizes para a organização da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde. A partir de então, as Redes Temáticas foram progressivamente regulamentadas conforme a linha do tempo ilustrada na figura 1.

Figura 1 – Linha do tempo de regulamentação das redes temáticas.



Fonte: Adaptados de Silva (2020).

16

Não se pode ignorar que o Planejamento Integrado se desenvolva conjuntamente à Programação em Saúde. Desde a supracitada Resolução CIT nº 23, está prevista a utilização de parâmetros que orientem o planejamento de Ações e Serviços em Saúde Pública de forma a considerar a diversidade dos territórios (BRASIL, 2017). Todas as informações pertinentes às Regiões de Saúde, desde características epidemiológicas, dados populacionais à pactuação de novos serviços de redes e parâmetros de procedimentos, são submetidas ao Programa SUS – Sistema do Ministério da Saúde. O produto do sistema será uma nova Programação Geral de Ações e Serviços em Saúde (PGASS) (BRASIL, 2021) e, dessa forma, o PROGRAMASUS faz parte das etapas de elaboração do PRI de acordo com a Resolução CIT nº 37/2018, conforme figura 2.

Figura 2 - Etapas do PRI.

# PROGRAMASUS Sistema de Programação das Ações e Serviços de Saúde

### Etapas do PRI

#### 1. Análise da Situação de Saúde:

- · Identificação das necessidades;
- · Identificação da capacidade instalada;
- · Identificação dos fluxos de acesso.
- 2. Definição das diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- 3. Organização dos pontos de atenção das RAS;
- 4. Elaboração da PGASS (PAMAC); e
- 5. Definição dos investimentos necessários.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Brasil (2018).

## Regionalização

Prevista desde a concepção do sistema de saúde público nacional, a regionalização é um princípio do SUS intimamente ligado com a descentralização e hierarquização de serviços, tendo em vista que ela busca a melhor distribuição espacial dos serviços para proporcionar cobertura e acesso pela população (CONASEMS, 2019). Alguns estudos quantitativos têm analisado o impacto da regionalização na organização dos fluxos hospitalares fora dos municípios de residência do usuário e demonstrado um aumento com as distâncias percorridas ao longo do tempo (SERVO, 2020). Por isso, a regionalização tem papel fundamental para a reorganização de serviços, fluxos e regulação de internações (ROCHA; RACHE; NUNES, 2022).

Alinhadas às diretrizes constitucionais brasileiras, que preveem que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, foram elaboradas, ao longo das últimas décadas, uma série de regulações pautando a regionalização da gestão do sistema de saúde público do país. Esse movimento tem como finalidade estabelecer uma articulação funcional entre os três entes federais, com vistas a integrar todas as ações e serviços sanitários de uma ampla rede de atenção à saúde de determinado território (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regimenta a articulação interfederativa a partir de Comissões Intergestores em três níveis: o tripartite, no âmbito da União e vinculado ao Ministério da Saúde, o bipartite, no âmbito dos Estados e vinculado às Secretarias Estaduais, e o regional. Uma importante definição desse Decreto é o conceito de região como:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A Resolução CIT nº 37/2018 veio para fortalecer a lógica do planejamento ascendente, estabelecendo as diretrizes dos processos de regionalização e a implementação do Planejamento Regional Integrado, enfatizando o planejamento regional a nível de Macrorregião de Saúde, definida como:

Art. 3º - O espaço regional ampliado que garanta a resolutividade da RAS será denominado de macrorregião de saúde e deve ser instituído pelas CIB no processo de planejamento regional integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes, observando os seguintes critérios:

- I Conformação regional com escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico, independente de divisas estaduais, e um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes;
- II. Contiguidade territorial, mesmo quando ultrapassar as divisas estaduais, visando dar coesão regional bem como proporcionar a organização, o planejamento e a regulação de serviços de saúde no território (BRASIL, 2018).

O conceito de Macrorregião de Saúde é relativamente novo no SUS. A lógica dessa nova configuração territorial, do espaço regional ampliado, vem para ampliar a governança das RAS e capacidade de resolução na média e alta complexidades. A Macro também vem para compor o planejamento ascendente, sendo mais uma etapa que busca facilitar a governança dos serviços e ações em saúde (BRASIL, 2021; CONASEMS, 2019).

As macrorregiões deverão, portanto, ter implementadas todas as Redes de Atenção à Saúde e ter o território analisado com base na situação da saúde da população, nos serviços de saúde existentes na região e na alocação sobre os recursos econômicos. No Maranhão, a partir desta última resolução CIT, um novo estudo de regionalização foi realizado e consolidou a atual regionalização do Maranhão, que se configura em dezenove Regiões de Saúde e três Macrorregiões, as quais foram aprovadas pela Resolução CIB nº 64/2018. O Mapa 1 mostra a divisão do Maranhão em Regiões de Saúde, enquanto o Mapa 2 demonstra como estão divididas as Macrorregiões do Estado.

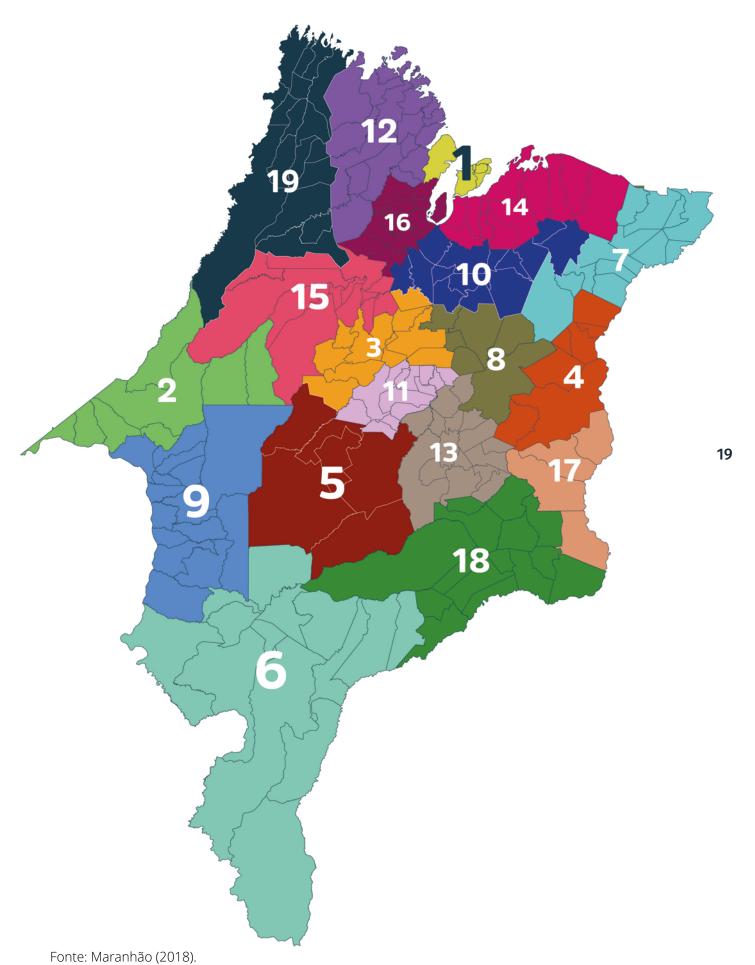
- São Luís Alcântara, Paço do Lumiar, Raposa, São José de Ribamar, São Luís
- Açailândia Açailândia, Bom Jesus das Selvas, Buriticupu, Cidelândia, Itinga do MA, São Francisco do Brejão, São Pedro da Água Branca, Vila Nova dos Martírios.
- Bacabal
  Altamira do Maranhão, Bacabal,
  Bom Lugar, Brejo de Areia,
  Conceição do Lago-Açu, Lago Verde,
  Marajá do Sena, Vitorino Freire,
  Olho d'Água das Cunhãs,
  São Luís Gonzaga do MA,
  Paulo Ramos.

- 4 Caxias
  Afonso Cunha, Aldeias Altas,
  Buriti, Caxias, Coelho Neto,
  Duque Bacelar, São João do Soter.
- Barra do Corda Arame, Barra do Corda, Fernando Falcão, Grajaú, Itaipava do Grajaú, Jenipapo dos Vieiras.
- Alto Parnaíba, Balsas, Carolina, Feira Nova do MA, Nova Colinas, Formosa da Serra Negra, Loreto, Fortaleza dos Nogueiras, Riachão, Sambaíba, São Félix de Balsas, São Pedro dos Crentes, Tasso Fragoso, São Raimundo das Mangabeiras.
- Chapadinha Água Doce do MA, Anapurus, Araioses, Brejo, Chapadinha, Magalhães de Almeida, Mata Roma, Milagres do MA, Paulino Neves, Santa Quitéria do MA, Tutóia, Santana do MA, São Bernardo.

- 8 Codó Alto Alegre do MA, Codó Coroatá, Peritoró, Timbiras, São Mateus do MA.
  - Imperatriz
    Amarante do MA, Estreito,
    Buritirana Estadual, Imperatriz,
    Campestre do MA, Davinópolis,
    Governador Edison Lobão,
    João Lisboa, Lajeado Novo,
    Montes Altos, Porto Franco,
    Ribamar Fiquene, Sítio Novo,
    São João do Paraíso,
    Senador La Rocque.
  - Itapecuru Mirim Anajatuba, Arari, Belágua, Cantanhede, Itapecuru Mirim, Matões do Norte, Nina Rodrigues, Miranda do Norte, Pirapemas, Presidente Vargas, São Benedito do Rio Preto, Urbano Santos, Vargem Grande, Vitória do Mearim.
- Bernardo do Mearim,
  Esperantinópolis,
  Igarapé Grande, Lago da Pedra,
  Lago do Junco, Lago dos Rodrigues,
  Lagoa Grande do MA, Lima Campos,
  Pedreiras, Poção de Pedras,
  São Raimundo do Doca Bezerra,
  São Roberto, Trizidela do Vale.
- 12 Pinheiro
  Apicum-Açu, Bacuri, Bequimão,
  Cedral, Central do MA, Cururupu,
  Guimarães, Mirinzal,
  Pedro do Rosário Municipal,
  Peri Mirim, Pinheiro, Porto Rico do MA,
  Presidente Sarney, Santa Helena,
  Serrano do MA, Turiaçu, Turilândia.
  - Presidente Dutra
    Capinzal do Norte, Fortuna,
    Gonçalves Dias, Governador Archer,
    Governador Eugênio Barros,
    Governador Luiz Rocha,
    Presidente Dutra, Dom Pedro,
    Graça Aranha, Presidente Dutra,
    Santa Filomena do MA, Tuntum,
    Santo Antônio dos Lopes,
    São Domingos do MA, Joselândia,
    São José dos Basílios,
    Senador Alexandre Costa.

- Asixá, Bacabeira, Barreirinhas,
  Cachoeira Grande, Icatu,
  Humberto de Campos, Morros,
  Presidente Juscelino, Santa Rita,
  Primeira Cruz, Rosário,
  Santo Amaro do MA.
- 15 Santa Inês
  Alto Alegre do Pindaré,
  Bela Vista do MA, Bom Jardim,
  Governador Newton Bello,
  Igarapé do Meio, Monção,
  Pindaré-Mirim, Santa Inês,
  Santa Luzia, São João do Carú,
  Pio XII, Satubinha, Tufilândia.
- Viana Bacurituba, Cajapió, Cajari, Matinha, Olinda Nova do MA, Palmeirândia, Penalva, São Bento, São João Batista, São Vicente Ferrer,
- 17 Timon Matões, Parnarama, Timon, São Francisco do MA.
- São João dos Patos
  Barão de Grajaú, Benedito Leite,
  Colinas, Buriti Bravo, Jatobá,
  Lagoa do Mato, Mirador,
  Nova Iorque, Paraibano,
  Passagem Franca, Pastos Bons,
  São Domingos do Azeitão,
  São João do Patos,
  Sucupira do Norte,
  Sucupira do Riachão.
  - Zé Doca
    Amapá do MA, Araguanã,
    Junco do MA, Cândido Mendes,
    Boa Vista do Gurupi,
    Carutapera, Centro do Guilherme,
    Centro Novo do MA, Zé Doca,
    Godofredo Viana, Maracaçumé,
    Governador Nunes Freire,
    Luís Domingues, Maranhãozinho,
    Nova Olinda do MA,
    Presidente Médici,
    Santa Luzia do Paruá.

Mapa 1 - Divisão do Maranhão em Regiões de Saúde.



Mapa 2 - Divisão as Macrorregiões do Estado.



Fonte: Maranhão (2018).

## Operacionalização do PRI no Maranhão

A história do Planejamento Integrado no Maranhão tem início logo depois da publicação da Resolução CIT nº 37 de 2018. Conforme consolidado na Resolução CIB nº 64 de maio de 2018, foi instituído o Grupo de Trabalho, de composição tripartite: SES, Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão (COSEMS/MA), e Superintendência Estadual do Ministério da Saúde. Também foi definido o primeiro cronograma para construção do PRI e aprovada a nova regionalização do Estado, atendendo aos critérios na Resolução CIT nº 37/2018.

Atendendo às diretrizes das Resoluções, a SES/MA iniciou em 2019 a reorganização dos Grupos Condutores (GCs) por área temática e dessa forma iniciou o processo de trabalho para elaboração do PRI no estado. E foram constituídos através de Portarias em Diário Oficial os GCs da Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas, Rede Cegonha, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção Psicossocial. Os GCs buscaram, num primeiro momento, recuperar toda a memória organizativa de cada uma das Redes Temáticas no estado, com revisão cuidadosa do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com identificação dos componentes e equipamentos de cada uma das Redes Temáticas e de como estavam estabelecidas no Estado.

Durante esse processo de amadurecimento institucional para as ações de organização do PRI para o estado, uma equipe da SES/MA realizou uma visita formal à SES/PB, em João Pessoa, para conhecer a metodologia que aquela gestão estadual aplicava. A escolha da Paraíba se deu em função das semelhanças com o momento de trabalho de cada Secretaria e pelo fato de as duas gestões terem o mesmo apoiador no Ministério da Saúde. A interação institucional se mostrou bastante relevante e proporcionou outras agendas em torno da metodologia de construção do PRI.

No segundo semestre de 2019, após a reorganização dos GCs e do estabelecimento de um novo cronograma de trabalho, a SES/MA retomou os diálogos com o COSEMS/MA e com a Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Maranhão para a aprovação do calendário de oficinas regionais. Entre os meses de agosto e novembro daquele ano, foram realizadas 19 oficinas com as Regiões de Saúde do estado, onde se definiram as diretrizes, objetivos, metas e modelagem de cada uma das redes temáticas, o que equivaleria às Etapas 1 e 2 do Sistema de Programação das Ações e Serviços de Saúde (PROGRAMASUS), que foi definido pelo Ministério da Saúde como o sistema oficial para o recebimento das informações do PRI e seus produtos.

No início de 2020, as Regiões de Saúde e a SES estavam em processo de homologar as pactuações das oficinas em seus respectivos espaços colegiados, Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), quando a pandemia de Covid-19 paralisou todas as atividades rotineiras e forçou a Secretaria a concentrar seus recursos para combate ao novo coronavírus. Dessa forma, os trabalhos do PRI foram inviabilizados até o retorno gradual das atividades internas. A partir de agosto de 2020, os Grupos Condutores se voltaram internamente para os estudos da etapa de parametrização, dando início aos trabalhos da Etapa III.

A programação em saúde é uma etapa densa e ainda em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde, que está construindo seções do Sistema de Programação de Ações e Serviços de Saúde (ProgramaSUS), local onde deve constar as informações das CIRs e do Estado. A programação é muito necessária para previsão de realização de procedimentos e para atualização do recurso de Média e Alta Complexidade (MAC) do estado e dos municípios. A programação vigente do Maranhão é de 2004, quando foi estabelecida a primeira Programação Pactuada Integrada do Estado (PPI).

A agenda de trabalho da programação iniciou com os estudos de parametrização, primeiramente, com a configuração dos itens de programação a partir da agregação de procedimentos da Tabela SUS. Posteriormente, os agregados e os procedimentos isolados foram quantificados e tiveram percentuais de alcance estabelecidos por CIR. As etapas seguintes da programação

preveem a pactuação de fluxos assistenciais e a alocação ou reajuste de recursos financeiros. Por fim, o resultado é a Programação Geral de Ações e Serviços em Saúde (PGASS).

Paralelo à programação, as CIRs e os Grupos Condutores trabalharam em conjunto para a elaboração e aprovação dos Planos de Ação Regional (PAR). Instrumento importante para caracterização da Região de Saúde por Rede Temática de cada uma das 19 Regiões de Saúde e para aprovação de abertura de novos serviços de saúde que deve ser enviado ao Ministério da Saúde.

Tendo em vista a renovação de gestores de saúde dos municípios devido às eleições de 2020 e o ensejo da retomada das atividades do PRI com os territórios, os trabalhos de 2021 iniciaram com a realização de reuniões remotas de apresentação do PRI às novas gestões municipais e de oficinas remotas de construção de Plano de Ação Regional. Tais etapas virtuais foram fundamentais para a mobilização dos gestores e para a realização das Oficinas Macrorregionais de Parametrização, previstas para serem realizadas no final do ano.

Os Grupos Condutores, em conjunto com o Grupo de Trabalho para o PRI, consolidaram uma primeira proposta de parametrização para o Estado tendo como base a série histórica da realização de procedimentos de 2019, conforme recomendação do Ministério da Saúde, por ser o último ano sem interferência da pandemia de Covid-19. Assim, entre outubro e novembro de 2021, a SES apresentou a proposta em quatro rodadas de oficinas com cada uma das três macrorregiões do Estado (sendo duas para a Macro Norte devido a grande quantidade de municípios).

No ano de 2022, os Grupos Condutores se voltaram internamente à revisão da parametrização para que a proposta contemplasse a ampliação da capacidade instalada da rede, alavancada, principalmente, por conta da abertura de serviços no período pandêmico. Além disso, o momento foi propício para a SES construir e difundir o PRI internamente, ocorrendo uma aproximação com outros setores da Secretaria, como a Escola de Saúde Pública e o departamento das Policlínicas do Estado.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\_30\_12\_2010.html. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. **Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. (Série Articulação Interfederativa; v. 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\_interfederativa\_v4\_manual\_planejamento atual.pdf. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, edição 159, p. 96, 18 ago. 2017. https://www.in.gov.br/materia/-/asset\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19245656/do1-2017-08-18-resolucao-n-23-de-17-de-agosto-de-2017-19245539. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, edição 58, p. 135, 26 mar. 2018. https://www.in.gov.br/materia/-/as-set\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/7893545/do1-2018-03-26-resolucao-n-37-de-22-de-marco-de-2018-7893541. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização se faz regionalizando**: fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 208 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Documento Tripartite para o Plane-jamento Regional Integrado.** Brasília, DF: CONASS, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\_tripartite\_planejamento\_regional\_integrado.pdf. Acesso em: 27 set. 22.

CONSELHO NACONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS. **Regionalização da Saúde:** posicionamento e orientações. Brasília, DF: CONASEMS, 2019. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%-C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-2.pdf. Acesso em: 27 set. 22.

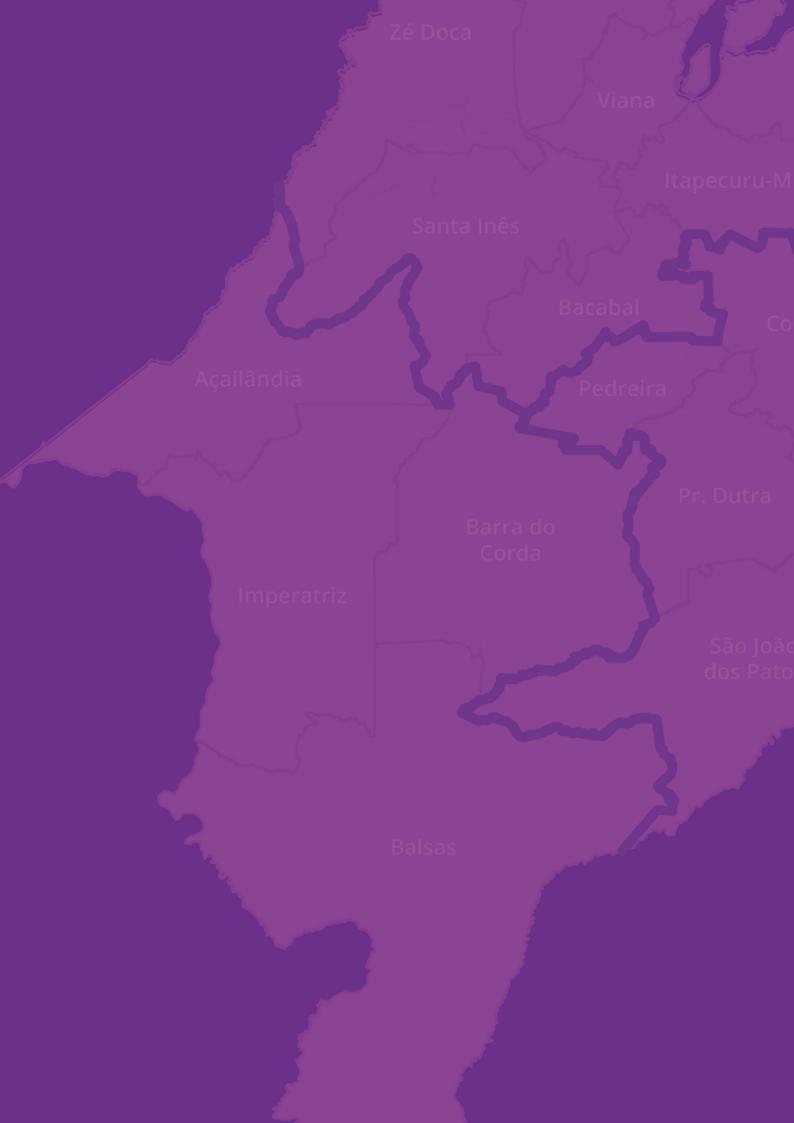
MARANHÃO (Estado). Poder Executivo. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº. 64/2018 - CIB/ MA, de 25 de maio de 2018. Dispõe sobre o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado e a Organização de Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão. **Diário Oficial do Estado**, São Luís, ano CXII, n. 120, p. 50, 28 jun., 2018. https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/Resolu%C3%A7%C3%A3o\_CIBMA\_n%C2%BA\_64\_de\_25\_de\_maio\_de\_2018.pdf. Acesso em: 27 set. 22.

ROCHA, Rudi; RACHE, Beatriz; NUNES, Letícia. A Regionalização da Saúde no Brasil. **Instituto de Estudos Para Políticas de Saúde**, São Paulo, n. 7, jun. 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/IEPS\_Estudo\_Institucional\_07.pdf. Acesso em: 22 set. 2022.

SERVO, Luciana Mendes Santos. **O processo de regionalização da saúde no Brasil: acesso geográfico e eficiência**. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Econômicas, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/36855/1/TeseDoutorado\_Cedeplar\_UFMG\_RegionalizacaoSaude\_LucianaServo\_2020.pdf. Acesso em: 22 set. 2022.

SILVA, L. B. Redes Temáticas e Linhas de Cuidado. *In:* UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/ UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Curso Gestão em Saúde. **Organização da Atenção em Saúde no SUS**. São Luís: UFMA; UNA-SUS, 2020.

SILVA, L. B. Redes de Atenção à Saúde. *In:* UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Organização da Atenção em Saúde no SUS**. Programa gestão em Saúde. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.



## Programação em Saúde no Maranhão

Alberto Allan Rodrigues Patrício Aline de Ávila Rocha Harlem Ronald Cantanhede Rocha João Pereira Cunha Neto Pedro de Souza Melo

## INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO

A programação em saúde consiste em estabelecer conjunto de ações com metas e prazos determinados, considerando processos organizacionais de curto, médio e longo prazos, níveis legais e normativos, prioridades de gestão e administração dos recursos disponíveis, para alcance de objetivos planejados e estratégicos propostos (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008). Dentro do Planejamento Regional Integrado (PRI), a programação consiste em uma etapa em que ocorre a negociação e pactuação de ações e serviços em saúde de forma quantificada física e financeiramente (CONASEMS, 2019).

Esta quantificação é feita por meio de parâmetros. Os Parâmetros em Saúde são proposições referenciais para estimar quantitativamente a real cobertura das necessidades da população com integralidade e continuidade do cuidado, considerando oferta e demanda, em conformidade com as estruturas sanitárias e epidemiológicas e realidades locais brasileiras (BRASIL, 2017a). A parametrização e a programação em saúde acompanharam o desenvolvimento do SUS e a ampliação do acesso à saúde contribuindo por meio de quantificações e planejamento de Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS).

A legislação dos parâmetros assistenciais em saúde data de 1982, em uma época que o Sistema Único de Saúde (SUS) como conhecemos hoje ainda estava em construção e que o acesso aos serviços de saúde era garantido apenas aos trabalhadores formais e servidores públicos que eram assistidos pela assistência médica da previdência social e pelos fundos de saúde específicos a cada classe de servidor (PAIM *et al.*, 2015).

Buscou-se definir aproximações às necessidades de saúde da população pensadas independente de restrições financeiras, séries históricas da oferta de serviços ou outros condicionantes. Rompe-se, assim, com a lógica restritiva e de controle que permeou a elaboração dos parâmetros de programação no país, desde a Portaria MPAS N° 3046, de 20 de julho de 1982, que teve grande influência nos primórdios do SUS, até a Portaria GM n° 1101, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2015a).

Atualmente, a programação é parte essencial do planejamento em saúde, pois ela deve constar nos instrumentos orçamentários do Estado, influencia desde a contratualização de serviços à organização das Redes de Atenção no território, além de expressar a responsabilidade dos três entes federados (CONASEMS, 2019).

Tal processo pretende caminhar na direção de uma atenção de qualidade, com garantia da integralidade e continuidade do cuidado, com base em evidências científicas da eficácia das tecnologias adotadas, e levando em conta o padrão de desenvolvimento tecnológico, econômico e social do país (BRASIL, 2015a).

Por isso, nas suas formulações, os parâmetros abrangem diversas áreas e âmbitos de trabalhos, estando contidos também nas Redes de Atenção em Saúde (RAS), Áreas Temáticas em Saúde e no PRI. Todos destinando-se, prioritariamente, a orientar os gestores do SUS na organização, aperfeiçoamentos e resolutividades de atendimentos no SUS.

## SISTEMAS DE PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

Os primeiros parâmetros assistenciais em saúde no Brasil foram estabelecidos com a implantação da Portaria nº 3.046/1982 pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), o qual estabeleceu parâmetros de produtividade e coberturas assistenciais (BRASIL, 2021). Em 2001, considerando a necessidade de garantir, com equidade, o acesso da população às ações e serviços em saúde, dispostos na Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1991, que estabelece o processo de planejamento e orçamento do SUS, e o disposto em Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/2001, era preciso estabelecer uma nova legislação.

Dessa forma, foi editada a Portaria GM Nº 483/2001. Nela, foi estabelecida uma nova forma de programação e pactuação de ações e serviços de saúde, alocação de recursos, diretrizes de regionalizações da assistência em saúde, pactuações de metas físicas e financeiras, através da Programação Pactuada e Integrada, a chamada Programação Pactuada Integrada (PPI) da assistência, a qual também explicitava e definia os limites e recursos estaduais e municipais (BRASIL, 2001b).

Toda a programação da PPI e as metas definidas e quantificadas em pactos intergestores para as populações residentes e suas referências, dando transparência aos fluxos estabelecidos, era registrada em sistema homônimo, o Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPI), o qual era o instrumento do Ministério da Saúde utilizado por todos os Estados para registro da quantificação dos procedimentos em saúde, os fluxos referenciais e suas alocações de recursos.

Figura 1 - SISPPI – Módulos Estadual e Municipal.



Fonte: SES/MA (2022).

Em 2002, por meio da Portaria GM/MS Nº 1.101/2002, são estabelecidos critérios de parâmetros que representariam as recomendações técnicas, com atualizações da Portaria 483/2001. Tal portaria viria para orientar os gestores do SUS em todos os níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas de acordo com realidades

No entanto, para buscar atender melhor as diversas complexidades da assistência em saúde no Brasil, seus recursos tecnológicos e de pessoal, determinadas pelas necessidades da população e coberturas específicos, seria necessário estabelecer um novo instrumento técnico dotado de nova lógica de normas e critérios com evidências cientificas para reorganizar e redimensionar a orientação do planejamento e programação das ações e serviços de saúde com parâmetros mais proporcionais às realidades regionais. Assim, o Ministério da Saúde editou, em 2015, a Portaria GM/MS nº 1.631 (revogando a portaria 1.101/2002). A nova portaria aprovava critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, contendo caderno de parâmetros de cobertura assistencial do SUS com propostas para diferentes realidades operacionais e de gestão do SUS, em substituição à antiga Programação Pactuada e Integrada (BRASIL, 2017a).

Atualmente, os critérios e parâmetros da portaria 1.631/2015 estão compilados em portaria de consolidação Nº 01/2017 (BRASIL, 2017a). Estas novas metodologias e lógicas de definições e estimativas orientadoras para os parâmetros de planejamento e programação de ações e serviços de saúde se inserem ao Planejamento Regional Integrado ao ter os mesmos objetivos construtivos na organização Interfederativa do SUS, articulação com critérios específicos para distribuição dos serviços e recursos de transferências em saúde e ainda possibilidades de investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do SUS com vistas à nova Programação Geral das Ações e Serviços em Saúde (PGASS).

Em 2017, o Ministério da Saúde implanta o Sistema de Programação de Ações e Serviços de Saúde (ProgramaSUS), que surge como uma ferramenta web para dar suporte à nova PGASS (BRA-SIL, 2021). O sistema atua como dispositivo de interfaceamento das estruturas de planejamentos de realidades e estimativas de ações, localizações geográficas, pactuações e integração dos diferentes perfis regionais e espaços ampliados de assistência em saúde bem como definição e monitoramento dos fluxos físicos e financeiros, padrões e coberturas assistenciais (BRASIL, 2021).

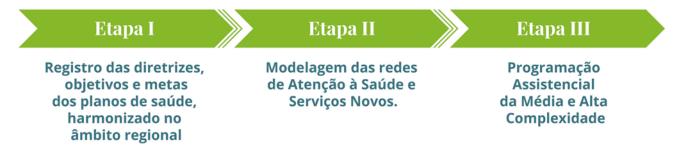
Figura 2 - ProgramaSUS - Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde - PGASS.



Fonte: Sistema ProgramaSUS (2022)...

O uso do ProgramaSUS consiste em processo de definição, quantificação e orçamentação das ações e serviços de saúde, desenvolvidos em conjunto entre governo federal, estado e municípios, com foco na região de saúde, para fazer face às necessidades da população, no que se refere à atenção de média e alta complexidade, subdivido em três etapas, com explicitação dos pactos de gestão e programação por estabelecimento de saúde sendo:

Figura 3 - Etapas do Sistema ProgramaSUS.



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

A PGASS deverá ser constituída inicialmente de informações prévias no sistema e que servirão de subsídios para a elaboração do planejamento das ações de saúde mais adequado para as regiões e macrorregiões de saúde, tais como: recortes populacionais, de produção ambulatorial e hospitalar, de nascidos vivos, gestantes e gestantes de alto risco, de Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dentre outros recortes. A PGASS deve constar no Plano Regional de cada Macrorregião de Saúde (BRASIL, 2018).

Figura 4 - ProgramaSUS – Etapas de Programação.



Fonte: Sistema ProgramaSUS (2022).

## PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE NO MARANHÃO

Desde a transição entre o INAMPS e o SUS, o Estado do Maranhão vem trabalhando para fomentar organização de serviços públicos, desde a promoção e prevenção de agravos à saude, como a assitência especializada ao tratamento e reabilitação dos individuos. Para isso, muitos esforços foram dispensados, na tentativa de organizar a rede de cuidado, o fluxo assistencial e as responsabilidades dos entes.

A programação, então, passou a ser uma ferramenta importante na construção do processo. Observar a conformação do serviço ofertado foi e é fundamental para a construção da capacidade instalada (recursos humanos, equipamentos e instalações físicas) num determindado lugar ou região. Isso reforça a ideia da tomada de decisão pautada em evidências e necessidades.

Antes quase manual, o planejamento hoje conta com a evolução tecnológica e o aprimoramento da informática. Vários sistemas de informação foram criados na tentativa de atender as demadas organizacionais. Para a Programação de Ações e Serviços de Saúde passeamos desde o SISPPI até o ProgramaSUS, atualmente a ferramente disponibilizada.

A Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, desde os primeiros acessos ao sistema ProgramaSUS, realizou constantes análises pertinentes aos conteúdos e respostas do sistema, para que, caso necessário, em conjunto com o Ministério da Saúde, fossem feitas adequações possíveis para uma melhor programação das ações em saúde.

Após etapa inicial de treinamentos e estudos dos níveis de exigências do sistema, por perfis e por áreas de acessos, a SES realiza estudos contíguos com áreas técnicas especificas e grupos condutores das redes temáticas de saúde, objetivando divulgação, compreensão e análises críticas das exigências para a nova programação assistencial em saúde, com levantamento e estudos de CNES, da produção ambulatorial e hospitalar, contratualizações de Serviços, do Planejamento Estadual de Saúde, etc.

Concomitante aos estudos, técnicos da SES iniciaram a construção de planilhas e relatórios para preenchimento das etapas, com dados extraídos fidedignamente ao sistema ProgramaSUS referente ao ambiente de treinamento para utilização em pactuações de programações e metas junto às Regiões de Saúde do Estado Maranhão.

Foi também construído e permitido acessos web aos técnicos da SES para visualização de banco de dados de todo material produzido conforme fluxo das discussões técnicas e também acesso a todo o material final a ser disponibilizado às regiões para as devidas pactuações.

Em 2019, foram realizadas oficinas de trabalhos com as 19 Regiões de Saúde do Estado do Maranhão, onde foram pactuadas as metas da etapa I (registro das diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde) e metas da etapa II (modelagem da Rede de Atenção à Saúde e Serviços Novos).

Em 2021, foram realizadas oficinas com as 03 Macrorregiões de Saúde para pactuação da parametrização de metas ambulatoriais e hospitalares. Após conclusão da etapa de parametrização, serão realizadas as oficinas para a definição dos Fluxos Assistenciais e em seguida as oficinas relativas ao Financiamento da Assistência em Saúde para a Programação de Média e Alta Complexidade (PAMAC).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para o contínuo dimensionamento dos parâmetros e melhoria da cobertura assistencial, é fundamental que a SES-MA mantenha ininterruptamente estudos técnicos em conjunto com o Ministério da Saúde, Áreas Técnicas da SES, Grupos Condutores das Áreas Temáticas em Saúde, Regiões de Saúde e Municípios do Maranhão. A contribuição coletiva para um registro eficiente e resolutivo da Programação de Ações e Serviços de Saúde junto ao sistema ProgramaSUS e suas atualizações, buscando desenvolvimentos e avanços na cobertura assistencial com qualidade de atendimento em todos os serviços públicos em saúde.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Nº 8.080, DE 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços corres-

pondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/leis/l8080.htm.html. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência À Saúde / SUS. **NOAS-SUS 01/2001.** Brasília, DF, 2001a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\_26\_01\_2001.html. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada – PPI. Brasília, DF, 2001b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0483\_06\_04\_2001.html. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002.** Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101\_12\_06\_2002.html. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: https://www.fehosp.com.br/app/webroot/files/manuais/5ffa8d1e-03f7edb01e1eed7b07178cfb.pdf. Acesso em: 17 out 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015.** Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631\_01\_10\_2015.html. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 03 de outubro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\_03\_10\_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017b. Série Parâmetros SUS – Volume 1 – Caderno 1. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, edição 58, p. 135, 26 mar. 2018. https://www.in.gov.br/materia/-/asset\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/7893545/do1-2018-03-26-resolucao-n-37-de-22-de-marco-de-2018-7893541.

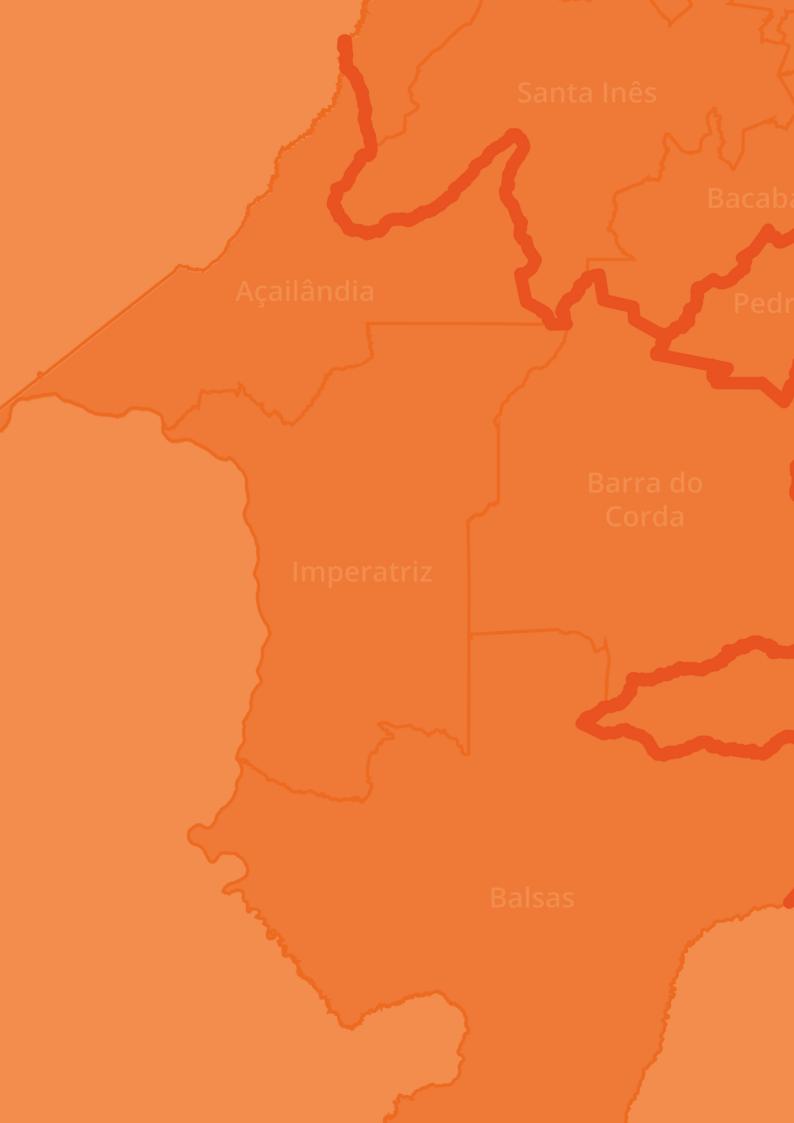
BRASIL. Ministério da Saúde. Programação, regulação, controle e Financiamento da MAC. **Programação Assistencial.** Brasília, DF, out. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/programacao-assistencial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de programação de ações e serviços de saúde - Programasus.** Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://programasus.saude.gov.br/programasus/auth/Home.app. Acesso em: 27 set. 22.

CHORNY, Adolfo H.; KUSCHNIR, Rosana; TAVEIRA, Maura. **Planejamento e programação em saúde.** Texto para Fixação de Conteúdos e Seminário (Circulação Interna) - Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, Fiocruz, 2008. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/\_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal\_12465.pdf. Acesso em: 28 set. 22.

CONSELHO NACONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS. **Regionalização da Saúde:** posicionamento e orientações. Brasília, DF: CONASEMS, 2019. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%-C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-2.pdf. Acesso em: 27 set. 22.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde).





# A Rede de Atenção às Urgências no Maranhão

Antônio Marcos Carvalho Dias Luciana Amorim Tomich Netto Guterres Soares Maria de Iesus Macêdo da Silva Maria do Perpetuo Socorro Costa Silva Maria leda Gomes Vanderlei Marina do Nascimento Sousa Robério Antônio Alencar Rafael Thiago de Jesus Melo Silva

# INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO

Vista como um desafio a ser enfrentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção à Urgência e Emergência deve ser destacada, uma vez que a insuficiência ou inadequação de seus serviços pode gerar doenças, incapacitação física (permanente ou temporária) e óbito do indivíduo. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) editou a portaria GM/MS nº 1.600/2011 reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU), a qual se apresenta como uma prioridade, de modo a intervir de forma organizada e efetiva sobre tais doenças e agravos.

Assim, a Rede de Atenção às Urgências visa articular e integrar todos os equipamentos de saúde, buscando oferecer o acesso integral e humanizado aos usuários nos serviços de saúde de 33 urgência e emergência, de forma ágil e oportuna, obedecendo-se aos critérios epidemiológicos, de densidade populacional e de descentralização das ações e dos serviços de saúde.

Com o propósito de aprimorar essa política e aperfeiçoar o processo de implantação dos serviços, o MS editou diversas Portarias com as normas sobre as ações e os serviços de saúde que foram posteriormente consolidadas como:

- Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
- Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
- Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde.

As diretrizes dessa política da Rede de Atenção às Urgências são:

Quadro 1 – Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências.

Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;

Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;

Classificação de risco;

Regionalização da saúde e atuação territorial;

Regulação do acesso aos serviços de saúde;

Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;

Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;

Centralidade nas necessidades de saúde da população;

Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e continuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;

Articulação interfederativa;

Participação e controle social;

Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e

Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

Fonte: Brasil (2013).

Nesse direcionamento, a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA) e o Conselho de Secretários Municipal de Saúde (COSEMS) iniciaram o movimento de construção e organização dessa Rede. A construção se deu de forma regionalizada, tendo como eixo estruturante as 19 Regiões de Saúde e suas respectivas Macrorregiões definidas pela Resolução CIB nº 64/2018, publicada no diário oficial no dia 28 de junho de 2018. Assim foram realizadas oficinas para análise da situação de saúde e capacidade instalada das macrorregiões de saúde para construção dos Planos de Atenção Regional (PAR) da RAU, de acordo com as necessidades de cada região de saúde.

# PERFIL DE ATENDIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Segundo dados epidemiológicos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), evidencia- se uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), assim como as causas externas de morbidade e mortalidade. As causas externas – acidentes e violências – correspondem à terceira causa de óbito na população geral brasileira, após as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Tabela 1 – Óbitos por residência por ano do óbito segundo Capítulo CID-10, Maranhão – Brasil.

	:	2016	2	2017		
Capítulo CID-10	МА	BR	MA	BR		
IX. Doenças do aparelho circulatório	10.622	362.091	10.876	358.882		
II. Neoplasias (tumores)	3.900	215.217	4.317	221.821		
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5.452	155.861	5.076	158.657		
TOTAL	19.974	733.169	20.269	739.360		

	2	018	2019		
Capítulo CID-10	МА	BR	МА	BR	
IX. Doenças do aparelho circulatório	10.360	357.770	10.726	364.132	
II. Neoplasias (tumores)	4.373	227.920	4.501	235.301	
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4.811	150.814	4.514	142.800	
TOTAL	19.544	736.504	19.741	742.233	

	2	020	Total		
Capítulo CID-10	МА	BR	МА	BR	
IX. Doenças do aparelho circulatório	11.318	357.741	53.902	1.800.616	
II. Neoplasias (tumores)	4.426	229.300	21.517	1.129.559	
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4.991	146.038	24.844	754.170	
TOTAL	20.735	733.079	100.263	3.684.345	

Fonte: MS/SVS/CGIAE- Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

As causas externas têm sido um crescente e importante problema na saúde pública, pois, além da mortalidade precoce e das sequelas físicas, psicológicas e sociais, elas implicam diretamente na assistência prestada pelos pontos de atenção da Rede de Urgências. As violências interpessoais e as lesões decorrentes de acidentes trânsito se colocam como prioridade na RAU, pois requerem uma atenção imediata, mas para além da atenção à vítima, a incorporação de ações cuidadoras como a reabilitação e o tratamento das doenças psicossomáticas que são consequências individuais interrelacionadas com os danos físicos que também têm repercussão coletiva (BOFF; LEITE; AZAMBUJA, 2002).

Assim, para a garantia dessa assistência integral ao usuário, a Rede de Atenção às Urgência se articula por intermédio de ações intersetoriais com a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RCPD) para o tratamento nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ademais, para o pleno reestabelecimento da saúde do usuário é necessária a integração da RAU com as demais Redes de Atenção à Saúde como demonstra a figura 1.

Figura 1 - Integração da RAU com as demais Redes de Atenção à Saúde.

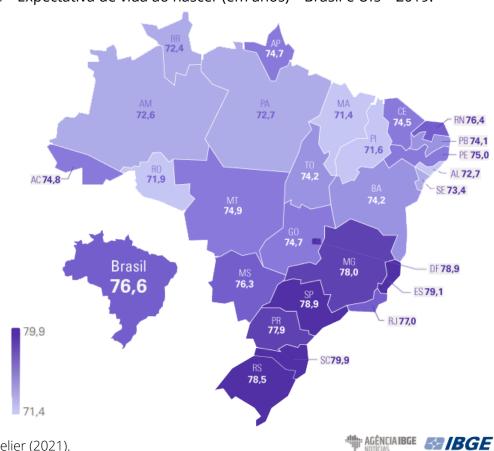


Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

36

Deve-se destacar ainda o rápido envelhecimento da população maranhense com aumento acentuado da expectativa de vida ao nascer nas últimas décadas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2019, a expectativa de vida ao nascer, no Brasil é de 76,6 anos e no Maranhão essa expectativa é de 71,4 anos. Isso demanda que o sistema de saúde se estruture para a crescente da população idosa, que desenvolvem uma série de doenças degenerativas que exigem o tratamento continuado e ações emergenciais coordenadas, nos casos agudos.

Figura 2 - Expectativa de vida ao nascer (em anos) - Brasil e Ufs - 2019.



Fonte: Crelier (2021).





Acrescenta-se a esses fatores o alto custo socioeconômico dos serviços e ações de saúde abrangidos pela RAU, exigindo intervir de forma integrada, articulada e resolutiva sobre tais doenças e agravos. Desse modo, torna-se necessário organizar ações prioritárias na Rede de Atenção às Urgências com vistas a otimizar a alocação de recursos.

# APRESENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS), ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA REDE

A Rede de Atenção às Urgências no Estado do Maranhão se estrutura nos componentes, elencados a seguir:

Figura 3 – Estrutura e organização da rede



Fonte: Adaptado pelos autores de Brasil (2013).

#### Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde

Este componente tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde. Essas ações e serviços de saúde competem aos Municípios do Estado do Maranhão.

#### Atenção Básica em Saúde

A Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado. Nos casos avaliados e considerados necessários, realiza-se a transferência/ encaminhamento a outros pontos de atenção, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Essas ações e serviços de saúde competem aos Municípios do Estado do Maranhão, entretanto com o objetivo de fortalecer esse cuidado com o usuário do SUS, nos municípios com menores Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a SES Maranhão estruturou a Força Estadual de Saúde (FESMA) com equipes para Atenção Básica de Saúde.

#### Serviço de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU 192

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências atuam para chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. O SAMU 192 é composto por:

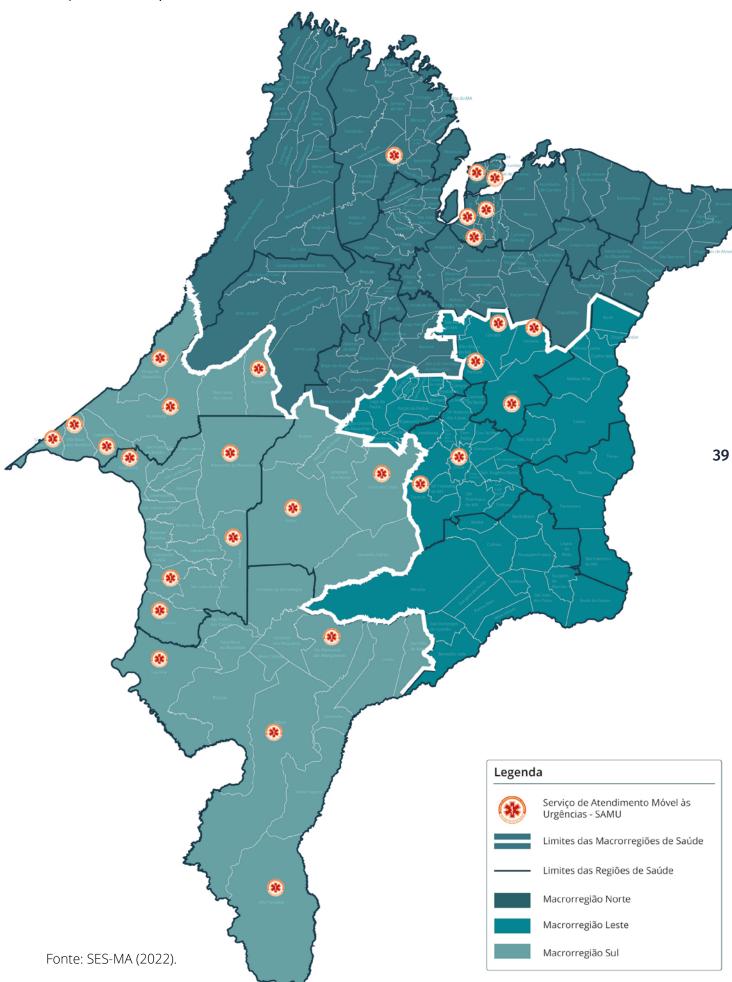
- Central de Regulação das Urgências (CRU): compostas por atendentes de telefone e médicos reguladores. Os usuários acessam os serviços do SAMU por intermédio da central 192;
- Bases descentralizadas são estruturas físicas com condições mínimas para abrigo das equipes de socorristas e ambulâncias;
- Municípios cobertos são aqueles que não contam com base descentralizada do SAMU 192 no seu território, mas recebem cobertura do serviço de acordo com pactuação regional.

Nos SAMUs implantados no Maranhão, existem as seguintes modalidades de unidades móveis para o atendimento de urgência:

- Unidade de Suporte Básico de vida terrestre (USB): viatura tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
- Unidade de Suporte Avançado de vida terrestre (USA): viatura tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
- Motolância: motocicleta conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância.

Atualmente, o Maranhão tem (10) dez Centrais de Regulação das Urgências e (47) quarenta e sete Bases Descentralizadas, em 47 municípios, mais 83 municípios cobertos, percentual de cobertura de 61,87% da população do Maranhão.

Mapa 1 – Municípios com SAMU.



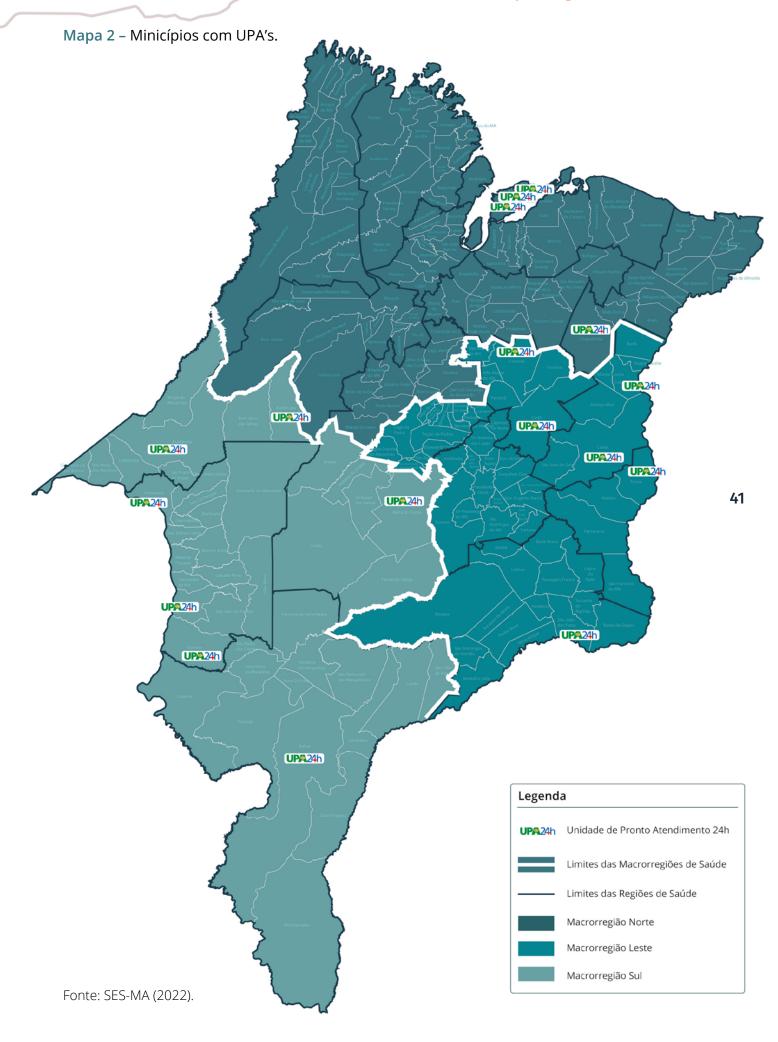
#### Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h funcionam como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, articuladas com a atenção básica, o serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU (BRASIL, 2017a).

As UPAs implantadas no Maranhão apresentam os seguintes tipos:

- UPA 24h Nova: UPA 24h construída com recursos de investimento federal;
- UPA 24h Ampliada: UPA 24h construída, a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados policlínica; pronto atendimento; pronto socorro especializado; pronto socorro geral; e, unidades mistas, já cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2017a).

O Maranhão possui 11 (onze) UPAs 24h, de Gestão Estadual e sete de Gestão Municipal. Todas atuam com classificação de risco para as urgências clinicas e traumáticas. São dotadas de equipes multiprofissionais com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes.



## Hospitalar

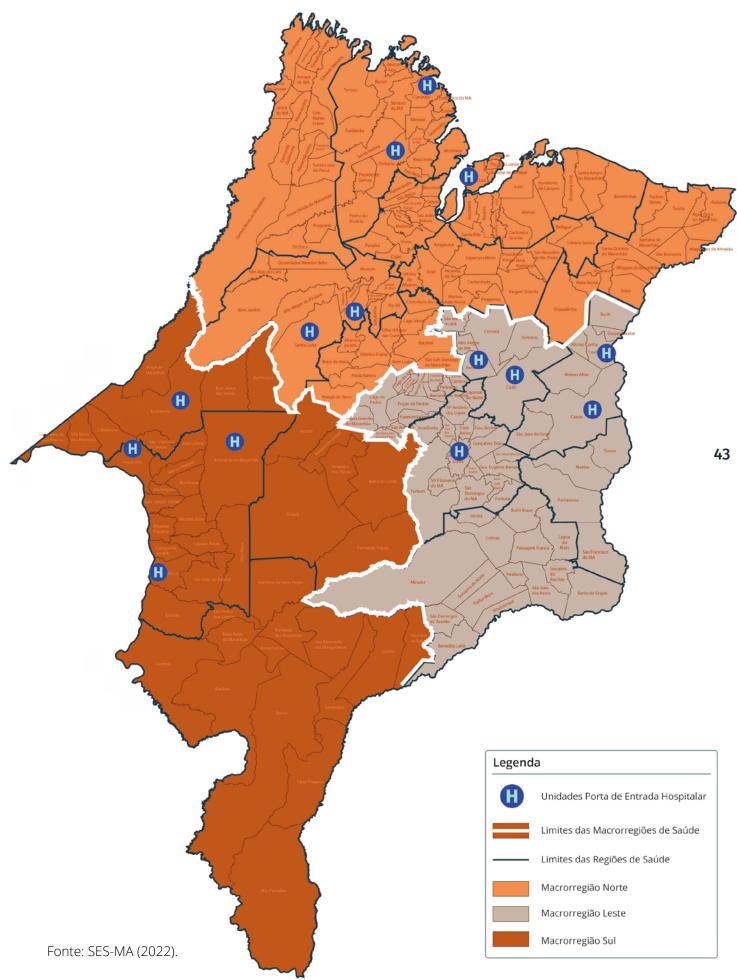
É constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência no Maranhão atuam nos serviços instalados em uma unidade hospitalar para os atendimentos ininterruptos ao conjunto das demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas (BRASIL, 2017a).

As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, sendo parte, respectivamente, da Rede de Atenção Materno-Infantil e da Rede de Atenção Psiquiátrica (BRASIL, 2017a). Devem contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiologista, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos.

No Estado do Maranhão temos Portas de Entradas de Gestão Estadual (03) e de Gestão Municipal (12).

Mapa 3 – Municípios com Unidades Porta de Entrada Hospitalar.



## Leitos de Retaguarda Clínica

No estado do Maranhão, os leitos de retaguarda localizam-se nas unidades hospitalares estratégicas ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares (BRASIL, 2017a). Atuam com equipes compostas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem compatível com o porte da enfermaria clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana.

Mapa 4 – Municípios com Leitos de Retaguarda Clínica.



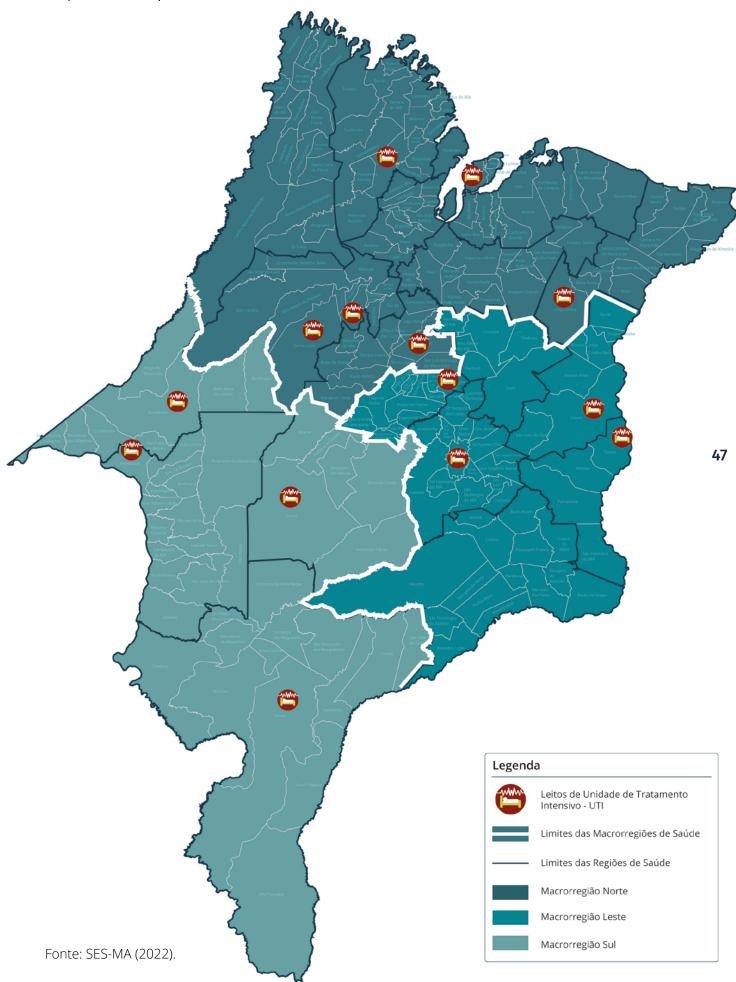
## Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

No Estado do Maranhão, os leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são destinados ao tratamento dos pacientes graves e de risco. Dispõem de equipes de profissionais que atuam 24h, além dos equipamentos e recursos humanos especializados (BRASIL, 1998).

É importante dizer que as UTIs podem ser classificadas em adulto, pediátrica, pediátrica mista (pediátrica e neonatal), neonatal e as UTI's especializadas. Na RAU são consideradas como componentes desse cuidado as UTIs adulto, pediátrica e a unidade cardiológica ou coronariana.

Destaca-se na RAU a UTI especializada cardiológica ou coronariana. Trata-se de uma unidade de terapia semi-intensiva cardiológica, onde são tratados pacientes com doenças cardíacas agudas ou descompensação aguda de cardiopatia crônica.

Mapa 5 – Municípios com Leitos de UTI.



#### Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa

Atenção Domiciliar é compreendida como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio. Constitui-se de nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2017a).

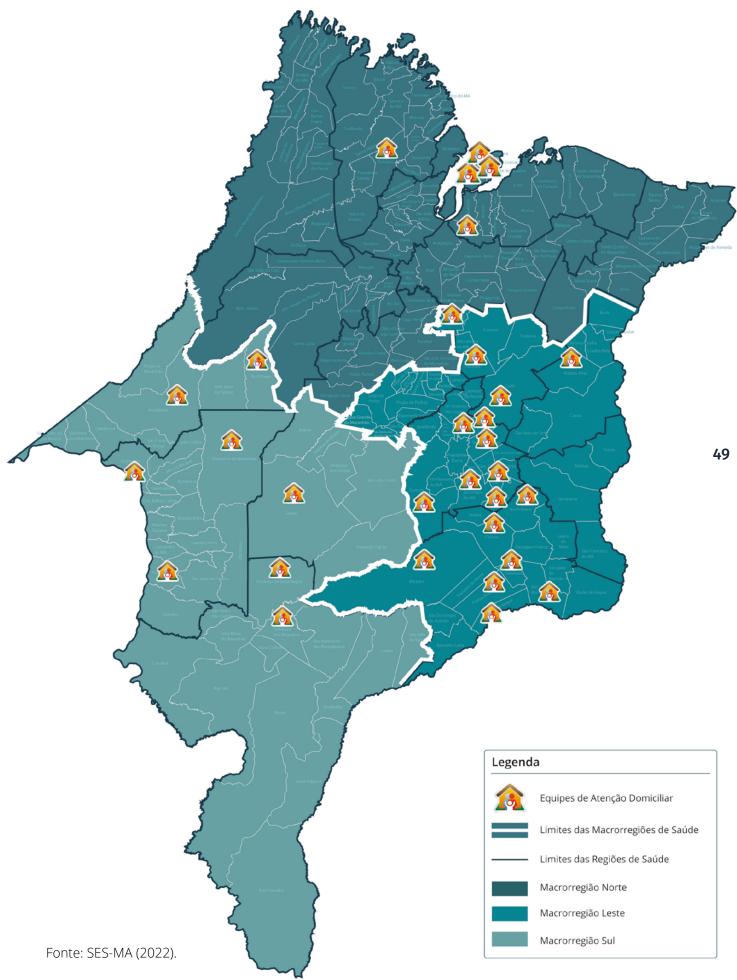
Sob esse enfoque, deu-se início a construção dessa rede de forma regionalizada, nos diferentes níveis de complexidade para atenção às urgências no Estado do Maranhão. Em seguida serão demonstrados os serviços existentes nas regiões de saúde.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é uma modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. O SAD tem como objetivos:

- Redução da demanda por atendimento hospitalar;
- Redução do período de permanência de usuários internados;
- Humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e
- Desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

As equipes que compõem o SAD são Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) Tipo 1 e Tipo 2 e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). As equipes de EMAD Tipo 1 e Tipo 2 são constituídas dos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou assistentes sociais, auxiliares ou técnicos de enfermagem. A EMAP é composta por no mínimo de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional. No Estado do Maranhão temos 32 (trinta e duas) Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) Tipo 1 e Tipo 2, e 22 (vinte e duas) Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2017b).

Mapa 6 – Municípios com Equipes de Atenção Domiciliar.



## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Muitos esforços da SES e Municípios foram realizados para uma construção coletiva da Rede de Atenção às Urgências no estado do Maranhão. Essa pactuação vem acontecendo desde 2011, por intermédio das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Nesse sentido, podemos citar a construção e ampliação de novos serviços de saúde, com estrutura física, equipamentos e recursos humanos buscando reduzir os vazios assistenciais existente nas regiões. Entretanto, o processo ainda é incipiente e necessita de investimentos no setor saúde.

Outro processo que merece destaque é uma política estruturante de Recursos Humanos voltada para a humanização e o cuidado dos usuários. Portanto, é necessário investir em equipes multiprofissionais que acompanhem as expectativas da sociedade atual que estabelece novos padrões de exigências, desfechos e tempo de respostas às demandas individuais.

#### **REFERÊNCIAS**

BOFF, B. M.; LEITE, D. F.; AZAMBUJA, M. I. R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 3, p. 337-342, jun. 2002. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102002000300013. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998.** Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432\_12\_08\_1998.html. Acesso em: 15 set. 2022.

50 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atençãoàs Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\_07\_07\_2011.html. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\_03\_10\_2017.html. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\_03\_10\_2017.html. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\_03\_10\_2017.html. Acesso em: 15 set. 2022.

CRELIER, C. Expectativa de vida dos brasileiros aumenta 3 meses e chega a 76,6 anos em 2019. In: **Agências Notícias IBGE**, fev., 2021. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29505-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-3-meses-e-chega-a-76-6-anos-em-2019. Acesso em: 15 set. 2022.





# A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Estado do Maranhão

Claúdia Maria Figueiredo de Moura Daynara Rayelle Machado Freitas Flávia Regina Vieira da Costa Santos Indiara Silva Carneiro de Almeida Karla Adriana Amando dos Santos Calvalcante Leudimar Carvalho Soares Filho Maria do Ano dos Santos Almeida Robério Antônio Alencar Rafael

# INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO

A organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC) se iniciou em 2011, quando o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), objetivando a implementação de políticas públicas para o controle e o cuidado desses agravos, tais como hipertensão, diabetes, sobrepeso e obesidade, doença cardiovascular e neoplasias.

Em 2012, foi publicada a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, a lei 13.896/2019/MS altera a lei anterior, determinando que o prazo dos exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna, sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias. Em seguida, temos a Portaria nº 874/2013 do Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional para Prevenção e controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A portaria Nº 424/2013/MS redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, e a 425/2013/MS estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade.

Em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Especializada e Temática, elaborou as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica (DRC) no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014a). Nesta área de atenção, a Portaria GM/MS nº 1.675 publicada em 2018, altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Posteriormente, a Portaria nº 483/MS/2014 foi publicada para redefinir a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelecer diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado com seus três eixos temáticos: oncologia, sobrepeso e obesidade e renais crônicos. As Portarias Ministeriais de números: 3.388/2013/MS; 389/2014/MS 189/2014/MS; 1.675/2018/MS; 3.415/2018/MS; 424/2013/MS; 1.399/2019/MS; 1.631/2015/MS; 14.308/2022/MS, Consolidação 01, 03, 06, definiram o planejamento e parâmetros para a organização dos Serviços da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e as Diretrizes para o cuidado do paciente com neoplasia maligna e a Resolução da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) nº 41 de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS.

# PERFIL DE ATENDIMENTO DA REDE DE ATENÇAO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

As Linhas de Cuidado da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas possuem perfis de atendimento distintos. Nesse sentido, cada linha será analisada individualmente nas subseções a seguir.

#### Perfil de Atendimento da Linha de Cuidado de Oncologia

Analisando o Eixo Oncologia da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, podemos ver na figura 1, a estimativa da incidência por tipo de câncer no Brasil, nos dois sexos.

Localização Localização Casos % **Homens** Mulheres Casos % primária primária Mama Próstata 65.840 29,2 66.280 29,7 feminina Cólon e reto 20.540 9,1 Cólon e reto 20.470 9,2 Traqueia, Colo do 7,5 Brônquio e 7,9 17.760 16.710 útero Pulmão Tranqueia, Estômago 13.360 5,9 Brônguio e 12.440 5,6 Pulmão Cavidade Glândula 11.200 5,0 11.950 5,4 Tireóide oral Esôfago 8.690 7.870 3,5 3,9 Estômago Bexiga 7.590 3,4 Ovário 6.650 3,0 Linfoma Corpo do 6.580 2,9 6.540 2,9 não Hodgkin útero Linfoma 6.470 2,9 5.450 2,4 Laringe não Hodgkin Sistema Leucemias 5.920 2,6 Nervoso 5.230 2,3 Central

Figura 1 - Estimativa da incidência por tipo de câncer no Brasil.

Fonte: INCA (2019).

De acordo com a estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2020, os cânceres atingem homens e mulheres, porém a localização primária é típica por sexo, como por exemplo,

o câncer de próstata é o câncer presente nos homens e o que mais acomete esse sexo em relação aos outros tipos de cânceres, com 65.840 casos novos de câncer de próstata no Brasil, o que

representa 29,2 % do total de cânceres nos homens.

No Estado do Maranhão, o câncer de próstata também é o que possui maior incidência dentre os tipos de cânceres que acometem homens, na faixa etária de 65 anos, representando uma estimativa de 1.850 casos novos, em 100 mil habitantes. Em segundo lugar, temos o câncer de estômago que representa uma incidência de 280 casos novos. No sexo feminino, o câncer mais incidente do Estado é o câncer de colo uterino, que representa 890 casos novos em 2020, segue em segundo lugar o câncer de mama que representa 840 casos novos só em mulheres, e outros tipos de cânceres, conforme tabela 1.

**Tabela 1** - Estimativas para o ano de 2020 Estado do Maranhão e Capital São Luís, das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária\*.

Localização	Homens						Mulheres					
Primária da		Maranh	ão	São Luís		Maranhão			São Luís			
Neoplasia Maligna	Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	1850	52,57	68,71	350	67,52	106,00	-	-	-	-	-	-
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	840	23,30	27,18	330	57,20	60,21
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	890	24,74	28,49	160	26,74	30,77
Traqueia, Brônquio e Pulmão	270	7,81	10,73	70	13,59	21,52	200	5,54	6,64	60	9,74	11,75
Cólon e Reto	210	5,86	7,70	80	14,95	21,73	240	6,57	7,37	90	15,69	16,27
Estômago	280	8,02	10,75	80	15,67	22,50	160	4,38	5,17	40	6,85	7,40
Cavidade Oral	100	2,87	3,85	30	5,57	8,05	70	1,82	2,02	**	2,53	2,78
Laringe	80	2,14	2,85	20	3,57	5,46	20	0,54	0,62	**	0,51	0,45
Bexiga	70	2,00	3,20	20	4,48	7,09	30	0,87	0,92	**	1,71	1,79
Esôfago	60	1,67	2,33	**	2,02	2,95	20	0,65	0,75	**	0,88	0,96
Ovário	-	-	-	-	-	-	140	3,75	4,43	50	8,14	8,74
Linfo- ma de Hodgkin	30	0,93	0,98	**	0,89	1,02	20	0,57	0,62	**	2,02	2,28
Linfo- ma não Hodgkin	110	3,04	3,82	30	5,15	7,42	70	2,03	2,35	20	4,22	4,47
Glândula Tireoide	50	1,37	1,83	**	1,46	2,38	240	6,69	8,13	70	12,44	14,51
Sistema Nervoso Central	120	3,51	4,28	30	5,13	7,13	100	2,68	3,14	30	5,19	4,52
Leucemias	150	4,40	4,88	30	6,36	8,36	120	3,26	3,46	30	4,89	4,89
Corpo do útero	-	-	-	-	-	-	140	3,88	4,74	40	6,61	7,38
Pele Melanoma	30	0,88	1,11	**	1,52	2,05	40	1,14	1,27	**	1,77	1,96
Outras Lo- calizações	790	22,61	29,58	170	33,63	48,61	730	20,23	23,38	170	28,33	30,70

Todas as neoplasias, exceto Pele não melanoma	4.200	119,66	143,66	950	184,66	262,34	4.070	112,70	127,99	1.150	196,68	200,03
Pele não melanoma	1.220	34,76	-	280	53,76	-	1.070	29,76	-	240	40,71	-
Todas as Neoplasias	5.420	154,42	-	1.230	239,08	-	5.140	142,34	-	1.390	237,73	-

População padrão mundial (1960). / \*Números arredondados para múltiplos de 10. / \*\*Número de casos menor que 20.

Fonte: INCA (2019).

56

#### Perfil de Atendimento da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade

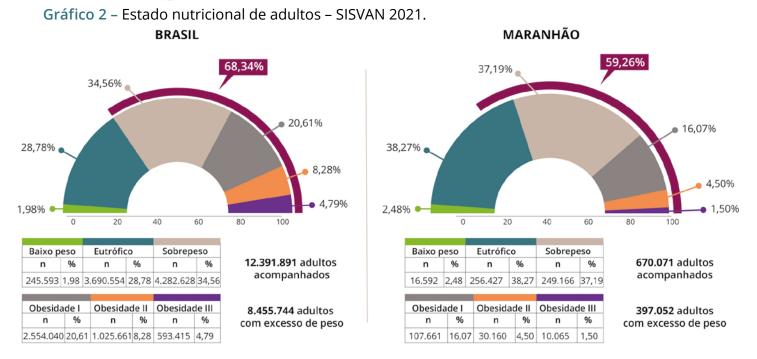
Analisando o eixo sobrepeso e obesidade, na gráfico 1, observa-se o aumento da prevalência de adultos com obesidade no Brasil e no Estado do Maranhão no decorrer de 2011 a 2021. No ano de 2011 a prevalência no estado era de 10,7% e em 2021 foi de 21,3%, o dobro do valor registrado pelas equipes da Atenção Primária em 2011. Destaca-se que, de acordo com o gráfico, a prevalência de obesidade em adultos se mostra ascendente tanto no estado quanto a nível nacional.

**Gráfico 1 -** Prevalência de obesidade em adultos no Brasil e no Estado do Maranhão no decorrer de 2011 a 2021.



Fonte: E-gestor AB/Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN.

De acordo com a gráfico 2, verifica-se que do total de adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde por meio das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional em 2021 no estado do Maranhão, 670.071 adultos, destes 397.052 (59,26%) apresentaram excesso de peso. No Brasil, a prevalência de excesso de peso foi de 68,24%.



Fonte: Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN.

A oferta de ações de prevenção e cuidado às pessoas com obesidade tem sido apontada como um dos maiores desafios de saúde para o Brasil e diferentes países (SWINBURN *et al.*, 2019). A obesidade é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de origem multifatorial e complexa, sendo considerada um grave problema de saúde pública devido às suas proporções epidêmicas (SWINBURN *et al.*, 2019; PINHEIRO *et al.*, 2004; WHO, 2000).

Além de ser um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares, a obesidade está entre os três fatores de risco mais fortemente associados às mortes e incapacidades no Brasil (IHME, 2018). Mais recentemente, como apontado no cenário mundial (REINO UNIDO, 2020; ZHOU *et al.*, 2020), o Brasil também tem apresentado a condição de obesidade como importante fator de risco na pandemia da Covid-19, inclusive sendo um fator de risco para a letalidade (PETRILLI *et al.*, 2020; POPKIN *et al.*, 2020).

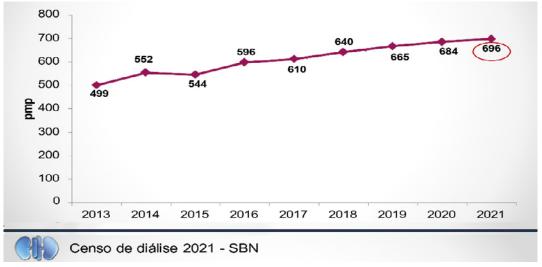
Dados epidemiológicos mostram que no Brasil 1 em cada 4 brasileiros tem obesidade correspondendo a 41,2 milhões de adultos obesos (IBGE, 2020). No estado do Maranhão, em 2021, dos 670.071 adultos acompanhados na Atenção Primária 397.052 estavam com excesso de peso (IMC≥25kg/m²) (OMS, 1995), destes 107.661 com obesidade Grau I, 30.160 com obesidade Grau II e 10.065 obesidade Grau III (E-gestor AB/SISVAN, 2021), em São Luís essa frequência é de 49,3%, sendo maior nos homens (51,4%) do que nas mulheres (47,5%) (BRASIL, 2022b). A nível de estado, em 2021, foram identificadas na Atenção Primária à Saúde do Maranhão 59,24% de excesso de peso em mulheres e 54,69% em homens. No Brasil, no referido ano foram identificados prevalência de excesso de peso de 68,24% nas mulheres e de 64,85% nos homens (E-gestor AB/SISVAN).

#### Perfil de Atendimento da Linha de Cuidado de Doenças Renais Crônicas

No Brasil, o número de pessoas que sofrem de doenças renais cresce a cada dia. Doenças como hipertensão arterial, diabetes, obesidade, se não tratadas de maneira correta, podem agravar e levar a falência total dos rins. Existem diferentes níveis de gravidade da doença, até

em que os rins estão totalmente paralisados. A prevalência estimada de pacientes em diálise só cresce a cada ano, podemos observar no gráfico 3, o levantamento realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia.

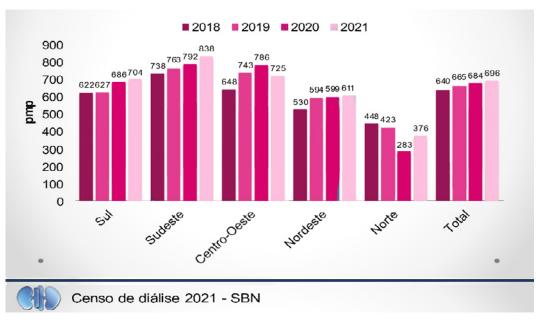
Gráfico 3 – Taxa de prevalência estimada de pacientes.



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia (2022).

O gráfico 4, entre 2018 a 2021, observa-se o aumento da prevalência de pacientes em diálise por região, em todas as faixas etárias.

Gráfico 4 – Taxa de prevalência estimada de pacientes em diálise por região.



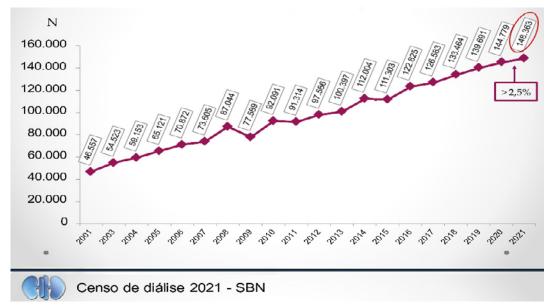
Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia (2022).

As elevadas taxas registradas estão nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, superiores às taxas da região Norte, e são fortemente influenciadas pela maior oferta de serviços especializados.

O gráfico 5, observa-se a estimativa de pacientes em tratamento dialítico por ano Brasil.

59

Gráfico 5 – Total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano.

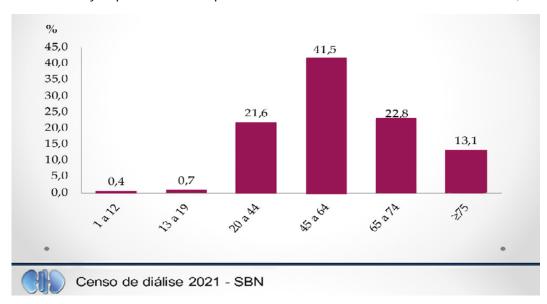


Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia (2022).

A estimativa hoje é que 184 mil brasileiros estejam passando por alguma Terapia Renal Substitutiva (TRS), conforme os dados divulgados pelo Ministério da Saúde. Podemos considerar, assim como estudos comprovam a influência da pandemia Covid-19 e as consequências que levam a doença renal crônica.

O gráfico 6 demostra a distribuição e o percentual de pacientes em diálise conforme a faixa etária.

Gráfico 6 - Distribuição percentual de pacientes em diáliseconforme a faixa etária (anos).

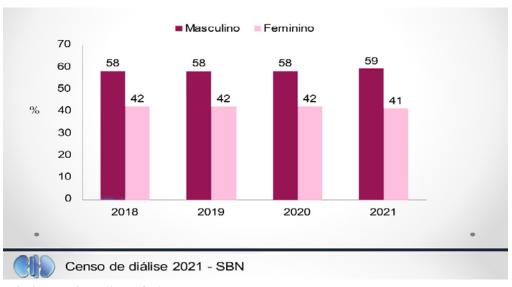


Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia (2022).

Como esperado, a prevalência aumenta com a idade, atingindo, na população idosa (60 anos e mais de idade), valores cerca de 10 vezes maiores que no grupo etário de menores de 30 anos de idade.

No gráfico 7, observa-se a distribuição e o percentual de pacientes em diálise por sexo.

Gráfico 7 - Distribuição de pacientes em diálise por sexo.



Fonte: Sociedade Brasileira de Nefrologia (2022).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por executar ações e serviços de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos cidadãos brasileiros.

# ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA REDE E SUA LINHA DE CUIDADO

O Estado do Maranhão está constituído por 19 Regiões de Saúde distribuídas em 03 Macrorregiões, Macrorregião Norte; Macrorregião Leste e Macrorregião Sul, e dessa forma a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas está organizada.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas está estruturada em 03 eixos temáticos: oncologia, renal crônico e sobrepeso e obesidade. O perfil dos respectivos eixos temáticos contempla atribuições dos componentes da Atenção Primária à Saúde, da Atenção especializada (Subcomponente Ambulatorial Especializado; Subcomponente Hospitalar; e Subcomponente Urgência e Emergência), dos sistemas de apoio e logísticos e do sistema de regulação e Governança (BRASIL, 2014b). Assim, como cada Linha de Cuidado possui um perfil de atendimento específico, estas também possuem componentes distintos, os quais serão detalhados a seguir.

#### Estrutura e Organização da Linha de Cuidado de Oncologia

A Atenção Primária à Saúde é o primeiro acesso à assistência à saúde da população, assim como é a que referencia o paciente para os centros especializados, tendo a responsabilidade de ordenar, rastrear e estratificar os pacientes conforme os riscos à saúde e acompanhar os casos identificados. Constitui a porta de entrada do usuário, realiza ações de promoção e prevenção em saúde, a exemplo consulta de enfermagem, consulta médica, solicita exames laboratoriais e coleta de exames preventivos do colo do útero, chamados exames de Papanicolau, orienta por meio de palestras pertinentes aos cânceres mais prevalentes.

A atenção primária ainda executa rastreamento de acordo com os protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde, implementa ações de diagnósticos precoces, por meio da identificação de sinais e sintomas específicos para cada tipo de câncer, faz o seguimento das pessoas com resultados alterados, respeitando o que compete a esse nível de atenção.

A realização dos exames preventivos e de imagem (mamografia) são encaminhados ao nível de atenção secundário por meio dos núcleos/centrais de regulação, usuários que apresentarem

necessidade de outros exames para confirmação diagnóstica permanecem nesse mesmo nível de atenção para confirmação diagnóstica.

Dessa forma, no atendimento nos ambulatórios especializados, os pacientes são encaminhados da Atenção Primária, por meio do Núcleo de Regulação do Acesso do seu município de origem a esses serviços, para realizar consulta especializada e exames preventivos ou esclarecimento de diagnóstico, tais como: biópsia de pênis, ultrassonografia de próstata, punção aspirativa de mama por agulha fina, punção de mama por agulha grossa, biópsia de colo uterino, biópsia/ exérese de nódulo de mama, mamografia bilateral para rastreamento, mamografia unilateral, ultrassonografia (pélvica, transvaginal, mamária bilateral) e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo do útero, constituindo assim, os serviços de referência Serviço de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama e Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento para as Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero, para o atendimento no que se refere à prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento do câncer do colo uterino, de mama, de próstata, de pênis e outros tipos de câncer. E os serviços de Referência de Média Complexidade estão localizados nas Regiões de São Luís, Presidente Dutra, Timon, Chapadinha e Santa Inês de acordo com o Mapa 1 da página a seguir.

Após a confirmação diagnóstica de câncer, os pacientes serão encaminhados por meio da Regulação do Acesso Ambulatorial, aos Serviços de Alta Complexidades de Referência do Município de origem desses pacientes. Se as lesões forem benignas os pacientes permanecerão neste Nível de Atenção para tratamento e acompanhamento do seu caso.

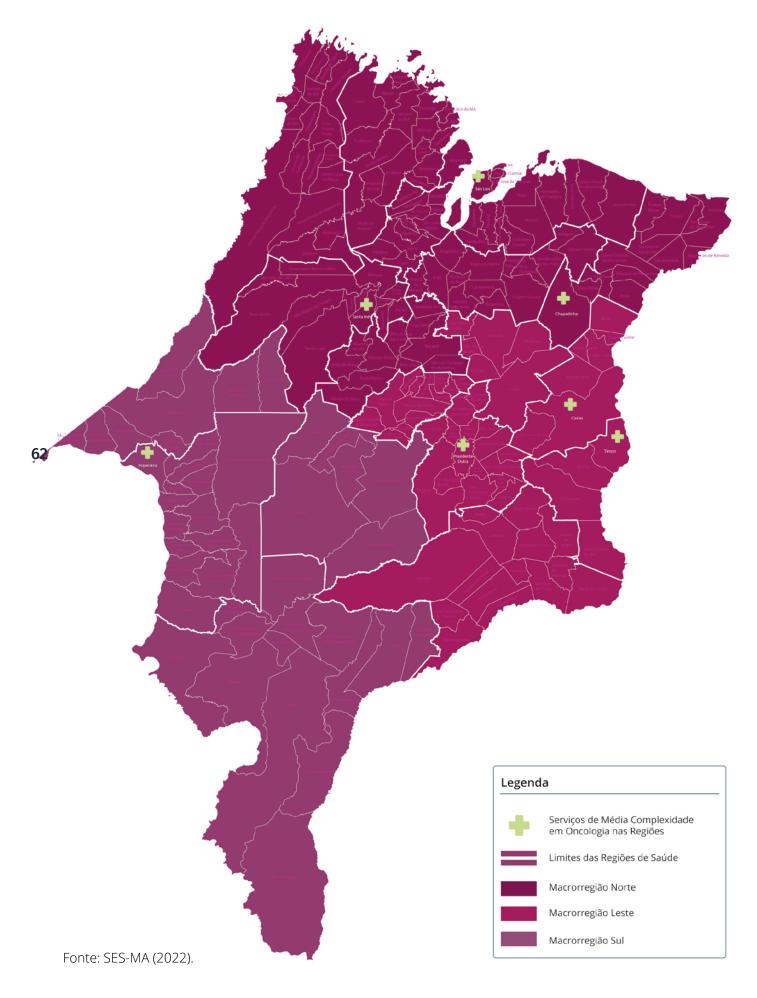
A alta complexidade realiza o diagnóstico definitivo e o tratamento dos casos mais prevalentes de oncologia com equipamentos, com relevantes tecnologias e equipe médica qualificada, ofertando tratamentos como: oncologia clínica/quimioterapia; radioterapia; braquiterapia e oncologia cirúrgica nas unidades especializadas em oncologia habilitados pelo Ministério da Saúde na Rede SUS e outros hospitais da rede privada/contratualizados. A oncologia pediátrica clínica e cirúrgica é ofertada nos Hospitais Aldenora Bello e Hospital São Rafael no Município de Imperatriz. Ressalta-se que os pacientes submetidos à cirurgia são encaminhados ao ambulatório de média e alta complexidade para acompanhamento e monitoramento de acordo com a condição clínica do paciente e posteriormente encaminhado à Atenção Primária para o seguimento durante o tratamento.

A Macrorregião Norte é onde está concentrado o maior número de serviços e maior quantidade de mão de obra qualificada, pela proximidade com a Capital São Luís. Nessa macrorregião estão situados 3 (três) serviços de alta complexidade em oncologia, a UNACON/ Hospital de Câncer do Estado Dr. Tarquínio Lopes Filho, o CACON/Hospital Aldenora Bello e o EBSERH/Hospital Universitário HUU, habilitado como Hospital Geral de Cirurgia Câncer de Complexo Hospitalar com o Hospital Aldenora Bello. O acesso a estes serviços de alta complexidade nesta Macrorregião, ocorre pela duas Centrais de Regulação, Estadual e Municipal.

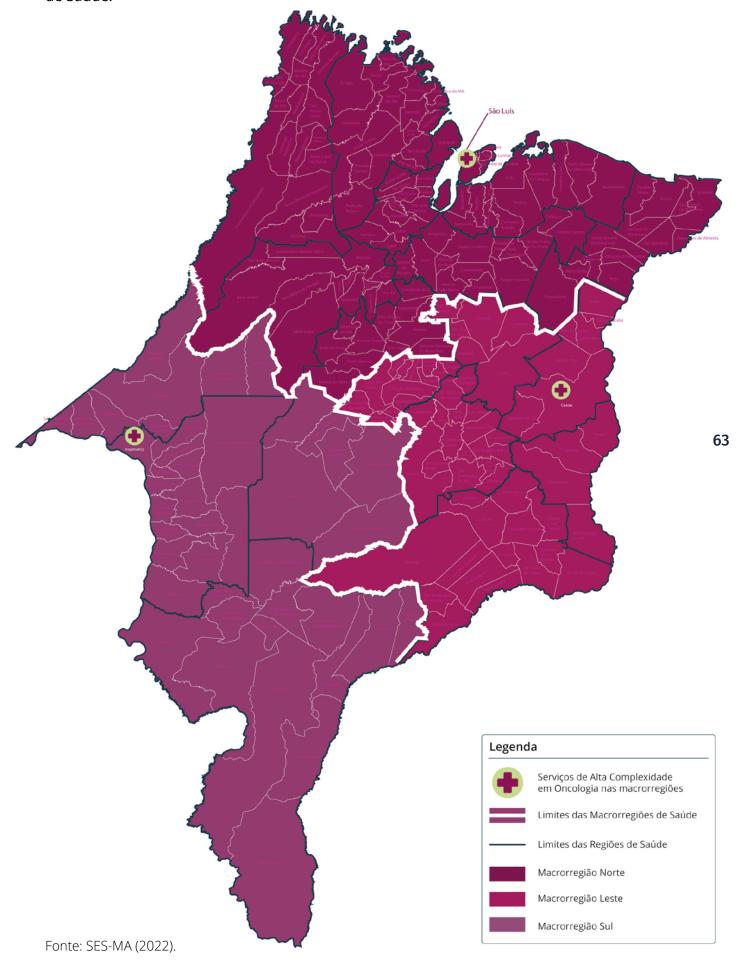
A Macrorregião Leste conta com a UNACON/Hospital Regional de Caxias Dr. Everaldo Ferreira Aragão, no município de Caxias, que atende os pacientes procedentes da Região de Saúde de Caxias, município de Codó, Pedreiras e Presidente Dutra, porém pela questão geográfica, proximidade com o município de Teresina-PI, o Estado efetuou contrato com o Hospital São Marcus habilitado pelo Ministério da Saúde em Teresina, para atender os pacientes procedentes das Regiões de Saúde São João dos Patos, Timon e demais Municípios da Região de Codó.

A Macrorregião Sul possui 02 serviços de alta complexidade em oncologia, a UNACON/Hospital São Rafael e o Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar Oncoradium no Município de Imperatriz. O acesso a esses serviços ocorre pela Central de Regulação Ambulatorial situada no Núcleo Regional de Saúde de Imperatriz.

Mapa 1 - Serviços de Média Complexidade existentes nas Regiões de Saúde.



Mapa 2 - Serviços de Alta Complexidade de Oncologia existentes no Estado nas Macrorregiões de Saúde.

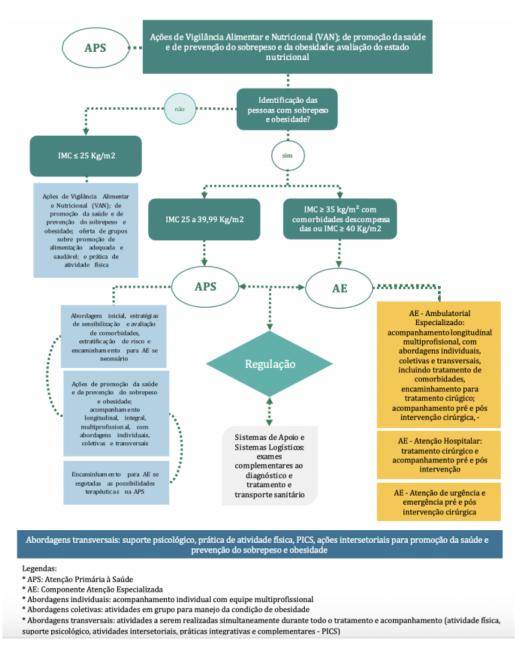


#### Estrutura e Organização da Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade

As ações da linha de cuidado de atenção ao sobrepeso e obesidade contemplam atribuições aos componentes da Atenção Primária à Saúde, da Atenção especializada (Subcomponente Ambulatorial Especializado; Subcomponente Hospitalar; e Subcomponente Urgência e Emergência), dos sistemas de apoio e logísticos e do sistema de regulação (BRASIL, 2021). Desse modo, o fluxo da assistência prestada ao paciente com obesidade, deverá ocorrer de forma multidirecional, de acordo com critérios de encaminhamento, a partir de parâmetros clínicos e de capacidade estrutural de atendimento de cada Unidade de Saúde, mantendo o vínculo com a unidade de origem/referência na Atenção Primária.

Durante o fluxo de assistência, os pacientes devem ser acompanhados por equipe multidisciplinar de forma integrada: médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, profissional da educação física, cirurgião dentista, psicólogo, de acordo com a necessidade individual e disponibilidade do serviço de saúde (BRASIL, 2020).

Figura 2 - Fluxo de assistência para o paciente com sobrepeso e obesidade.



O quadro abaixo apresentam as atribuições dos componentes da assistência quanto ao cuidado ao paciente com sobrepeso e obesidade.

Quadro 1 - Atribuições dos componentes da assistência quanto ao cuidado ao paciente com sobrepeso e obesidade.

	Realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade;					
	Realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respei- tando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física;					
	Apoiar o autocuidado pa saudável;	ra manutenção e recuperação do peso				
l - Componente Atenção Básica	Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas;					
	Coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitarem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC* <sup>3</sup> 30 kg/m <sup>2</sup> com comorbidades ou IMC <sup>3</sup> 40 kg/m <sup>2</sup> ;					
	Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar;					
	Garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Pólos de Academia da Saúde;					
		1. Prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde;				
II - Componente Atenção Especializada	a) Subcomponente Ambulatorial Especializado:	2. Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC <sup>3</sup> 30 kg/m <sup>2</sup> com comorbidades, e aos indivíduos com IMC <sup>3</sup> 40 kg/m <sup>2</sup> , quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação;				
		3. Diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação;				

		4. Prestar assistência terapêutica multi- profissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de proce- dimento cirúrgico para tratamento da obesidade;		
	a) Subcomponente Ambulatorial Especiali- zado (cont.)	5. Prestar assistência terapêutica multi- profissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acom- panhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar;		
		6. Organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente;		
II - Componente Atenção Especializada (cont.)		7. Realizar contra-referência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento;		
		1. Realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo I e protocolos locais de encaminhamentos e regulação;		
		2. Organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde		
	b) Subcomponente Hospitalar:	3. Realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo I e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos;		
		4. Realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde;		
		5. Garantir assistência terapêutica multi- profissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade;		

6. Organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção

\*IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: Brasil (2013b).

No âmbito da Atenção especializada, subcomponente ambulatório especializado, há proposta para construção de ambulatórios especializados da rede estadual para tratamento da obesidade nas regiões de saúde de São Luís, Timon, Imperatriz, Caxias e Presidente Dutra, possibilitando a ampliação desse serviço para a assistência pré e pós cirúrgica, considerando que atualmente o Estado ainda dispõe de apenas um ambulatório habilitado para o serviço, inserido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Nos casos de cirurgias bariátricas, para tratamento da Obesidade mórbida, os Hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde são responsáveis pelo acompanhamento pré e pós-operatórios desses pacientes.

Na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA), o processo de construção da Linha de Cuidado de Atenção ao Sobrepeso e Obesidade (LCSO) ocorre no âmbito do Grupo Condutor da Rede de Crônicas da SES/MA, através de reuniões mensais com participação de referências técnicas convidadas como o HU-UFMA e da Atenção Primária à Saúde dos municípios da região metropolitana de São Luís, regional escolhida para iniciar o plano piloto da LCSO. Essas reuniões possibilitaram avanços no processo de construção da LCSO, e através delas foi possível o levantamento dos dados de capacidade instalada dos três níveis de atenção, localização de recursos que subsidiam a LCSO no âmbito da APS, o diagnóstico alimentar e nutricional da região com base nos dados do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar (SISVAN).

Mapa 3 – Serviços de média complexidade do sobrepeso e obesidade no estado do Maranhão. 68 Legenda Serviços de média complexidade do sobrepeso e obesidade Limites das Macrorregiões de Saúde Limites das Regiões de Saúde Macrorregião Norte Macrorregião Leste Macrorregião Sul Fonte: SES-MA (2022).

## ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE DOENÇAS RENAIS CRÔNICAS

A Doença Renal Crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública, em especial, quando alcança estágio terminal e o paciente necessita de Terapia Renal Substitutiva (TRS). Desta maneira, se torna imprescindível o diagnóstico precoce da DRC, com identificação do paciente e implementação da estratificação de risco, de acordo com a classificação do seu estágio clínico, conforme as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

As Unidades de Saúde da Atenção Primária representam importante porta de entrada dos pacientes com DRC no sistema de saúde, nas quais os pacientes com fatores de risco podem ser acompanhados através de programas de atenção à saúde, como o Hiperdia (Hipertensão e Diabetes *mellitus*) e o Saúde do Idoso (MARANHÃO, 2021).

O médico da Atenção Primária é responsável pelo tratamento e acompanhamento desses pacientes, realizando o controle dos principais fatores de risco. Quando o paciente com DRC é classificado nos estágios 1 a 3, o objetivo do acompanhamento é controlar fatores de risco, retardar a progressão da doença renal.

Os pacientes com DRC, classificados nos estágios 4 e 5, devem ser encaminhados ao Ambulatório de Referência em DRC, como também os pacientes nos estágios 1 a 3, evoluindo com perda acelerada da TFG (>5mL ao ano) e aqueles que apresentarem proteinúria e/ou hematúria nos exames de urina (EAS/sumário de urina), para avalição com o nefrologista (MARANHÃO, 2021).

Os ambulatórios especializados em doenças renais crônicas têm objetivo de aprimorar o atendimento, sendo composto por uma equipe multiprofissional que realiza acompanhamento aos pacientes nos estágios 4 e 5 pré-dialítico. Além de realizar o matriciamento às equipes da Atenção Básica para o estágio clínico 3, conforme disposto nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC no SUS. Abaixo, o fluxo de acesso para atendimento a esse perfil de pacientes e na figura 3, os Serviços de Saúde existentes no Estado do Maranhão. Importante frisar que o agendamento varia conforme a Central de Marcação de cada município.

Figura 3 – Fluxo de regulação de pacientes com suspeita de Doença Renal Crônica (DRC) – ambulatoral.

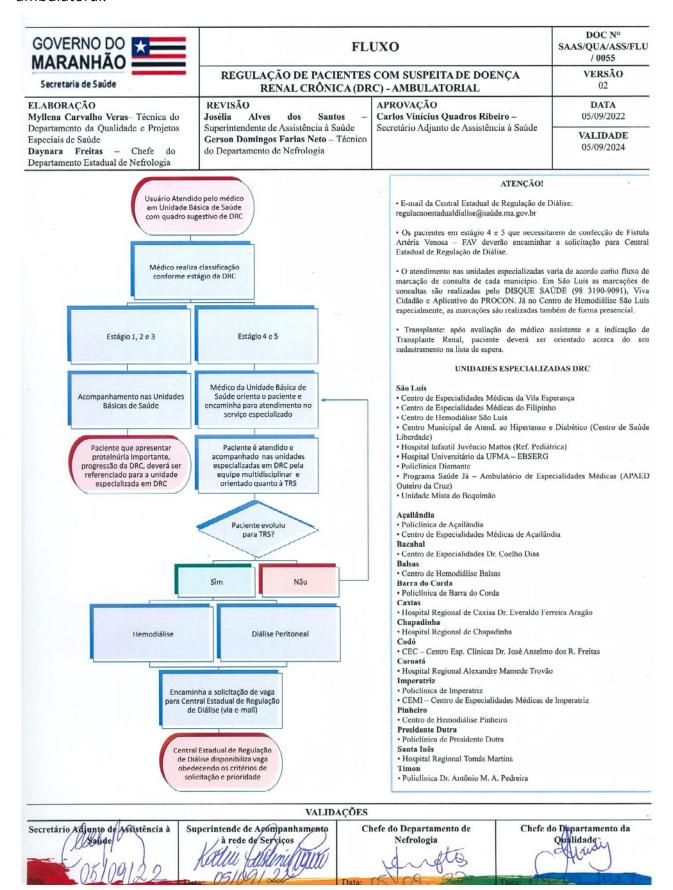


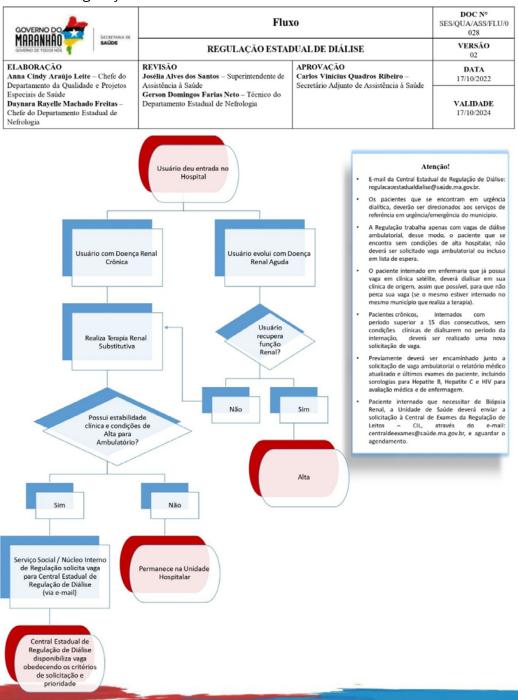
Figura 4 - Rede de ambulatórios especializados em nefrologia no estado do Maranhão.



Fonte: Maranhão (2022).

Na Atenção Hospitalar, são ofertados os serviços de terapia renal substitutiva, que são responsáveis pelo tratamento dialítico, assim como, todo manejo clínico, referência e contra referência, obedecendo às Diretrizes, Portaria Ministeriais, além de Protocolos e Fluxos estabelecidos pela Secretaria aos pacientes renais crônicos, que passa atualmente por uma atualização para uma 2ª Edição a ser publicada ainda em 2022, na qual incluirá novos serviços. No Estado do Maranhão, os pacientes em urgência dialítica, deverão ser encaminhados ao Hospital de Urgência e Emergência de referência na Região de Saúde ou na Macrorregião de Saúde para início imediato do tratamento. Após estabilização clínica e condições de alta hospitalar, deverá ser encaminhada a solicitação para a Central de Regulação Estadual de Diálise, através do e-mail regulação estadualdialise@saude.ma.gov.br, para sua inclusão na fila de espera ou direcionamento para o serviço de diálise ambulatorial existente (MARANHÃO, 2021). Abaixo, o fluxo de acesso para atendimento desse perfil de pacientes aos Serviços de Saúde.

Figura 5 - Fluxo de regulação estadual de diálise.



Fonte: Maranhão (2022).

Figura 6 – Rede de terapia renal substitutiva no estado do Maranhão.



Fonte: Maranhão (2022).

Importante ressaltar, que o acesso a esses serviços tem suas particularidades, e funcionam de forma diferente conforme a gestão. Serviços de gestão Estadual, pela Central de Regulação de Diálise Estadual, através do e-mail regulação estadualdialise@saude.ma.gov.br, obedecendo aos critérios de regulação e prioridade, conforme Protocolo publicado e fluxos de acesso distribuídos e alinhados com os serviços. Os serviços de gestão municipal são realizados diretamente com o próprio serviço, em especial os serviços da gestão municipal de São Luís, que são realizados através de uma Central Municipal de Diálise na figura 6, os serviços de terapia renal substitutiva existentes no Estado do Maranhão.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo do tempo, o Estado do Maranhão, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, vem se adequando às diretrizes do governo federal para melhorar os Indicadores de Saúde, no que se refere às doenças não transmissíveis, que representam a maioria das causas de óbitos na população. Nesse sentido, somam-se esforços para ampliar discussões sobre a necessidade de garantir mecanismos para implantar/implementar ações da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas.

As legislações do Governo Federal, durante a última década, contribuíram para o delineamento e implantação das linhas de cuidado nos três eixos temáticos: oncologia, renal crônico e sobrepeso e obesidade. O Estado do Maranhão aderiu a política do governo federal, implantando e contratando novos serviços com vários estabelecimentos de saúde inaugurados e em funcionamento, contribuindo para a melhoria do acesso e qualificação do atendimento de acordo com os princípios do SUS. Este processo de trabalho com suas linhas de cuidado ainda está em construção, sendo elaborado de forma ascendente com a participação do COSEMS, dos Coordenadores Regionais de CIR e dos Gestores Municipais de Saúde.

Ocorre uma grande concentração de equipamentos de alta tecnologia e alto custo e de profissionais qualificados para os serviços de alta complexidade deste nível de atenção na região metropolitana de São Luís, de forma a contribuir para uma grande dificuldade na descentralização desses servicos tendo em vista extensão territorial do Maranhão.

A sistematização das referências e contrarreferências para a organização dos serviços referente aos três eixos temáticos exige a conformação de uma Rede de Atenção à Saúde que explicite claramente as responsabilidades de cada Município e do Estado nesse processo e a provisão de serviços novos de saúde, integrando os Níveis de Atenção: Atenção Primária em Saúde, Média Complexidade e Alta Complexidade.

#### **REFERÊNCIAS**

74

BRASIL. **Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 874, de 16 de maio de 2013.** 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). Brasília, DF, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\_16\_05\_2013.html. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 424, de 19 de março de 2013.** Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\_19\_03\_2013.html. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 425, de 19 De março de 2013.** Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\_19\_03\_2013.html. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013.** Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF, 2013d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3388\_30\_12\_2013.html. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica DRC no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://www.abcdt.org.br/2014/03/ministerio-da-saude-publica-as-diretrizes-clinicas-para-o-cuidado-ao-paciente-com-drc/. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\_01\_04\_2014.html. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 389, de 13 de março de 2014.** Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, DF, 2014c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389\_13\_03\_2014.html. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 189, de 31 de janeiro de 2014.** Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Brasília, DF, 2014d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189\_31\_01\_2014.html. Acesso em: 27 set. 22.

**75** 

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631\_01\_10\_2015.html. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.675, de 7 de junho de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675\_08\_06\_2018.html. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.415, de 22 de outubro de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação n° 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria n° 1.675/GM/MS, de 7 de junho de 2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3415\_24\_10\_2018.html. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 41, de 31 de outubro de 2018.** Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2018c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\_23\_11\_2018.html. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. **Lei Nº 13.896, de 30 de outubro de 2019.** Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Brasília, DF, 2019a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de dezembro de 2019.** Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-saes-ms-1399-17-dezembro-2019. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de cuidado. **Planejamento Terapêutico.** Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/obesidade-no-adulto/uni-dade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico/#AvaliacaoClinica&#pills-avaliacao-inicial. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\_pessoas\_sobrepeso.pdf. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. **Lei Nº 14.308, de 8 de março de 2022.** Institui a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica. Brasília, DF, 2022a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2019-2022/2022/Lei/L14308.htm. Acesso em: 27 set. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2021:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

76

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2019:** atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION - IHME. **Findings from the Global Burden of Disease Study 2017.** Seattle, WA: IHME, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Estimativa 2020: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil. pdf. Acesso em: 12 maio 2021.

MARANHÃO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde. Departamento Estadual de Nefrologia. **Protocolo Clínico e Fluxos de Acesso para Organização da Linha de Cuidado de Pessoas com Doença Renal Crônica nos Serviços de Saúde de Gestão Estadual no Maranhão.** São Luís: Secretaria de Estado da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/0009\_SES\_QUA\_ASS\_PT\_-PROTO-COLO-CLINICO-E-FLUXOS-DE-ACESSO-PARA-ORGANIZACAO-DA-LINHA-DE-CUIDADO-DE-PESSO-AS-COM-DOENCA-RENAL-CRONICA-NOS-SERVICOS-DE-SAUDE.pdf. Acesso em: 27 set. 22.

MARANHÃO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde. Departamento Estadual de Nefrologia. **Protocolo Clínico e Fluxos de Acesso para Organização da Linha de Cuidado de Pessoas com Doença Renal Crônica nos Serviços de Saúde de Gestão Estadual no Maranhão**. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde, 2022. (versão 2). No Prelo.

PETRILLI, Christopher M *et al.* Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. **Bmj**, [S.L.], 22 maio 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32444366/. Acesso em: 26 set. 2022.

PINHEIRO, Anelise Rízzolo de Oliveira *et al.* Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, [S.l.], v. 17, n. 4, p. 523-533, dez. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rn/a/yb5FgzvgCVPZVsxtsNp384t/abstract/?lang=pt. Acesso em: 26 set. 2022.

POPKIN, Barry M. *et al.* Individuals with obesity and COVID-19: a global perspective on the epidemiology and biological relationships. **Obesity Reviews**, [S.L.], v. 21, n. 11, p. 0-0, 26 ago. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32845580/. Acesso em: 26 set. 2022.

REINO UNIDO. **People at higher risk from coronavirus (COVID-19)**. National Health Service, 2020. Disponível em: https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/people-at-higher-risk/. Acesso em: 26 set. 2022.

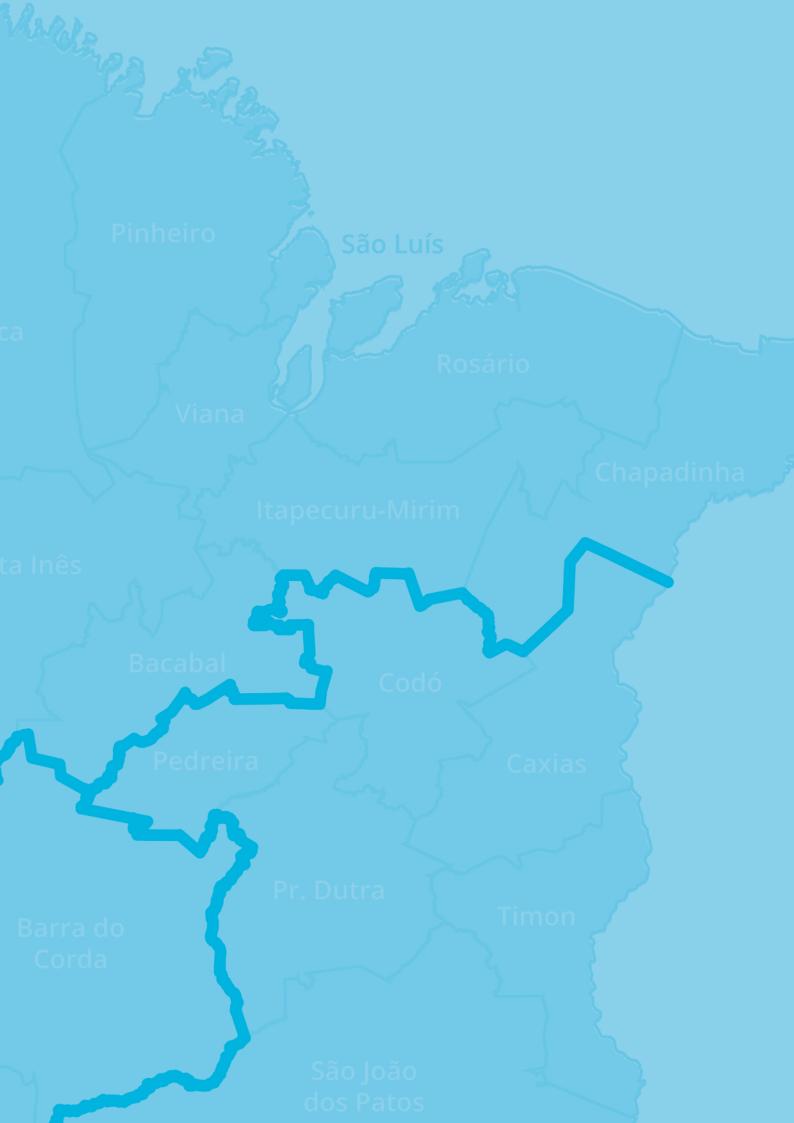
SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN. **Censo 2021**: Total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano. São Paulo, 2022. Disponível em: https://www.sbn.org.br/fileadmin/user\_upload/2022\_noticias/censo\_para\_IMPRENSA.pdf. Acesso em: 26 set. 2022.

SWINBURN, Boyd A. *et al.* The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: the lancet commission report. **The Lancet**, [S.L.], v. 393, n. 10173, p. 791-846, fev. 2019. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32822-8/fulltext. Acesso em: 26 set. 2022.

WORD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854). Disponível em: https://apps. who.int/iris/handle/10665/37003. Acesso em: 26 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. Genebra, 2000. (Who Technical Report Series, n. 894) Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330. Acesso em: 26 set. 2022.

ZHOU, Yue *et al.* Comorbidities and the risk of severe or fatal outcomes associated with coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. **International Journal Of Infectious Diseases**, [S.L.], v. 99, p. 47-56, out. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32721533/. Acesso em: 26 set. 2022.





# A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Maranhão

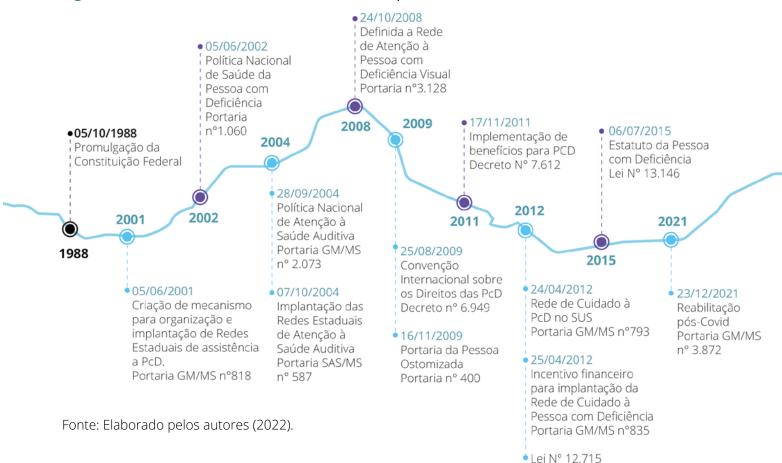
Dilza Neri Correia Gustavo Emmanuel Costa Josane Soares Pinto Melo Luana Sarmento Campos Paiva Maria do Socorro Castro Melissa Costa Sardinha Nelbe Maria de Amorim De Souza

### INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO

A Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPD) busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS). Além de promover cuidados em saúde, especialmente dos trabalhos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, a RCPD busca também desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.

A luta para conscientizar a sociedade em relação à situação em que se encontravam as pessoas com deficiências se deu por volta de 1981, sendo a situação trazida para discursão, deixando de ser oculta diante da sociedade e do poder público. A promulgação da Constituição Federal em 1988 contempla os direitos das pessoas com deficiência com os princípios constitucionais, especialmente o da dignidade da pessoa humana e o da promoção do bem de todos, sem preconceito.

Figura 1 - RCPD – Marcos normativos da rede de pessoa com deficiência.



À luz da Constituição Federal, são elaboradas todas as demais legislações de âmbito nacional, estadual e municipal voltadas a pessoa com deficiência promulgada desde então. Vale destacar, que com o passar dos anos, houve grande avanço na legislação nacional sobre este tema e com a participação direta das próprias pessoas com deficiências passando a exigir direitos civis, políticos, sociais e econômicos.

Com a criação do Estatuto da Pessoa com Deficiência, no ano de 2015, por meio da Lei nº 13.146/2015, o principal objetivo é assegurar a proteção da dignidade da pessoa com deficiência, com novidades quanto à capacidade civil e estabelecendo diversos direitos, tornando-se marco histórico para esse público. Antes da promulgação da Lei nº 13.146/2015, foi instituída em 2012 a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS através da publicação da Portaria Ministerial nº 793 de 24 de abril de 2012 com o objetivo de implantar e ampliar estratégias de cuidado integral e humanizado, centrado nas necessidades das pessoas com deficiência por meio de uma assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.

A assistência integral dentro da RCPD acontece nos três níveis de atenção, básica, especializada e hospitalar e de urgência e emergência (figura 2), onde deve haver uma articulação e integração entre eles, conforme descrito no parágrafo único do artigo do Art. 11 do Capítulo II da Portaria Ministerial nº 793 de 24 de abril de 2012:

Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários (BRASIL, 2012).

Segundo esta portaria, para acontecer o cuidado com equidade é necessária a garantia da acessibilidade, da comunicação entre os níveis de atenção e entre os gestores, profissionais, usuário e família da unidade; da comunicação na transversalidade das políticas, uma vez que o sujeito é um ser biopsicossocial e necessita como complemento da reabilitação a inclusão educacional, social, laboral; o manejo clínico efetivo e eficiente; medidas de prevenção da perda funcional; de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; além de medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual.

A RCPD conforme sua organização envolvendo os componentes da atenção básica, atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar até a urgência e emergência, apresentam estruturas que devem estar articuladas e conectadas em rede, conforme descritas na figura 2.

Figura 2 - Estruturas dos Componentes de Atenção da RCPD.

#### ATENÇÃO BÁSICA

- Unidades Básicas de Saúde;
- Atenção odontológica

#### ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELECTUAL, VISUAL, OSTOMIA E EM MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS

- Centros Especializados em Reabilitação (CER);
- Estabelecimentos de Saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação;
- Oficinas ortopédicas;
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

## ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

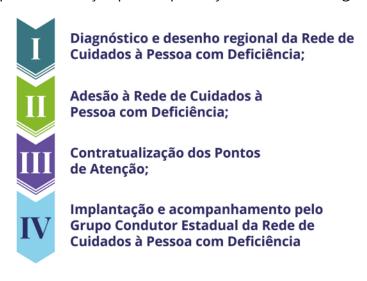
- Leitos de cuidados prolongados;
- Centros cirúrgicos qualificados para a Atenção Odontológica à Pessoa com Deficiência.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Brasil (2013).

A elaboração de políticas públicas para pessoas com deficiência e a sua implementação conferem um lapso temporal e metodológico com abordagens diferentes, análises e ajustes constantes do processo de implantação em virtude de variáveis determinantes como as necessidades de saúde da região, a cultura, o financiamento tripartite e a gestão pública que muitas vezes se torna equivocada em função da rotatividade de gestores por questões partidárias, dificultando o andamento no processo de implantação de tais políticas (WINTER, 2006).

A operacionalização da implantação da RCPD conforme o Art. 5º da Portaria GM/MS nº 793 de 24 de setembro de 2012 se dará por meio de 04 fases a saber, apresentadas na figura 3:

Figura 3 - Fases da operacionalização para implantação da RCPD na Região de Saúde.



Fonte: Brasil (2012).

A construção do diagnóstico (análise da situação de saúde) e do desenho regional da RCPD consiste em propostas de construção, reformas e adequações, aquisição de equipamentos e habilitações de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e de oficinas ortopédicas, além da apresentação dos fluxos de acesso e as referências e contra referências dos equipamentos de saúde da atenção básica, especializada e de alta complexidade, são de responsabilidade da Comissão Intergestores Regional (CIR) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio das Secretarias de Saúde estaduais, considerando as necessidades das pessoas com deficiência.

A pactuação do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e da proposta de Plano de Ação Regional (PAR) é uma condição precedente que acontecerá, a princípio, na Comissão Intergestores Regional (CIR) e após a análise do grupo Condutor Estadual, será encaminhado para a apreciação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com a programação da atenção à saúde das pessoas com deficiência, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Só após a resolução da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) que o Plano de Ação Regional (PAR) será encaminhado para a Coordenação Geral da Saúde da Pessoa com deficiência do Ministério da Saúde para aprovação, planejamento e execução das propostas dos PARs.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012, o Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, é coordenado pela Secretaria de Saúde estadual ou distrital, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), com apoio institucional do Ministério da Saúde; e tem como atribuições: mobilizar os dirigentes do SUS em cada fase; coordenar e apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação

da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Ainda, compete ao Grupo Condutor Estadual a implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência e o acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. O cumprimento das metas relacionadas às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência será acompanhado de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais.

A implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se dará por meio da construção dos PARs, contratualização dos pontos de atenção, financiamento, monitoramento e avaliação, sendo de responsabilidade dos 3 entes federativos: União, Estado e Municípios, cada um com suas participações definidas pelas Portarias Ministeriais nº 793 de 24 de abril de 2012 e nº 835 de 25 de abril de 2012.

Figura 4 - Competências dos entes federados.



Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

## PERFIL DE ATENDIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

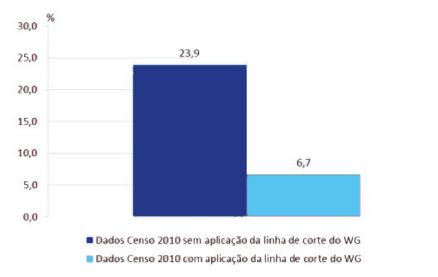
O banco de dados oficial no qual norteia a RCPD com informações referentes à pessoa com deficiência é o Censo, produzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O Censo de 2010 é o utilizado como referência para extrair informações para orientar as tomadas de decisões bem como para identificar a necessidade de estabelecer e definir políticas públicas para pessoas com deficiência. Neste censo, foi adotado como marco conceitual para investigação das pessoas com deficiência, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001. Dessa forma, o IBGE incorporou ao conceito de deficiência como produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras sociais e ambientais, assim como também a

No Censo de 2010, a identificação de pessoas com deficiência foi baseada na estratificação de 3 opções de resposta: Alguma dificuldade/ Muita dificuldade/ Não consegue de modo algum, onde os informantes, apontavam pelo menos uma das deficiências investigadas dentre as referidas opções sobre os moradores dos domicílios. Porém, em 2018 foi publicada pelo IBGE a Nota Técnica nº 01/2018 a qual faz uma releitura deste Censo de 2010 a partir da aplicação da linha de corte conforme recomendação do Grupo de Washington (GW).

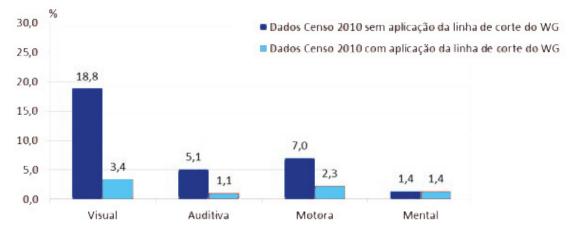
A recomendação do GW foi no sentido de readequar o Censo de 2010 às discussões internacionais e às mudanças na concepção da deficiência, a qual vem sofrendo modificações ao longo do tempo. Neste sentido e, com base na referida Nota Técnica nº 01/2018, passou-se a considerar pessoas com deficiência, as que possuem muitas dificuldades e as que não conseguem de modo algum realizar suas atividades funcionais, reduzindo o percentual de pessoas com deficiência no Brasil de 23,9% (45.606.048 de brasileiros), para 6,7% (12.748.663 de brasileiros), população esta, constituída como o principal alvo das políticas públicas voltadas para pessoas com deficiência (IBGE, 2018).

**Gráfico 1** – Proporção de pessoas com deficiência, com e sem aplicação da linha de corte recomendada pelo Grupo de Washington – Brasil – 2010.



Fonte: IBGE (2018).

**Gráfico 2** – Proporção de pessoas com deficiência, com e sem aplicação da linha de corte do WG, por tipo de deficiência – Brasil – 2010.

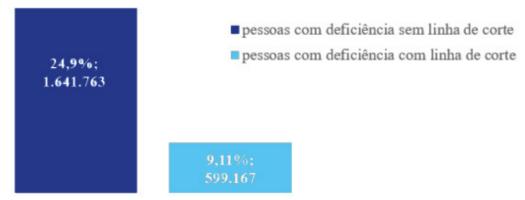


Fonte: IBGE (2018).

Diante dessa readequação oriunda Nota Técnica já referida, observa-se que no Estado do Maranhão, seguem as mesmas tendências que o Brasil, com queda dos números de pessoas com deficiência em relação ao Censo de 2010 sem o ponto de corte, porém, com um percentual geral de pessoas com deficiência maior que o do Brasil.

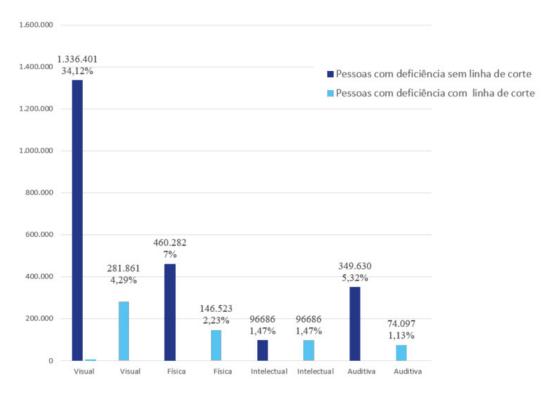
Observa-se também que o número de pessoas com deficiência visual é maior tanto no geral do Brasil quanto no Maranhão e ao comparar o número de pessoas com deficiência visual com e sem aplicação da linha de corte, há uma imensa queda em virtude de que as pessoas que usavam óculos se consideraram pessoas com alguma deficiência, porém ao se aplicar o ponto de corte sugerido pelo GW, ficaram apenas as pessoas com muita dificuldade e as que não conseguem de modo algum, reduzindo este número.

**Gráfico 3 -** Proporção de pessoas com deficiência no Maranhão, com e sem a linha de corte recomendada pelo Grupo de Whashington - 2010.



Fonte: Elaborado pelos autores com base em IBGE (2018).

**Gráfico 4** - Proporção de pessoas com deficiência no Maranhão por tipo de deficiência, com e sem a linha de corte recomendada pelo Grupo de Whashington – 2010.



Fonte: Elaborado pelos autores com base em IBGE (2018).

Desde 2010, a população brasileira com deficiência ultrapassou 45,5 milhões de pessoas. Para garantir atenção integral às pessoas com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, em nível da Atenção Especializada em Reabilitação foram criados e ampliados os Centros Especializados em Reabilitação em todo país.

A RCPD atende pessoas com deficiências físicas, mentais, auditivas, visuais, múltiplas deficiências, ostomizados, deficientes temporários (por motivos de acidentes ou LER/DORT e etc.) deficiências crônicas, deficiências de origem genética e etc;

Tendo como público alvo homens e mulheres de todas as idades desde o nascimento até a terceira idade.

Com base na pesquisa do IBGE 2010, é possível afirmar que a pessoa com deficiência no Brasil, tem um perfil representado por: mulher, negra, idosa, nascida no Nordeste ou Norte, com baixa ou nenhuma escolaridade e oportunidades limitadas de emprego. No Maranhão, o perfil epidemiológico não foge a do cenário do nacional, com as mesmas características citadas acima (IBGE, 2018; ©2022).

No Maranhão, há entidades governamentais que incentivam, apoiam e cobram políticas públicas para as pessoas com deficiência para fomentar a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, dentre elas podemos elencas:

- a) O Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CEPD) criado através da Lei nº. 8.360 de 29 de dezembro de 2005. Órgão colegiado de caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e normativo das políticas públicas, vinculado à Secretaria de Estado de Direitos Humanos e Participação Popular (SEDIHPOP), que tem por finalidade a implantação, implementação e defesa dos direitos das pessoas com deficiência. O CEPD é composto por 20 conselheiros titulares e 20 conselheiros suplentes entre representação governamental 85 e não governamental.
- b) A Secretaria Municipal Extraordinária da Pessoa com Deficiência (SEMEPED) criada pela Lei Municipal nº 6.879, de 12 de janeiro de 2021, tem como finalidade articular, planejar, coordenar, supervisionar, avaliar e fiscalizar a execução das políticas públicas municipais relacionadas à pessoa com deficiência executadas intersetorialmente, bem como implementar a Política Municipal de Direitos Humanos da Pessoa com Deficiência.
- c) Fórum Maranhense das Entidades de Pessoas com Deficiência e Patologia;
- d) Conselhos Municipais dos Direitos da Pessoa com Deficiência;
- e) Associações de pessoas com deficiência entre outras.

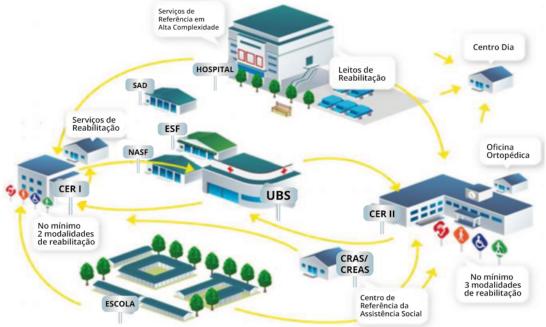
## APRESENTAÇÃO DA RAS, ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA REDE

A Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, ao longo de seus 10 anos de existência no Brasil, tem se apresentado como marco histórico na vida das pessoas com deficiência e, o Maranhão tem seguido com esta mesma perspectiva, e a partir de 2015 iniciaram as atividades de apresentação e sensibilização dos gestores municipais em visitas in loco, nas reuniões de Comissão Intergestores Regional (CIR) sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Em 2017, foi realizado um Seminário Estadual no Maranhão com gestores de todas as 19 Regiões de Saúde e os grupos condutores das 5 Redes Temáticas com o propósito de construção dos Planos de Ação Regional (PAR).

Como produto deste Seminário 11 (onze) Planos de Ação Regional (PAR) foram construídos e encaminhados ao Ministério da Saúde para planejamento e execução das propostas culminando em 7 (sete) habilitações de CER II e III nas regiões de São Luís, Imperatriz, Caxias, Timon, Barra do Corda e Balsas, construção de 1 (uma) oficina ortopédica em Timon com execução de 80% da obra e liberação de recursos para construções de uma oficina ortopédica em Imperatriz e para 04 (quatro) CER's IV nos municípios de Imperatriz, Tuntum, Açailândia e Barra do Corda (em processos de execução das fases para recebimento do recurso); também foram destinados pelo Ministério da Saúde para os CERs habilitados com o propósito de facilitar o translado e acesso de pessoas com deficiência para os centros de reabilitação, transportes sanitários adaptados, além de recursos financeiros para aquisição de equipamentos para centros de reabilitação.

Figura 5 - Componentes de Atenção da RCPD.



Fonte: Brasil (2019).

Em 2019, foram iniciados os trabalhos do Planejamento Regional Integrado (PRI) instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) com base na Resolução N° 64/2018 CIB/MA de 25 de maio de 2018.

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é uma estratégia com fins de promover articulação entre as esferas federativas das prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre gestores de saúde de uma determinada Região de Saúde, visando à integração da organização sistêmica do SUS para a garantia do acesso e a integralidade da atenção (BRASIL, 2016).

Ouadro 1 - Estrutura da RCPD no Maranhão (habilitada e não habilitada).

ANO	Instituição / Região / Município
2013	<b>68 APAEs do Estado</b> , localizadas em 68 municípios, incluindo São Luís, Imperatriz, Viana, Balsas, Barreirinhas, Barra do Corda. Coelho Neto, Pedreiras, Vargem Grande, Tutóia, Zé Doca, Humberto de Campos, entre outros (Macrorregião Norte, Leste e Sul)

ANO	Instituição / Região / Município
2014	<b>68 APAEs do Estado</b> , localizadas em 68 municípios, incluindo São Luís, Imperatriz, Viana, Balsas, Barreirinhas, Barra do Corda. Coelho Neto, Pedreiras, Vargem Grande, Tutóia, Zé Doca, Humberto de Campos, entre outros (Macrorregião Norte, Leste e Sul)
2015	CER III do Olho D'água (Reabilitação física, intelectual e visual) Município: São Luís, Região 1 São Luís, Macrorregião Norte
	CER III – APAE de São Luís (Reabilitação física, intelectual e visual) Município: São Luís, Região 1 São Luís, Macrorregião Norte;
	CER III – APAE de Caxias (Reabilitação física, intelectual e visual) Município: São Luís, Região 4 São Luís, Macrorregião Leste;
2016	Centro de Referência em Neurodesenvolvimento, Assistência e Reabilitação de Crianças NINARI Município: São Luís, Região 1, Macrorregião Norte;
	Casa de Apoio NINAR Município: São Luís, Região 1, Macrorregião Norte
	CER II – Centro de Reabilitação Maria do Carmo Neiva (Reabilitação física e intelectual) Município: Timon, Região 17 Timon, Macrorregião Leste;
2017	CER II – Centro de Reabilitação de Grajaú Itamar Dantas (Reabilitação física e intelectual) Município: Grajaú, Região 5 Barra do Corda, Macrorregião Sul;
	CER II – APAE de Imperatriz (Reabilitação física e intelectual) Município Imperatriz, Região 9 Imperatriz, Macrorregião Sul
2018	CER II – Centro de Reabilitação Física de Balsas (Reabilitação física e intelectual) Município: Balsas, Região 6 Balsas, Macrorregião Sul
2019	CER III da Cidade Operária (Reabilitação física, intelectual e auditiva) Município: São Luís, Região 1 São Luís, Macrorregião Norte
2020	Shopping da Criança (Atendimento infanto juvenil ao deficiente físico, intelectual e auditiva e família) Município: São Luís, Região 1 São Luís, Macrorregião Norte
2021	Shopping da Criança (Atendimento para crianças com deficiência física, intelectual e auditiva) Município: Bacabal, Região 3 Bacabal, Macrorregião Norte
2022	Centro Especializado ao Atendimento do Adolescente e Adulto com TEA (TEA 12+) Município: São Luís, Região 1 São Luís, Macrorregião Norte;
2022	Policlínica do Coroadinho (Referência para o cuidado das pessoas com fibromialgia) Município: São Luís, Região 1 São Luís, Macrorregião Norte
2019	CER II – APAE de Imperatriz (Reabilitação física e intelectual) Município Imperatriz, Região 9 Imperatriz, Macrorregião Sul  CER II – Centro de Reabilitação Física de Balsas (Reabilitação física e intelectual) Município: Balsas, Região 6 Balsas, Macrorregião Sul  CER III da Cidade Operária (Reabilitação física, intelectual e auditiva) Município: São Luís, Região 1 São Luís, Macrorregião Norte  Shopping da Criança (Atendimento infanto juvenil ao deficiente físico, intelectual e auditiva e família) Município: São Luís, Região 1 São Luís, Macrorregião Norte  Shopping da Criança (Atendimento para crianças com deficiência física, intelectual e auditiva) Município: Bacabal, Região 3 Bacabal, Macrorregião Norte  Centro Especializado ao Atendimento do Adolescente e Adulto com TEA (TEA 12+) Município: São Luís, Região 1 São Luís, Macrorregião Norte; Policlínica do Coroadinho (Referência para o cuidado das pessoas com fibromialgia

Fonte: SES/MA (2022).

No que tange os serviços de reabilitação voltados ao tipo de deficiência e o segmento do cuidado a esse público, distribuído nas macrorregiões de saúde, visando atender o maior número de pessoas, respeitando as especificidades de cada região e as suas necessidades, o estado en-

contra-se presente com serviços implantados nas 03 (três) macrorregiões de saúde Norte, Sul e Leste, representados na figura 6 e Mapa 1 (na página ao lado).

Figura 6 - Distribuição de serviços da RCPD nas macrorregiões de Saúde do Maranhão.



Fonte: SES-MA (2022).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando a importância dessa rede que pretende garantir o acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar e promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, inclusive ampliando a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), é necessária uma avaliação cuidadosa das políticas e portarias em vigor atualmente (principalmente da Política Nacional em Genética Clínica; da portaria da Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares, das diretrizes para a Atenção as Pessoas Ostomizadas, a Pessoas com Deficiência Visual, a Política de Atenção à Saúde Auditiva), notoriamente nos aspectos relativos aos custos e financiamento da rede.

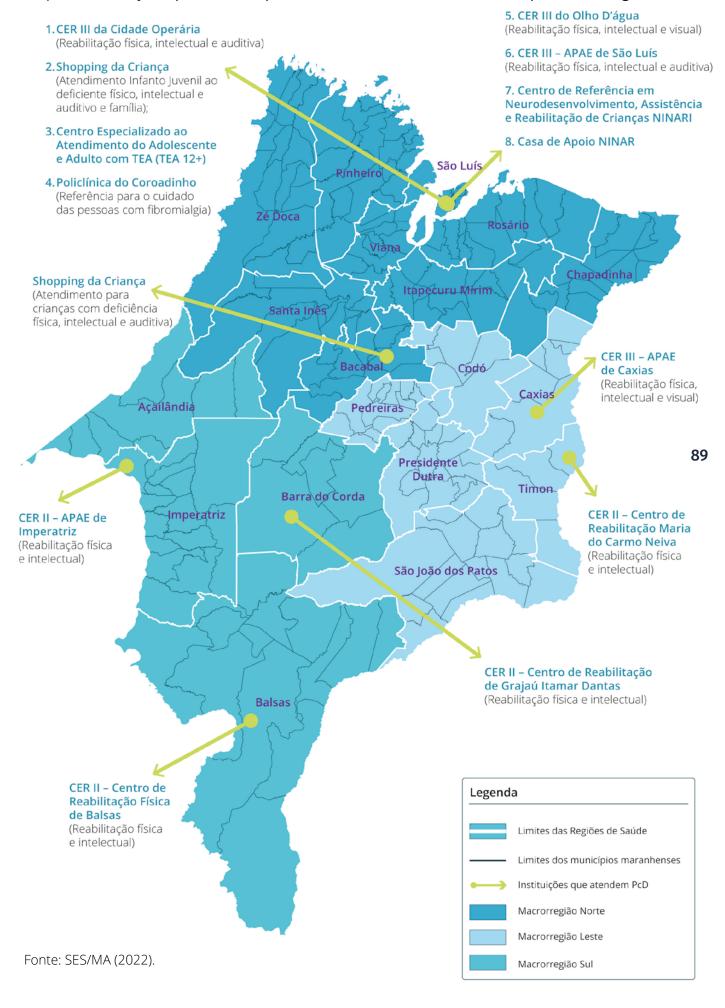
No Maranhão, a RCPD vem, ao longo dos anos, consolidando- se de forma a assegurar o acesso aos serviços, diagnósticos e seguimentos do cuidado, haja vista que proporciona serviços habilitados junto ao MS, assim como serviços não habilitados com escopo na melhoria da qualidade de vida e dignidade desta população.

Considerando o exposto, observa-se a necessidade, tanto a nível nacional quanto Estadual de ampliação e implementação da política de Atenção a Pessoa com Deficiência a qual ainda se encontra em processo de construção. Porém, há uma perspectiva de celeridade na ampliação da Rede da Pessoas com Deficiência, igualmente como todas as Redes de Atenção à Saúde, inclusive, ocasionado também pelo impacto da Pandemia da Covid-19, não só no comprometimento a assistência à saúde das pessoas já assistidas, mas, uma alta na demanda, devido a sequelas ocasionada pelo vírus.

"Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade".

(Art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos - 1948).

Mapa 1 - Instituições que atendem pessoas com deficiência no Maranhão por macrorregião.



### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

90

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/Constituiçao.htm. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Minsitério da Saúde. **Portaria Nº 818, de 05 de junho de 2001**. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818\_05\_06\_2001.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Minsitério da Saúde. **Portaria Nº 1060, de 5 de junho de 2002**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\_05\_06\_2002.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Minsitério da Saúde. **Portaria Nº 2.073, de 28 de setembro de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073\_28\_09\_2004.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Minsitério da Saúde. **Portaria Nº 587, de 07 de outubro de 2004**. Implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587\_07\_10\_2004.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Minsitério da Saúde. **Portaria Nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008.** Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128\_24\_12\_2008.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 400, de 16 de novembro de 2009.** Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção àSaúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400\_16\_11\_2009.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil 03/ ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\_24\_04\_2012.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 835, de 25 de abril de 2012.** Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835\_25\_04\_2012.html. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. **Lei Nº 12.715, de 17 de setembro de 2012.** Institui o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência - PRONAS/PCD. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil 03/ ato2011-2014/2012/lei/l12715.htm. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a rede de cuidados à pessoa com deficiência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/rede\_cuidado pessoa com deficiencia.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. **Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://www.

planalto.gov.br/ccivil\_03/\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS.** 1. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Série Articulação Interfederativa; v. 4). Disponível em: https://bvsms.saude. gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\_interfederativa\_v4\_manual\_planejamento\_atual.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Política Nacional de Humanização do SUS. **Webnário 3 – Linhas de Cuidado e Cartografia – Gilberto Scarazatti.** Brasíli, DF, 2019. Disponível em: https://redehumanizasus.net/webnario-3-linhas-de-cuidado-e-cartografia-gilberto-scarazatti/. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. **Portaria GM/MS N° 3.872, de 23 de dezembro de 2021.** Inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-3-872/. Acesso em: 12 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010. Nota técnica 01/2018.** Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\_Demografico\_2010/metodologia/notas\_tecnicas/nota\_tecnica\_2018\_01\_censo2010.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.

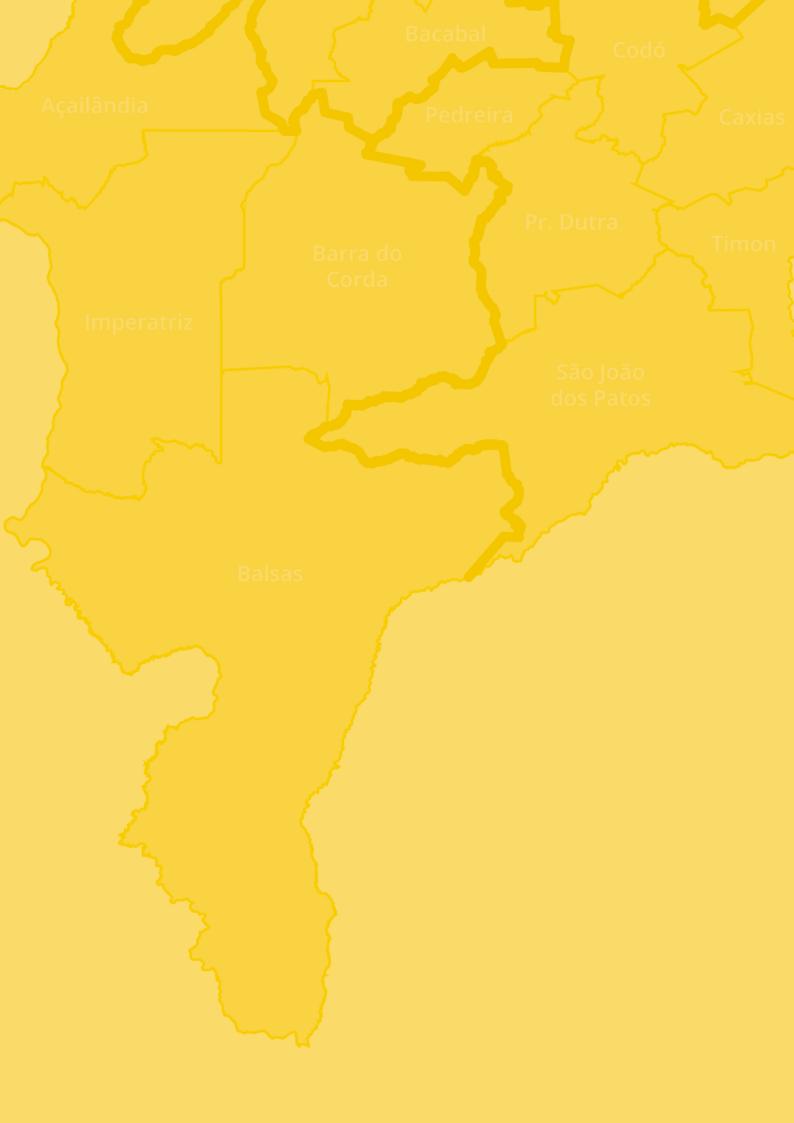
INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pessoas com Deficiência e as Desigualdades Sociais no Brasil. **Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 47, ©**2022**. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101964\_informativo.pdf. Acesso em: 12 set. 2022.

MARANHÃO (Estado). **Lei Nº 8.360 de 29 de dezembro de 2005.** Cria o Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência, estabelece sua composição e atribuições, e dá outras providências. São Luís, 2005.

MARANHÃO (Estado). Poder Executivo. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº. 64/2018 - CIB/MA, de 25 de maio de 2018. Dispõe sobre o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado e a Organização de Macrorregiões de Saúde do Estado do Maranhão. **Diário Oficial do Estado**, São Luís, ano CXII, n. 120, p. 50, 28 jun., 2018. https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/Resolu%C3%A7%C3%A3o\_CIBMA\_n%C2%BA\_64\_de\_25\_de\_maio\_de\_2018. pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.

SÃO LUÍS (MA). Secretaria Municipal Extraordinária da Pessoa com Deficiência – SEMEPED. **Lei Municipal nº 6.879, de 12 de janeiro de 2021**. Tem como missão: articular, planejar, coordenar, supervisionar, avaliar e fiscalizar a execução das políticas públicas municipais relacionadas à pessoa com deficiência executadas intersetorialmente, bem como implementar a Política Municipal de Direitos Humanos da Pessoa com Deficiência. São Luís, 2021. Disponível em: https://saoluis.ma.gov.br/semeped/conteudo/3260. Acesso em: 12 abr. 2020.

WINTER, S. C. Implementation. *In:* PETERS, B. G. e PIERRE, J. (Ed.). **Handbook of public Policy.** London: Sage Publications, 2006. p. 151-166.





## A Rede de Atenção Psicossocial no Maranhão

Danusa Ribeiro dos Santos Kércia Leite de Amorim Paula Ramos Almeida Penha Raissy de Oliveira e Costa Thalita Dutra de Abreu

## INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO

A construção da Política Nacional de Saúde Mental se deu mediante processos de discussões e de movimentos sociais intensos. A Reforma Psiquiátrica Brasileira se confundiu com o movimento da Reforma Sanitária na década de 70, buscando a defesa do cuidado na lógica da saúde coletiva e buscando a gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo a mudança do paradigma psiquiátrico passando da lógica manicomial para um modelo substitutivo ao hospitalocêntrico (BARROS; BICHAFF, 2008).

Em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, formado por diferentes atores, iniciou a luta por uma sociedade sem manicômios, denunciando as práticas violentas e excludentes no modelo manicomial, e, paralelamente construiu propostas de um modelo crítico à assistência vigente, que não era pautada no sujeito na sua singularidade e integralidade. A luta antimanicomial busca garantir um cuidado em liberdade, pautado no acolhimento, na subjetividade do sujeito, considerando as particularidades de cada individuo, incluindo aqueles com longo histórico de internação psiquiátrica, com ruptura parcial ou total de vínculos familiares, afetivos, sociais (BARROS; BICHAFF, 2008).

Contudo, o movimento da Reforma Psiquiátrica tem suas peculiaridades, uma vez que lida com questões estigmatizantes e excludentes, que fortalecem o isolamento dos usuários de todos os seus vínculos sociais e familiares. Ainda, o movimento propõe uma mudança significativa na qualidade dos serviços e da gestão ao cuidado.

O foco inicial foi a mudança do modelo assistencial, centrado na desinstitucionalização, mas não de forma reducionista, com o simples fechamento de leitos psiquiátricos, mas com uma mudança na visão de mundo e nas práticas assistenciais ora excludentes, para uma prática inclusiva (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Assim, a Política Nacional de Saúde Mental, neste momento, surge com o objetivo de ampliar e consolidar a rede de atenção em Saúde Mental numa perspectiva universal, equânime, de base comunitária e territorial, com a implantação de dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

A Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, de autoria do Deputado Paulo Delgado, propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a redução progressiva dos leitos de internação de longa permanência através da criação de dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. Porém, tal projeto de lei somente foi sancionado após 12 anos de sua proposição, originando a Lei nº 10.216/2001, destacando-se por ditar sobre o redirecionamento da assistência em saúde mental, tendo como preceito o atendimento em uma base comunitária, bem como a valorização e a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Neste processo, surgem inúmeras legislações que visam regulamentar esse novo modelo assistencial, incluindo a criação de novos dispositivos de atenção e o processo de desinstitucionalização, entre estas se destacam as publicações das portarias GM/MS nº 224/1992, que institui

os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), GM/MS nº 106/2000 que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos e a GM/MS 336/2002, que dispõe sobre as equipes mínimas e os tipos de CAPS (BARROS; BICHAFF, 2008).

Os CAPS foram criados para serem dispositivos de referência no cuidado em Saúde Mental, contudo, isoladamente não são resolutivos na proposta de cuidado integral. Estes serviços são especializados e destinados a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, deixando uma lacuna assistencial para pessoas que possuem transtornos mentais leves ou moderados.

Desta forma, fez- se necessária a discussão do cuidado na perspectiva da clínica ampliada e na lógica de rede, considerando, inclusive, a intersetorialidade no processo de assistência integral ao usuário, com foco na prevenção de agravos e de promoção da saúde, considerando que o cuidado em saúde mental perpassa por um olhar biopsicossocial e numa perspectiva de transversalidade.

Com a instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), através da Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ganha maior visibilidade e relevância, favorecendo a articulação dos diversos pontos de atenção que compõem a RAPS. A implantação das RAS deve ser sistematizada, inter-relacionada e coparticipativa. Pontos de Atenção, de maneira isolada, não são resolutivos (ANDRADE; LIMA, 2021). Esta mesma premissa é válida na perspectiva de funcionamento da RAPS, que precisa da articulação de diversos atores, pontos de atenção, das demais Redes de Atenção e da intersetorialidade.

A Portaria GM/MS 3.088 de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ampliando os dispositivos de cuidado em Saúde Mental. Contudo, com a Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, ela foi revogada. Atualmente há a Portaria GM/MS 3.588 de 21 de dezembro de 2017, que altera as portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, dispondo sobre a Rede de Atenção Psicossocial.

Os objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial são a ampliação do acesso ao cuidado psicossocial à população em geral, bem como àquelas pessoas com sofrimento ou transtorno mental com ou sem necessidades decorrente do uso de álcool e outras drogas, e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de Saúde no território, com foco no cuidado humanizado, contínuo e com acolhimento, incluindo atenção às urgências (BRASIL, 2017b).

No Maranhão, alguns marcos podem ser citados nessa mudança de paradigma, sendo um dos principais a realização do Censo Psicossocial no Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues, cujo objetivo foi avaliar a situação dos usuários que viviam na antiga "Pensão Protegida" visando a desinstitucionalização, através da (re)construção dos vínculos familiares ou inserção nos Serviços Residenciais Terapêuticos. Na oportunidade, foram criadas 3 Residências Terapêuticas para absorver estes moradores. Foram criados CAPS de gestão estadual para reduzir lacunas assistenciais e ampliar o acesso da população.

Os primeiros serviços substitutivos habilitados no Estado do Maranhão foram nos municípios Parnarama, Poção de Pedras e Timon. Ainda foram realizadas ações de sensibilização das gestões municipais para ampliação de seus Centros de Atenção Psicossocial, havendo um aumento significativo de serviços entre os anos de 2005 a 2008, totalizando, na época, 52 serviços.

## PERFIL DE ATENDIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Considerando a perspectiva da transversalidade da RAPS e dos mais diversos pontos de atenção nos diferentes níveis de complexidade, o público a ser assistido por esta rede é todo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que tange a prevenção de agravos.

Os transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias são comuns em âmbito mundial, nacional e regional, afetando todas as comunidades, grupos etários, étnicos. Conforme o índice *Disability-adjust Life Years* (DALY), entre 12 e 15% da carga global de doenças é atribuída a es-

tes transtornos, onde, boa parte da população em sofrimento psíquico, especialmente em países de baixa renda, não tem acesso a cuidado em serviços de saúde mental (ANDRADE; LIMA, 2021).

O Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial da Saúde, afirma que os transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas possuem uma elevada prevalência e são responsáveis por uma grande carga de doença e incapacidade em todo o mundo, considerando que 1 em cada 10 pessoas tem algum transtorno mental (OPAS, 2018).

Uma outra estimativa importante é que aproximadamente 20% da população geral irá desenvolver algum transtorno mental. Deste universo, pelo menos 80% poderá desenvolver um transtorno mental leve e permanecerão sob cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS). Já 17% deste público apresentará um quadro moderado, devendo ser ofertado o cuidado pelas Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental (EMAESM) e 3% desta população apresentará um transtorno mental severo, devendo ser acompanhadas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros dispositivos especializados (ANDRADE; LIMA, 2021).

De acordo com a estimativa realizada pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) em 2021, a população do Maranhão é de 7.153.262 de pessoas. Considerando o estudo supracitado, estima-se que cerca de 1.430.652 pessoas, aproximadamente, terão algum transtorno mental. Desta população, 1.144.521 pessoas poderão ter a continuidade do cuidado na APS, por se tratar de transtorno mental leve. Já 243.210 pessoas precisarão de um cuidado em um serviço especializado como a EMAESM, por se tratar de um transtorno mental moderado. Por fim, 42.919 pessoas serão acometidas por transtorno mental severo necessitando de um cuidado intensivo em um serviço especializado como os CAPS e outros dispositivos especializados que compõem a RAPS.

Pensando nestes dados e na necessidade de fortalecimento da Rede Estadual de Atenção Psicossocial, a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, através do Departamento de Atenção de Saúde Mental, está finalizando a construção da Política Estadual de Saúde Mental.

# APRESENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS), ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA REDE

A Rede de Atenção Psicossocial possui vários pontos de atenção, pensando nos diferentes atores, processos de trabalho e necessidades dos usuários do SUS. Desta forma, a RAPS é composta por:

- I. Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
  - a) Unidade Básica de Saúde:
    - 1. Equipes de Atenção Básica;
    - 2. Equipes de Atenção Básica para populações específicas:
- II. Equipe de Consultório na Rua;
- III. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.
- IV. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- V. Centros de Convivência e Cultura.
- VI. Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:
  - a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
  - b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas.

- VII. Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
  - a) SAMU 192;
  - b) Sala de Estabilização;
  - c) UPA 24 horas;
  - d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral;
  - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
- VIII. Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
  - a) Unidade de Acolhimento;
  - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.
- IX. Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
  - a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;
  - b) Hospital Psiquiátrico Especializado;
  - c) Hospital dia.
- X. Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:
- XI. Serviços Residenciais Terapêuticos.
- XII. Estratégias de Reabilitação Psicossocial:
- 96 XIII. Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (BRASIL, 2017a).

A Atenção Primária em Saúde como coordenadora das redes e ordenadora do cuidado em Saúde é peça fundamental na assistência em Saúde Mental. As equipes da Atenção primária precisam realizar a identificação do território, acolhimento, estratificação de risco e cuidado escalonado, sempre pensando no cuidado integral e no território, considerando caso a caso, com o foco no sujeito e na família. Caso haja necessidade de uma atenção especializada, o cuidado deverá ser compartilhado.

Ao se falar em Atenção Especializada na RAPS, tem-se os Centros de Atenção Psicossocial, que são dispositivos para atendimento dos transtornos mentais severos e persistentes. O seu funcionamento deve ser pautado em iniciativas de reabilitação da população atendida, em regime não intensivo, semi-intensivo e intensivo. A proposta deste dispositivo, na estratégia de cuidado, deve ser estruturada a partir do Projeto Terapêutico Singular, elaborado pela equipe, com a participação do usuário. Além disso, o cuidado deve ser sempre compartilhado com a Atenção Primária em Saúde (ANDRADE; LIMA, 2021).

Os CAPS diferem entre si pelos tipos, de acordo com o perfil de atendimento e critério populacional:

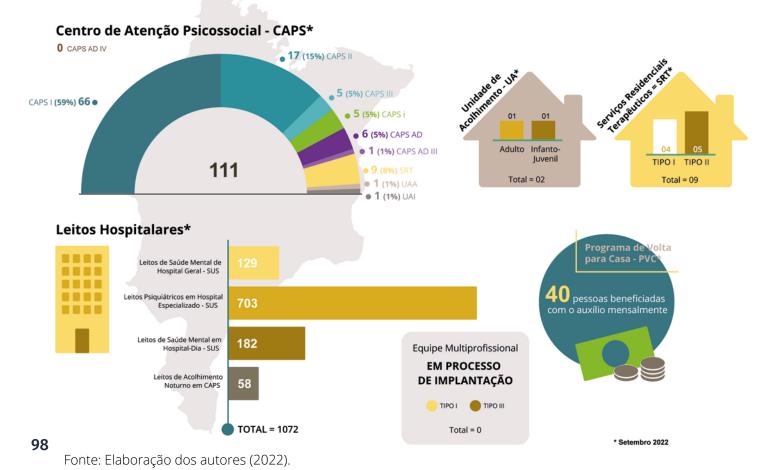
 CAPS I: atende pessoas de todas as idades e é indicado para municípios com população acima de 15.000 habitantes. Deve atender pessoas com sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, incluindo aqueles relacionados a álcool e outras drogas.

- CAPS II: é indicado para municípios e regiões que possuam população acima de 70.000 habitantes. Deve atender pessoas com sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, incluindo aqueles relacionados a álcool e outras drogas.
- CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes
- CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;
- CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.
- CAPS ad IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do
  uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas
  de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado, de forma
  a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender
  pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação (BRASIL, 2017a).

Dentro da Atenção Especializada, ainda existem as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM), que se trata de uma estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados, com objetivo de prestar um cuidado em saúde mental que responda a necessidade do usuário. A assistência será organizada a partir da atenção básica, que fará a estratificação de risco para determinar casos a serem referenciados e integrar-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2017b).

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Maranhão conta com 140 serviços especializados para atender casos de sofrimento mental e uso de álcool e outras drogas e 9 Serviços Residenciais terapêuticos. Dos serviços especializados e residências terapêuticas, 70 estão localizados na macro Norte (50%) que é composta por 09 regiões, 52 serviços na macro Leste (37,14%) composta por 06 regiões, e 27 serviços na macro Sul (19,28%) composta por 04 regiões de saúde.

Figura 1 – Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Maranhão.



1. A Macrorregião Norte conta com 70 serviços dispostos nos municípios de Bacabal (5), Chapadinha (3), Itapecuru-Mirim (5), Pinheiro (9), Rosário (8), Santa Inês (3), São Luís (25), Viana (8) e Zé Doca (4).

A distribuição quantitativa dos serviços no Maranhão se dá conforme a tabela abaixo:

- **2.** A Macrorregião Leste dispõe de 52 serviços nos seguintes municípios: Caxias (10), Codó (5), Pedreiras (11), Presidente Dutra (8), São João dos Patos (12) e Timon (6).
- 3. Na Macrorregião Sul há 27 serviços distribuídos nos municípios de Açailândia (5), Balsas (3), Barra do Corda (3) e Imperatriz (16).

	- 4	~ .				~
Iahai	2 1	- CANVICAC A	ממוובל מו	NADDES	nor N	lacrorrogiao
Iavei	a 1	- DELVICUS C	שמטוער	ועוכווומו	1111111	lacrorregião.

MACRO	Região	Caps I	Caps II	Caps III	Caps IJ	Caps AD	Caps ADIII	EMAESM	UAA	UAI	SRT	Ambula- tório	Hospital Psiquiá- trico
NORTE	Bacabal	2	1		1			1					
	Chapadinha	1	1					1					
	ltapecuru- -Mirim	4						1					
	Pinheiro	5	1					3					
	Rosário	6						2					
	Santa Inês	2	1										
	São Luís	2	3	1	1	2		5	1		7	2	1

	Viana	8											
	Zé Doca	1	1	1				1					
TOTAL	70 serviços	31	8	2	2	2	-	14	1	-	7	2	1

MACRO	Região	Caps I	Caps II	Caps III	Caps IJ		Caps ADIII	EMAESM	UAA	UAI	SRT	Ambula- tório	Hospital Psiquiá- trico
LESTE	Caxias	3		1	1	2		2			1		
	Codó	2	2							1			
	Pedreiras	5	1			1		3				1	
	Presidente Dutra	8											
	São João dos Patos	5		1			1	5					
	Timon	1	2		1	1		1					
TOTAL	52 serviços	24	5	2	2	4	1	11	-	1	1	1	-

MACRO	Região	Caps I	Caps II	Caps III	Caps IJ		Caps ADIII	EMAESM	UAA	UAI	SRT	Ambula- tório	Hospital Psiquiá- trico
SUL	Açailândia	1	2				1	1					
	Balsas	2		1									
	Barra do Corda	1	2										
	Imperatriz	5		1	1		2	5			1	1	
TOTAL	27 serviços	9	4	2	1	-	3	6	-	-	1	1	-

Fonte: Elaboração dos autores (2022).

#### **FLUXO DA RAPS**

Como já mencionado anteriormente, a RAPS é uma das Rede de Atenção que tem um viés na transversalidade. Com isso, o cuidado em saúde mental perpassa por todos os níveis de complexidade. E, entendendo que a Atenção Primária é ordenadora do cuidado, o primeiro contato do usuário com algum transtorno mental deve ser neste nível de complexidade.

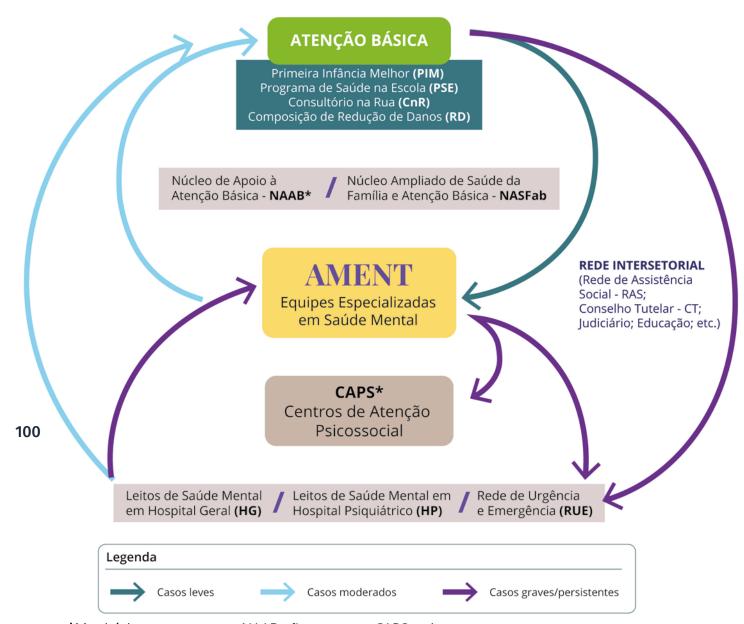
O cuidado do usuário deve se dar em seu território. Contudo, alguns usuários necessitarão de cuidado especializado, e, portanto, devem ser acionados outros pontos de atenção, como os CAPS e EMAESM. Vale ressaltar que os CAPS são considerados dispositivos de porta aberta. Usuários em crise, e que não se consegue a estabilização nos dispositivos especializados devem ser encaminhados aos serviços hospitalares.

Destaca-se que o cuidado é sempre compartilhado, onde as equipes da Atenção Primária precisam acompanhar, de forma contínua, a população adscrita de seu território.

# Diretrizes gerais de referenciamento/contrarreferenciamento dos casos de saúde mental e as Equipes Especializadas em Saúde Mental (AMENT)

Os fluxos de matriciamento e de encaminhamentos na rede de atenção à saúde mental e na rede intersetorial, conforme estratificação de risco, estão ilustrados na Figura 2.

Figura 2 - Fluxo de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial conforme estratificação de risco em saúde mental/atenção psicossocial.



\*Municípios que possuem NAAB não possuem CAPS e vice-versa.

Fonte: Rio Grande do Sul (2020).

# Publicações do Ministério da Saúde referentes a rede temática:

 Linhas de cuidado https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/todas-linhas

 Linha de Cuidado Depressão no adulto https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/depressao/





- Linha de Cuidado Transtornos de Ansiedade no adulto https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ansiedade/

 Linha de Cuidado Transtorno de Uso de Álcool no adulto https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ transtornos-por-uso-de-alcool-no-adulto/



 Linha de Cuidado Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/ transtorno-do-espectro-autista/



O Departamento de Atenção à Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Maranhão, está em fase de elaboração e revisão de alguns documentos norteadores do cuidado em saúde mental, porém a publicação de alguns foi apenas física e não por meio virtual ou on-line:

- Guia de Saúde Mental na Atenção Primária (em construção);
- Protocolo Clínico de Urgência e Emergência em Saúde Mental (em revisão);
- Nota Técnica de Matriciamento (publicada);
- Nota Técnica da EMAESM (em construção).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cuidado em saúde mental tira a centralidade do Hospital Psiquiátrico no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico para um cuidado em rede, composto por diversos serviços de base comunitária no SUS. A ideia de rede, de Rede de Atenção Psicossocial, conhecida como RAPS, busca superar o paradigma hospitalocêntrico e medicalizador dos manicômios, o qual não pode ser comemorado como superado com a derrubada concreta de seus muros. Tratando-se de um paradigma, a superação dele se dá todos os dias, inclusive nos serviços já comunitários. Não como um objetivo alcançável, palpável, mas como um cenário que necessita estar no pano de fundo e horizonte de nossas práticas, precavendo-nos dos abismos que residem entre o cuidado e controle (ANTONELLI; EMERICH, 2020).

A implementação do novo modelo de cuidado em saúde mental no Brasil tem demonstrado substanciais avanços e reconhecimentos, como: a inversão do gasto em saúde mental, com estímulo financeiro aos serviços substitutivos; o fechamento de leitos psiquiátricos dos hospitais monovalentes e a expansão dos serviços comunitários; o desenvolvimento de práticas de cuidado inovadoras; e a participação ativa dos usuários e a reinvindicação por direitos são algumas das transformações alcançadas.

Mesmo diante dos avanços transformadores, persistem ainda desafios para a efetivação do processo de desinstitucionalização e de consolidação dos cuidados em saúde mental em meio aberto. Dentre as principais dificuldades, destacamos a distribuição desigual dos serviços, o sub-

financiamento, a fragilidade na articulação intra e intersetorial, o estigma atribuído ao sujeito em sofrimento mental e as dificuldades de (re)inserção social.

Desde 2016, tem ocorrido significativa redução do financiamento e do ritmo de implantação dos novos serviços, decorrente da crise financeira e dos novos rumos da política nacional, de cunho neoliberal e conservador. A incorporação de ações e políticas de saúde mental, não embasadas em evidências científicas e em consensos internacionais incluindo os hospitais psiquiátricos e ambulatórios especializados a RAPS, aumentaram financiamento para internações psiquiátricas e comunidades terapêuticas e incentivaram dispositivos de internação de crianças e adolescentes. A nova realidade aponta para a desconfiguração das bases da Reforma Psiquiátrica brasileira e o risco de sucateamento dos serviços de base comunitária.

Apesar dos esforços, o desconhecimento acerca da atual situação do funcionamento da RAPS no país ainda é uma realidade. Mesmo com o avanço das publicações na área, existe ainda a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o debate nacional relacionado à interlocução entre os diversos pontos de atenção, visto que a disponibilidade e (des)articulação dos serviços impactam negativamente na atenção em saúde mental.

#### **REFERÊNCIAS**

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 195-204, fev. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/KtNyxpK5fpNhG3K5mXHy-89f/?lang=pt. Acesso em: 26 set. 2022.

ANDRADE, A. T.; LIMA, A. F. Ministério da Saúde. **Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde mental.** São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2021. Disponível em: https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/342/2021/09/notatecnica\_saude\_mental.pdf. Acesso em: 26 set. 2022.

ANTONELLI, J.; EMERICH, B. F. Entre o cuidado e o controle: reflexões sobre o cuidado em Saúde Mental. **Rev. Psicol. UNESP,** Assis, v. 19, n. spe, p. 206-219, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1984-90442020000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2022.

BARROS, S.; BICHAFF, R. (org.). **Desafios para a desinstitucionalização:** censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: Fundap: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **A Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\_23\_12\_2011\_rep.html. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\_03\_10\_2017.html. Acesso em: 15 set. 2022.

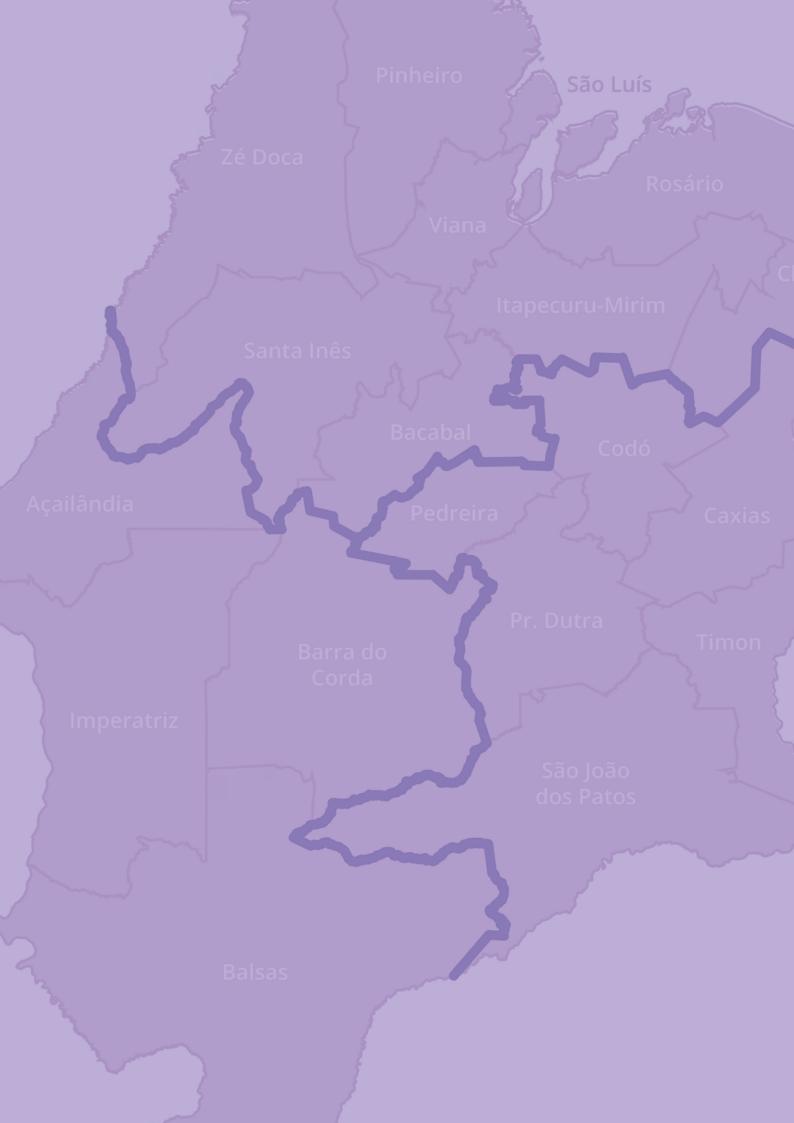
BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção

Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\_22\_12\_2017.html. Acesso em: 15 set. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Maranhão – população estimada 2021**. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama. Acesso em: 15 set. 2022.

ORGANZIAÇÃO PAN-AMAERICANO DE SAÚDE - OPAS. **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde.** Versão 2.0. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49096?locale-attribute=pt. Acesso em: 15 set. 2022.

RIO GRANDE DO SUL (Estado). Secretaria de Estado da Saúde Departamento de Ações em Saúde Coordenação Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Nota Técnica nº 01 de 15 de julho de 2020.** Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT). Rio Grande do Sul, 2020.





### A Rede de Atenção à Saúde Materno e Infantil no Maranhão

Ana Cleide Vieira Anna Clara Cavalcante de Carvalho Santos Cristiannete Guimarães Corrêa Morganne Arruda Gomes Vieira Nelma Pereira da Silva Tércia Silva Carvalho

#### INTRODUÇÃO/CONTEXTUALIZAÇÃO

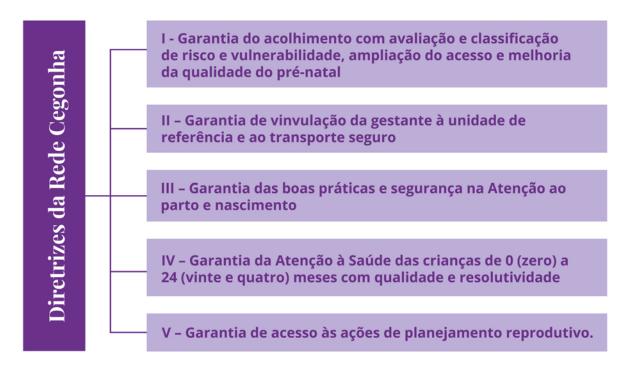
A literatura nacional e internacional conforme explicita Mendes (2011) tem demonstrado evidências, de que as organizações dos serviços de saúde em redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, além de reduzir os custos dos sistemas de saúde. No Brasil, observa-se um enorme esforço dos estados e municípios para implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Sendo assim, a implantação das Redes no país tem sido realizada na forma de redes temáticas, onde algumas linhas de cuidado têm sido priorizadas, uma vez que a concepção das RAS acolhe e redefine os novos modelos de atenção à saúde que estão sendo experimentados e que têm se mostrado efetivos e eficientes no controle das condições crônicas (CONASS, 2015).

Com as necessidades de reestruturação da assistência materna e infantil no país, foi instituída, em 2011, a "Rede Cegonha" no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da publicação da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que definiu a rede de cuidados para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Sendo consolidada posteriormente nas portarias de número 03 e 06 de 2017.

- Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
- Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde.

A Rede Cegonha teve por objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, tendo como foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, visando também a organização a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta o acesso, acolhimento e resolutividade e consequentemente a redução da mortalidade materna e infantil. As diretrizes da política da rede de cegonha foram organizadas da seguinte forma:

Figura 1 – Diretrizes da Rede Cegonha.



Fonte: Elaborado com base em Brasil (2011).

Para implantação da Rede Cegonha em todo território nacional, os estados e municípios se organizaram a partir de quatro componentes da rede, e dentre estes podemos citar: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico, transporte sanitário e regulação. E cada componente possui ações estratégicas.

Figura 2 - Desenho da Rede cegonha.



Fonte: Elaborado com base em Brasil (2011).

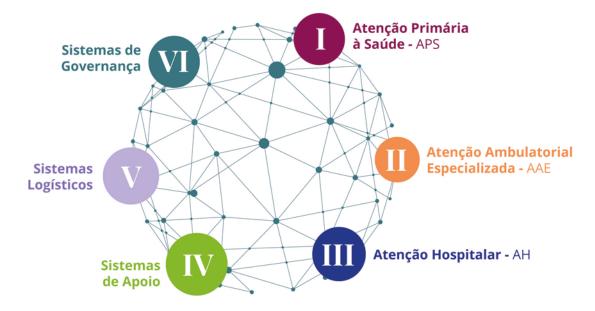
No Maranhão, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e o Conselho de Secretários Municipal de Saúde (COSEMS), mobilizaram a organização das Oficinas Macrorregionais para a construção dos Planos de Ação da Rede Cegonha Regionais para posteriormente aprovação junto ao Ministério da Saúde (MS). Esse processo envolveu os 217 municípios, organizados por 19 regiões de saúde, agrupadas em três grandes macrorregiões – macronorte, macroleste e macrosul, onde todos os municípios do estado fizeram adesão ao componente I da Rede Cegonha que se refere ao pré-natal, e os municípios das Regiões de Saúde de Caxias, Codó, Imperatriz e São Luís foram aprovados no componente II conforme parecer técnico do Ministério da Saúde, pelas Portarias GM/MS de nº 1.595, de 2 de agosto de 2013 e nº 1.185, de 30 de maio de 2014, que aprovam os planos e alocação dos recursos financeiros. Reforçamos que a Rede Cegonha, em cada componente, compreende uma série de ações de atenção à saúde que vão desde da estruturação, implantações, organizações dos serviços da atenção materna infantil.

Atualmente, a partir de julho de 2022, a "Rede Cegonha" foi atualizada com uma nova proposta sendo chamada de Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), igualmente com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil no país e está normatizada em duas Portarias nº 795 e nº 2.228, de 1 julho de 2022. Seus objetivos são:

- 1. Implementar modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis;
- **2.** Garantir a integralidade do cuidado no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e, no puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança, com foco na resolutividade da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- 3. Reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

A RAMI deve ser fortalecida e qualificada a partir dos elementos e diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e das diretrizes do Planejamento Regional Integrado (PRI), conforme os componentes descritos:

Figura 3 – Componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS).



Fonte: Construção do Departamento de Atenção à Saúde da Mulher.

Para a implantação e implementação da RAMI, os estados e municípios deverão preferencialmente está organizado conforme os serviços estabelecidos em portaria:

#### 1) Serviços da atenção à gestante de baixo risco no âmbito da RAMI:

- I. Maternidade de Baixo Risco (MAB);
- II. Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (CPNi) tipos I e II;
- III. Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp);
- IV. Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP); e
- V. Unidade Básica de Saúde (UBS).

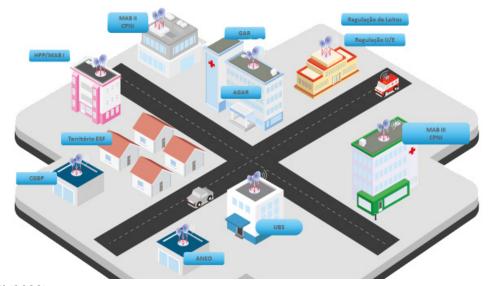
#### 2) Serviços de atenção a gestante de alto risco no âmbito da RAMI:

- I. Ambulatório Especializado de Gestação de Alto Risco (AGAR);
- II. Serviço de Referência à Gestação de Alto Risco (GAR) tipo I;
- III. Serviço de Referência à Gestação de Alto Risco (GAR) tipo II;
- IV. Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP);
- V. Referência hospitalar em atendimento secundário a gestação de alto risco;
- VI. Referência hospitalar em atendimento terciário a gestação de alto risco.

#### 108 3) Serviços de atenção infantil no âmbito da RAMI:

- I. Atenção Ambulatorial Especializada ao Seguimento do Recém-nascido e Criança Egressos de Unidade Neonatal (ANEO);
- II. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tipos II e III;
- III. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo);
- IV. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Figura 4 - Desenho da Rede Materno Infantil / Organização dos serviços da RAMI.



Fonte: Brasil (2022).

No Estado a discussão da atual RAMI vem sendo organizada e conduzida pela Assessoria Especial através do Planejamento Regional Integrado (PRI), pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Materno e Infantil (GCERAMI) da SES e pelos grupos condutores regionais. Atualmente a RAMI está na fase de atualizações do desenho da rede, conforme novas portarias, no qual os planos serão apresentados e analisados nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR), para posterior pactuação e aprovação na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), e encaminhada para o Ministério da Saúde.

#### PERFIL DE ATENDIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E INFANTIL

A Linha de Cuidado da Gestante no Estado do Maranhão tem como finalidade a organização da rede materno infantil no que se refere às ações do pré-natal, parto, nascimento e puerpério, e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial nos dois primeiros anos de vida, com vistas à atenção humanizada, eficiente e consequentemente a redução da morbimortalidade materna e infantil.

Deste modo, a linha de cuidado visa organizar as ações de promoção em saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce e tratamento oportuno de situações de risco, com acolhimento, captação precoce das gestantes no pré-natal, estratificação de risco com objetivo de identificar as comorbidades para assistência de pré-natal de risco habitual, alto risco, bem como da vinculação das gestantes para as maternidades de referência, para garantia de assistência segura do parto com a garantia do transporte seguro, implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, atenção à saúde das crianças, bem como o processo de educação permanente e continuada dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), Ambulatórios Especializados (AAE), e assistência hospitalar. Seguindo também as metas do milênio, estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, com o apoio de 191 nações, ficaram conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), composto por oito metas, e dentre estas se destacam: Melhorar a saúde das gestantes e Reduzir a Mortalidade Infantil, tendo como proposta reduzir até 2015, a Razão de Mortalidade Materna (RMM), para 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Atualmente, segundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir, até 2030, a RMM para 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, e a mortalidade neonatal pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos, conforme registrado no (Boletim epidemiológico nº 37 SVS/MS Volume n° 52) (BRASIL, 2021).

A mortalidade materna é considerada um indicador de acesso da mulher aos cuidados no ciclo gravídico puerperal, e a capacidade dos serviços de saúde ser resolutivo para atender as suas necessidades. A evolução da *mortalidade* materna no estado é acompanhada a partir do cálculo do indicador de mortalidade através dos Sistemas de Informações de Mortalidade e Nascidos Vivos (SIM/SINASC), por meio do Departamento do Conectasus/SES/MA, e pela atualização do Painel de Monitoramento da Mortalidade Materno Infantil (disponível na web <a href="https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/">https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/</a>), resultantes do trabalho da Vigilância do Óbito no Estado (Boletim epidemiológico nº 20 SVS/MS Volume nº 51) (BRASIL, 2020).

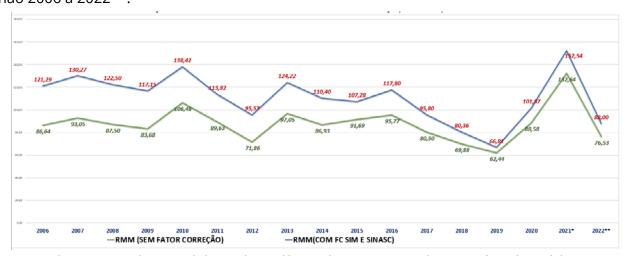
De acordo com a 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10), óbito materno é definido como 'a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais' (BRASIL, 2020, p. 21).

Gráfico 1 - Evolução do número total de óbitos maternos, Maranhão 2006 a 2022\*.

Fonte: SIM/SINASC/CONECTASUS/SES/MA.

Considerando a evolução dos óbitos maternos no estado, o gráfico acima traz a série histórica dos últimos 11 anos, observa-se uma queda significativa nos anos de 2015 a 2019, devido a inúmeras estratégias realizadas pelo governo do Maranhão tendo como foco a redução da morbimortalidade materna. Nos anos de 2021 e 2022, teve-se um aumento no número de óbitos maternos, sendo atribuído à ocorrência da Pandemia do SARS-CoV-2.

**Gráfico 2** - Evolução da Razão de Mortalidade Materna com e sem fatores de correção, Maranhão 2006 a 2022\*\*.



Fatores de correção da metodologia da Vigilância de Busca Ativa do Ministério da Saúde preconizados atualizados em Julho/2019;

\*\*NOTA DE ESCLARECIMENTO: Ocorreu uma atualização nos Fatores de Correção (FC) pela área técnica por meio da Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE) do Ministério da Saúde o que acresce o valor da RMM do Estado. Informamos ainda que, os fatores de correção dependem diretamente da "Qualiddae da Investigação dos óbitos de MIF e materno". A metodologia aplicada pelo MS estabeleceu que o padrão ouro consiste na investigação de mais de 98% das mortes de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e incremento em média de 34,3% no número de óbitos maternos. Sendo a do Estado 15%, o que acresce aumenta o Fator de correção.

Fonte: SIM/SINASC/CONECTASUS/SES/MA.

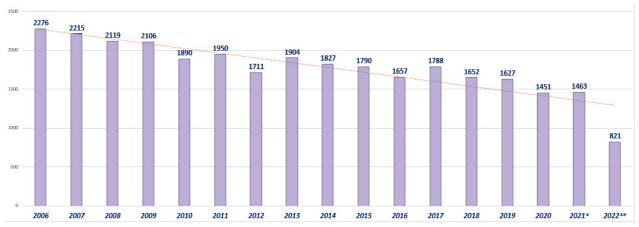
mil nascidos vivos. O comportamento da RMM no estado, observado na série histórica nos últimos 11 anos, identifica que nos anos de 2015 a 2019 houve uma queda devido a ações realizadas pelo governo do Maranhão na redução da morbimortalidade materna, e no ano de 2021 houve um aumento devido a Pandemia do SARS-CoV-2.

A redução da mortalidade infantil é um importante indicador de saúde e condições de vida

A razão de mortalidade materna é o indicador que mensura a morte materna, onde é calculado o número de óbitos de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério por 100.000

A redução da mortalidade infantil é um importante indicador de saúde e condições de vida de uma população. O cálculo da taxa de mortalidade infantil envolve o risco de um nascido vivo morrer antes de chegar a um ano de vida, valores elevados refletem precárias condições de vida e saúde, baixo nível de desenvolvimento social e econômico. A mortalidade infantil compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais).

**Gráfico 3** - Evolução da frequência do número de óbitos infantis residentes, Maranhão 2006 a 2022\*.



\*OBS: Nesta atualização acrescentamos o número dos municípios ignorados.

Fonte: SIM/SINASC/CONECTASUS/SES/MA.

Conforme análise da frequência de óbitos infantis na série histórica, nos últimos 11 anos, observamos que em 2020 houve um decréscimo em relação a 2019, havendo um acréscimo em 2021, apresentando uma linha descendente na evolução dos óbitos no Estado.

**Gráfico 4** - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil, com e sem fatores de correção, Maranhão 2006 a 2022.



Fonte: SIM/SINASC/CONECTASUS/SES/MA.

A evolução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) na série histórica nos últimos 11 anos, havendo um decréscimo em 2021, tendo aumento significativo no ano 2022 dados estes sendo parciais. A análise do indicador é essencial, pois depende da ampliação dos investimentos, assim como na melhoria de toda a linha de cuidado à gestação, ao parto e ao nascimento, bem como os recém-nascidos de risco.

Nesse contexto, os estudos de Oliveira *et al.* (2016), apontam medidas preventivas importantes que devem ser realizadas pelos profissionais de saúde na assistência aos recém-nascidos, tais como: orientações quanto a importância ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, realização das Triagens Neonatais nas primeiras semanas de vida do recém-nascido, visita puerperal, com realização de exame físico completo na primeira consulta do recém-nascido.

# APRESENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS), ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA REDE MATERNA E INFANTIL

A RAMI se estrutura em 6 (seis) componentes e cada um deles compreende uma série ações de atenção à saúde. Estes são organizados e classificados em níveis de atenção que se iniciam na APS ordenadora do cuidado na rede, e seguem na média e alta complexidade com os usuários retornando ao território respondendo adequadamente às condições agudas e às condições crônicas.

Isso significa que os componentes da RAMI se parametrizam para atender as necessidades de saúde da população alvo de acordo com suas características no território através da estratificação de riscos, a estabilização e o autocuidado apoiado. Estes são os três pilares do modelo de atenção às condições crônicas, onde a gestação está classificada.

Nesse contexto, a nota técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada, publicada pelo Ministério da Saúde refere o seguinte:

A estrutura operacional envolve a Atenção Primária à Saúde, a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A Atenção Primária à Saúde opera como centro de comunicação das redes, que articula os fluxos e contrafluxos de pessoas, os produtos e as informações entre todos os pontos de atenção (SBIBAE, 2019, p. 5).

Desta forma, o Maranhão está organizado conforme os componentes estabelecidos na portaria da RAMI. Segue abaixo a configuração de cada componente no território:

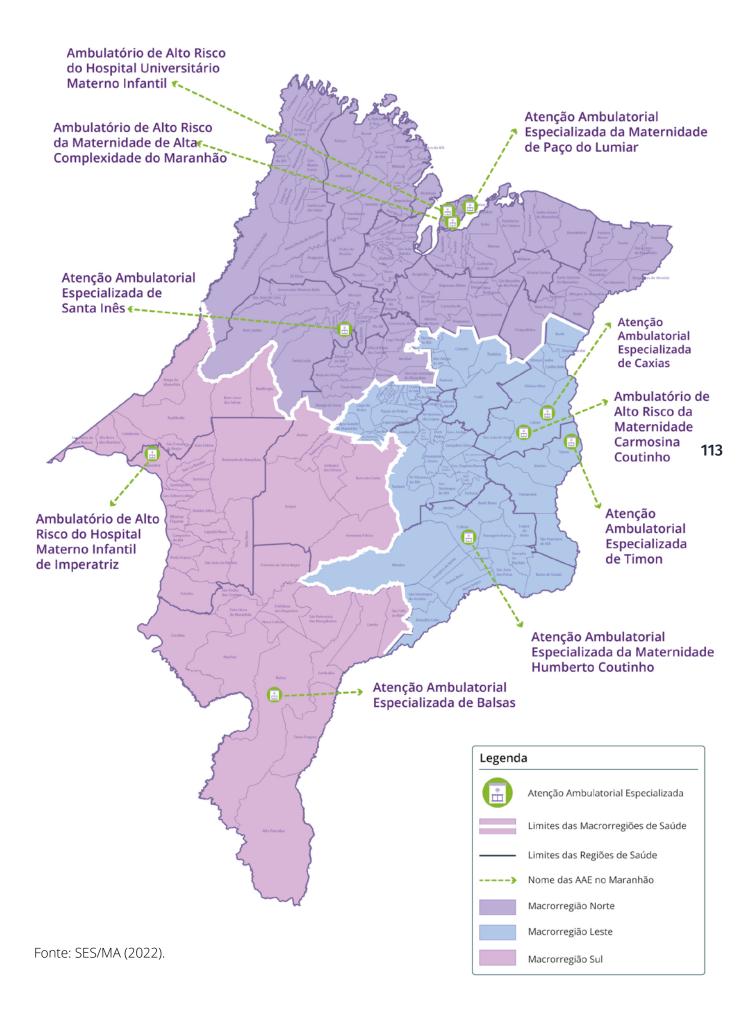
#### • Componente I - Pré-natal

Preferencialmente, organizado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e engloba as ações referentes ao planejamento familiar, ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado à gestante, à perda gestacional, ao parto, ao nascimento, ao puerpério e à puericultura, por intermédio da organização dos processos de trabalho das equipes de saúde e da produção do cuidado, com apoio diagnóstico e terapêutico ágil e oportuno (BRASIL, 2022). Atualmente o estado tem uma cobertura de 81,13% de Atenção Primária em Saúde nos 217 municípios, 2002 unidades básicas de saúde, 2399 equipes de estratégia de saúde da família, nas quais são responsáveis nas ações descritas acima.

#### Componente II - Pré-natal especializado

Segundo a portaria da RAMI vigente, a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) é responsável pela assistência especializada à gestação de alto risco e pelo seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal, observados o perfil epidemiológico, a organização regional, a densidade populacional e a distância para deslocamentos. No Estado do Maranhão temos 10 (dez) serviços de Atenção Ambulatorial Especializada como exposto à seguir:

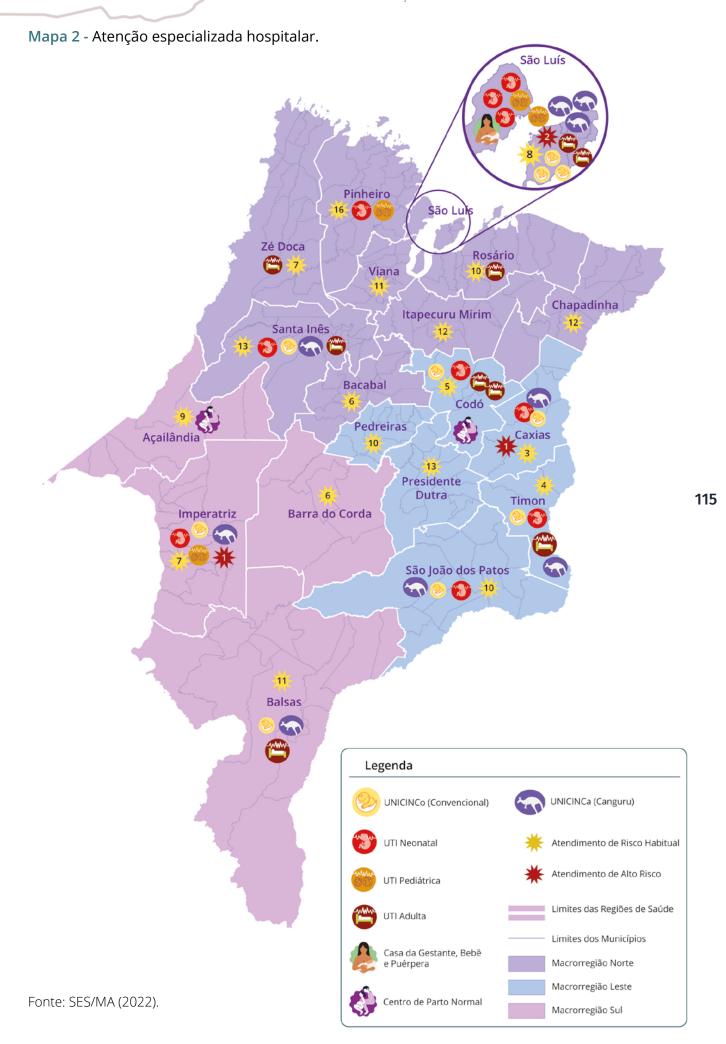
Mapa 1 - Atenção Ambulatorial Especializada no Maranhão.



#### • Componente III - Atenção hospitalar

A atenção hospitalar é responsável pelo serviço de atenção especializada hospitalar, composto por maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos e leitos neonatais, com suporte diagnóstico e terapêutico clínico e cirúrgico para atendimento as gestantes, puérperas e recém-nascidos, bem como acesso regulado, ágil e oportuno ao cuidado intensivo às intercorrências obstétricas com risco de morbidade grave à gestante ou puérpera, ao recém-nascido e à criança. (BRASIL, 2022). Estes serviços também se configuram no Estado do Maranhão através dos Centros de Parto Normais.

Com a base de dados DataSUS, foram identificados no ano de 2021 a produção hospitalar de parto e nascimento em 172 (cento e setenta e dois) serviços com produção de parto e nascimento. Cabe também ressaltar que em 2022, houve a inclusão na macrorregião norte de 02 serviços de parto e nascimento (Hospital Macrorregional Tomás Martins e Maternidade de Paço do Lumiar) e também de 01 (um) serviço de UTIneo (Hospital Macrorregional Dr. Jackson Lago) na atenção ao hospitalar materno infantil. Segue abaixo a rede de atenção hospitalar do Estado do Maranhão por perfil de atendimento e por perfil de leitos:



Essa organização por macrorregiões assegura a acessibilidade dos usuários aos diferentes níveis de atenção de forma descentralizada, garantindo-se dessa forma a capacidade resolutiva da rede dentro do seu território, favorecendo também os movimentos de pactuação entre regiões de saúde para cobertura dos serviços de maior densidade tecnológica.

#### Componente IV - Sistemas de Apoio

Esses sistemas são responsáveis por prestar assistência de forma organizada e comum a todos os pontos de atenção à saúde, através dos serviços de apoio diagnóstico, atenção farmacêutica e sistemas de informação.

#### Componente V - Sistemas Logísticos

Responsáveis por produzir soluções em saúde, com base nas tecnologias da informação e comunicação relacionadas ao conceito de integração vertical, por meio das centrais de regulação hospitalar, ambulatoriais e transporte sanitário.

#### Componente VI - Sistema de Governança

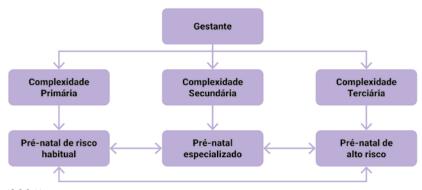
Constitui a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para gestão compartilhada. Através do trabalho entre as comissões gestoras regionais e bipartite.

No Estado, assistência materno infantil inicia, preferencialmente, na Atenção Primária à Saúde (APS) com a realização da busca ativa das gestantes com até 12 semanas de gestação, sendo realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para início precoce da assistência ao pré-natal. A assistência pré-natal envolve atuação multiprofissional com objetivo de garantir atendimento humanizado, interligado e eficaz, de acordo os diferentes níveis de complexidade (primário, secundário e terciário). Dentro da linha do cuidado, disponibilizada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, devem incluir todos os cuidados essenciais para integridade da saúde do binômio materno-fetal, abrangendo ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce e tratamento oportuno de situações de risco e intercorrências, além de ações terapêuticas.

#### Caracterização dos níveis de complexidade e interligação da rede assistencial

Baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade, integralidade e equidade, toda rede de atenção à saúde materna e perinatal deve estar inserida no Sistema de Referência e Contra Referência. Portanto, a fim de assegurar a atenção integral às gestantes do Maranhão, a rede assistencial deve estar interligada, permitindo seguimento paralelo de casos, de acordo com disponibilidade de recursos humanos e estruturais, critérios de prioridade de atendimento, fluxos e pactos regionais de funcionamento. Desta forma, os cenários participantes da rede de fluxo de atendimento pré-natal são estratificados em (fluxograma 1):

Fluxograma 1 - Interligação dos níveis de complexidade da rede de pré-natal.



Fonte: Maranhão (2021).

Deve-se considerar a linha do cuidado da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal como uma expressão dos fluxos assistenciais que a mesma deve percorrer para receber os cuidados essenciais para integridade da saúde do binômio materno-fetal, incluindo fundamentalmente prevenção primária aliada a diagnóstico oportuno e, consequentemente, ações curativas, além de intervenções na esfera social (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2005).

Diversos fatores devem ser considerados durante a organização de uma linha de cuidados, valorizando-se as peculiaridades de cada área de atuação, além de dados epidemiológicos da localidade, situação socioeconômica, políticas de saúde regionais, dados demográficos, recursos estruturais e humanos de atenção básica e especializados, parcerias possíveis, dentre outros.

Neste contexto, apresenta-se a seguir a linha do cuidado materno-perinatal para o Estado do Maranhão (Fluxograma 2):

Mulher em idade fétil Deve-se avaliar:
1) Regularidade de ciclo menstrual; 2) Atividade sexual 3) Uso de método contraceptivo Atraso menstrual isolado Atraso menstrual e ausculta fetal positiva Sim Teste rápido de gravidez Orientar: -Planejamento reprodutivo: Se desejo de gestação: consulta pré-concepcional Positivo Negativo Identificação de gestantes Pré-natal de risco habitual + Internação para resolução da Preenchimento da ficha de cadastro; **gestação** Orientações de alta hospitalar Pré-natal da parceria 1ª consulta de pré-natal ao Sistema Mãe Maranhense; Sinais de alerta para complicações Preenchimento do e-SUS; Pré-natal de risco habitual + Seguimento de puerpério Realização imediata de consulta de pré-natal; Pré-natal especializado + Planejamento reprodutivo Solicitação de exame Pré-natal da parceria Amamentação Oferecer testes rápidos de HIV e sífilis; Preenchimento do caderneta da gestante; Pré-natal de risco habitual + Prescrição de ferro e ácido fólico; Pré-natal de alto risco + Preenchimento do prontuário; Sequimento Orientações sobre importância do pré-natal; Pré-natal da parceria puerperal Programação do calendário de consultas; Avaliação do risco gestacional; Convite para pré-natal da parceria Maranhense Se residir no Maranhão, baixa renda e início do pré-natal

Fluxograma 2 - Linha de cuidado da mulher durante ciclo gravídico-puerperal.

Fonte: Maranhão (2021).

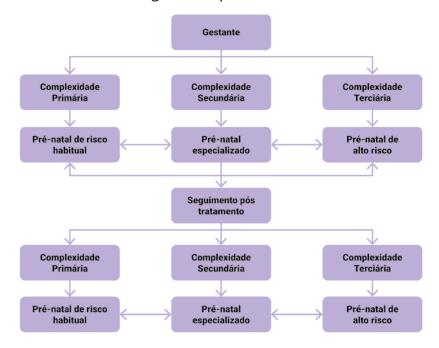
#### Critérios para pré-natal compartilhado em diferentes níveis de atenção

A oportuna identificação e caracterização da existência de um fator ou uma situação de risco, não determina invariavelmente a necessidade de encaminhamento da gestante para avaliação ou seguimento de pré-natal em serviço com maior acesso a recursos estruturais (incluindo instalações físicas, exames complementares, procedimentos e medicamentos) e humanos (incluindo profissionais médicos e não médicos com capacitação para determinadas especialidades).

com até 12 semanas de gestação, a gestante pode ser elegível para o Programa Cheque Cesta Básica Gestante

Portanto, é fundamental a avaliação das situações em que a transferência ou seguimento conjunto em serviços de apoio ou referência acarretará real benefício em redução de morbimortalidade materna e perinatal. Importante ressaltar que, mesmo diante da necessidade de transferência da gestante, a unidade básica de saúde continuará com o encargo de manter seguimento desta mulher, recebendo-a novamente após encerrada a avaliação e tratamento do agravo ou mantendo acompanhamento em paralelo durante o mesmo (Fluxograma 3).

Fluxograma 3 - Encaminhamento e seguimento pré-natal de acordo com o nível de complexidade.



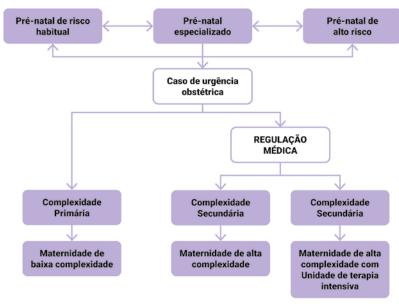
Fonte: Maranhão (2021).

#### Critérios de internação hospitalar

Com objetivo de otimizar a gestão de recursos de assistência hospitalar, torna-se essencial o reconhecimento de quais situações de risco podem ser manejadas com segurança e qualidade em maternidades locais e quais requerem transferência para serviços que contam com maior disponibilidade de recursos estruturais e humanos para atendimento adequado.

Dessa forma, a utilização estratificada e consciente da rede assistencial implicará em aproveitamento pleno da mesma, concomitantemente a redução de morbimortalidade materna e perinatal (Fluxograma 4).

Fluxograma 4 - Encaminhamento para internação hospitalar de acordo com o nível de complexidade.



Fonte: Maranhão (2021).

Gestantes estratificadas como baixo risco, devem continuar seu pré-natal na APS e serem vinculadas à maternidade de risco habitual de referência para o parto e nascimento. Contudo, a gestantes estratificadas para alto risco, devem ter sua assistência compartilhada com a média e alta complexidade através das referências ambulatoriais especializadas para pré-natal de alto risco. Desta forma, os serviços de pré-natal, vinculam a gestante a seu local de parto e nascimento de acordo com suas condições obstétricas e estratificação de risco.

As situações de alto risco ou intercorrências após o parto e nascimento onde mãe e/ou recém-nascido necessitam de acompanhamento especializado após a alta hospitalar, os mesmos devem ser acompanhados de forma compartilhada entre APS e AAE.

O trabalho do grupo condutor estadual da Rede Materna e Infantil dentro do Planejamento Regional Integrado (PRI), visa acompanhar e apoiar regiões e macrorregiões de saúde na desfragmentação da rede, buscando alternativas junto aos entes envolvidos nessa construção coletiva de co-gestão, o alinhamento de fluxos de rede conforme a configuração da RAMI e seus componentes através de pactuações e habilitações de serviços.

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A secretaria de saúde do estado vem, juntamente com os municípios, buscando esforços para construção coletiva da Rede de Atenção de Atenção Materno Infantil no estado do Maranhão. Essas pactuações vêm acontecendo desde 2012, por intermédio das Comissões Regionais de Saúde (CIR) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Neste sentido, podemos citar a construção e ampliação de novos serviços de saúde ao longo dos anos, com estrutura física, equipamentos e recursos humanos buscando reduzir os vazios assistenciais existente nas regiões. Assim como, investimento em capacitações, instrumentos de registros, definição de fluxos, organização dos serviços, seja na APS, seja na média e alta complexidade, incentivo à adesão das usuárias e usuários (a exemplo do cheque cesta básica gestante), campanhas instrutivas e de mídias, distribuição de insumos e debate reflexivo sobre a mortalidade materna e infantil.

Com isso, destacam-se os aspectos a serem investidos nas regiões, como as equipes multiprofissionais que possam acompanhar as mudanças da sociedade atual onde estabelece novos padrões de exigências, desfechos e tempo de respostas às demandas das gestantes e crianças. Dentro da política, destaque-se a importância de uma rede estruturada de recursos humanos voltada para a acolhimento, humanização e o cuidado das gestantes e crianças.

Mas os desafios ainda são bastante preocupantes a exemplo do financiamento tripartite do setor saúde por intermédio de uma política voltada para atender às necessidades de saúde da população; da Atenção Primaria de Saúde de fato ser a principal porta de entrada na rede cumprindo com sua missão precípua de ser a referência inicial dos cuidados em saúde; Da governança garantir as pactuações das comissões CIR e CIB e cumpri-las efetivamente; Do reordenamento, em tempo hábil, das atuais proposição das portarias nº 795 e nº 2.228, de 1 julho de 2022, resultando no fortalecimento da linha de cuidado da atenção materno e infantil, adequando os serviços de atenção à saúde da gestante, ao parto, nascimento e puerpério com financiamento equânime e qualificação dos serviços prestados, impactando, sobremaneira, na redução da mortalidade materna e infantil.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\_24\_06\_2011.html. Acesso em: 5 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\_03\_10\_2017.html. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\_03\_10\_2017.html. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.595, de 2 de agosto de 2013.** Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Maranhão e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implementação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1595\_02\_08\_2013.html. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.185, de 30 de maio de 2014.** Aprova o Componente Parto e Nascimento da Etapa II do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Maranhão e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implementação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1185\_30\_05\_2014.html. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes Aegypti (dengue, chikungunya e zika), Semanas Epidemiológicas 1 a 19, 2020. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 51, n. 20, maio 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade infantil no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 52, n. 37, out. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/bole-tim\_epidemiologico\_svs\_37\_v2.pdf/view. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 715, de 4 de abril de 2022.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n° 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.228, de 1º de julho de 2022.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Brasília, DF, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228\_01\_07\_2022.html. Acesso em: 15 set. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: CONASS, 2015.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. A Integralidade e as Linhas de Cuidado. *In:* MEHRY, E. E. *et al.* **O Trabalho em Saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. 296 p.

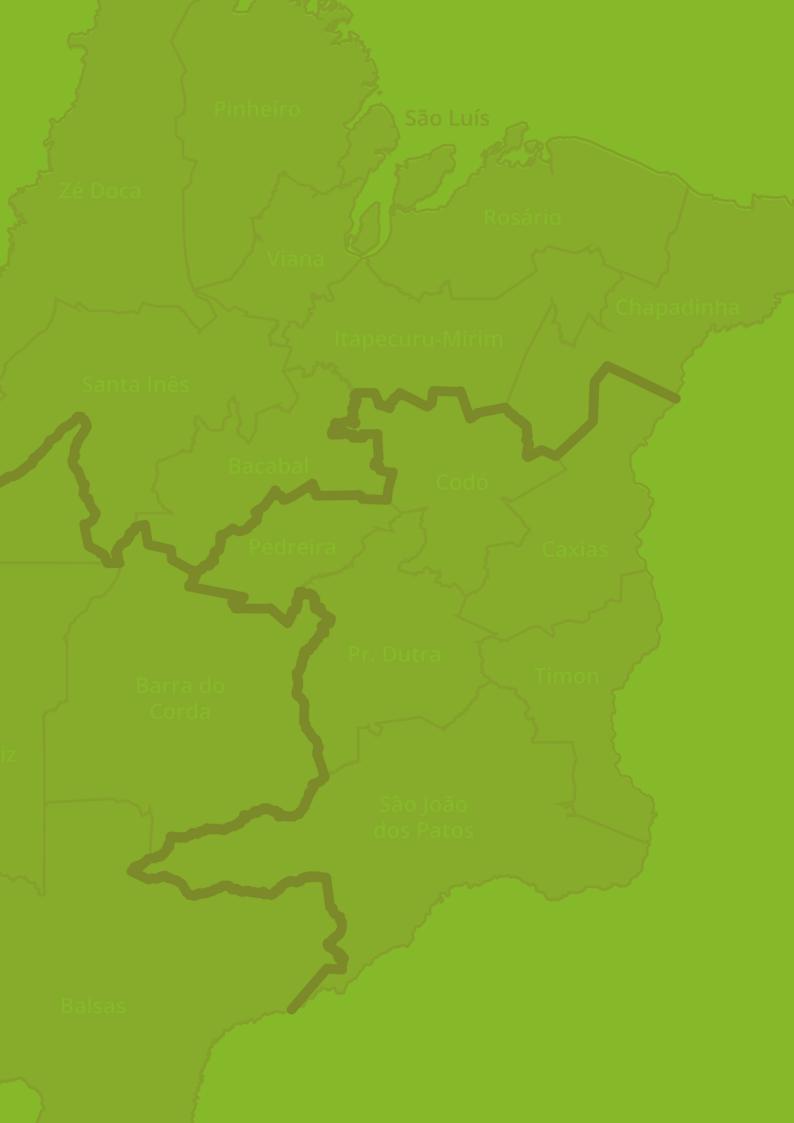
MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Assistência ao pré-natal no Maranhão:** modelo de estratificação e linha de cuidado da gestante [recurso eletrônico]. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde, 2021. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1372526/manual-virtual\_linha-cuidado-prenatal dasmu-espma.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

OLIVEIRA, I. S. S. et al. Óbitos evitáveis de menores de cinco anos na macrorregião Norte do estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. bioét. (Impr.).**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 1-6, Jul./Set. 2018. Dis-

ponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/vTHWTnXgj8QjLY8yGLjNZmb/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 set. 2022.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN - SBIBAE **Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério.** São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il.



# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Somente a legislação do Planejamento Regional Integrado não é suficiente para nos revelar como ele realmente funciona na prática: um processo dinâmico, multidirecional, continuado, que não finda em si mesmo. O PRI é um processo ativo que exige muita resiliência no sentido de manter seus instrumentos sempre atualizados e fiéis à realidade dos municípios e do estado, uma vez que toca em questões vitais para a construção de um SUS mais eficiente e acessível.

O trabalho realizado em parceria entre os municípios e o estado é o caminho para cobrir vazios assistenciais, estabelecer fluxos nas RAS, determinar os recursos necessários para a manutenção e construção de serviços. O PRI foi a ferramenta encontrada pelo Ministério da Saúde para garantir a instituição de governança entre os entes federados e dessa forma protegendo e garantindo os princípios norteadores do SUS.

Dito isso, podemos elencar alguns aprendizados na experiência do Maranhão no período que compreende 2017 a 2022. A metodologia com os Grupos Condutores das Redes Temáticas como referência técnica para o conhecimento das portarias e definição de onde se encontra cada serviço e equipamento presente nas RAS e mostrou um ponto forte dessa construção, reforçando a importância da construção coletiva do PRI.

Ademais, a participação dos 217 municípios, por meio das reuniões ordinárias da CIB, que pautam os direcionamentos do PRI, é outro ponto fundamental na construção desse Planejamento, reforçando o que já preceituam as resoluções CIT que definem o trabalho tripartite como o único caminho possível desse instrumento.

A metodologia adotada para a construção do PRI no Maranhão nos evidenciou a importância de se instituir grupos de estudos na SES e romper com a ideia de que a informação técnica pertença somente a poucos servidores. O papel dos Grupos Condutores foi decisivo para o andamento e desenvolvimento desse processo.

Outra questão que o processo de construção do PRI evidenciou foi a necessidade de um espaço específico na Secretaria que acumule as informações referentes à Programação Geral de Assistência e Serviços de Saúde, ao controle do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, bem como o acompanhamento das habilitações de novos serviços e equipamentos, separado da área técnica que trata da Rede de Assistência à Saúde.

Não são poucos os desafios para quem luta por um SUS mais acessível e justo. Por meio de instrumentos como o Planejamento Regional Integrado podemos ratificar a importância da participação coletiva e fortalecer as ferramentas de gestão do SUS que atuam em busca da integralidade guiada pelo planejamento ascendente que tem como pano de fundo a regionalização para descentralização do acesso à saúde.



### LEITURAS COMPLEMENTARES

ANTONELI, Juliana R. de P.; EMERICH, Bruno Ferreira. Entre o cuidado e o controle: reflexões sobre o cuidado em saúde mental. **Revista de Psicologia da Unesp**, [S.L.], v. 19, p. 206-217, 15 dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v19nspe/v19nspea11.pdf.

BRASIL. **Lei nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989.** Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília, 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil\_03/leis/l7853.htm.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência:** Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Tradução Oficial. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência-CORDE. Brasília, 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category\_slug=documentos-pdf&ltemid=30192.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\_23\_08\_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 199, de 30 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio. Brasília, DF, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0199\_30\_01\_2014.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\_redes\_atencao\_saude\_sas.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\_apoio\_saude\_familia\_cab39.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Academia da Saúde:** caderno técnico de apoio à implantação e implementação Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ0MQ==.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2020/2021:** uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/saude\_brasil\_2020\_2021\_situacao\_saude\_web.pdf/view.

BRASIL. Ministério da saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase**. Brasília; Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://telessaude.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/04/4.-Protocolo-Clinico-e-Diretrizes-Terapeuticas-da-Hanseniase.pdf.

CONSEHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Nota Técnica 03:** Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. Atualização da Minuta de portaria para a Assembleia

do CONASS em 21/03/2012. Brasília, DF, mar. 2012. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-03-2012-Atualizacao-da-REDE-DE-PESSOA-COM-DE-FICIENCIA.pdf.

FARIAS, L. A. B. G. *et al.* O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade,** v. 15, n. 42, p. 2455, jan. 2020. Disponível em: https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2455.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral:** uma proposta de organização da rede de saúde. [S.l], [2012?]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod\_resource/content/1/LINHAS\_DO\_CUIDADO\_INTEGRAL.pdf.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer.

MARQUES, Consuelo Penha Castro (org.). **Redes de atenção à saúde:** a Rede Cegonha. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; UNA-SUS/UFMA, 2015. 43f.: il. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE\_2.pdf.

OLIVEIRA, A. E. F.; GARCIA, P. T. (org.). **Redes de Atenção à Saúde:** Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. São Luís: EDUFMA, 2017. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9914/3/REDE\_DE\_CUIDADOS\_A\_PESSOA\_COM\_DEFICI%C3%8ANCIA.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução de Cassia Maria Buchalla. 1. ed. 2. reimpr. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015.

PARANÁ (Estado). Secretaria da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. **Linha Guia – Atenção Materno Infantil:** Gestação/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 8. ed. Curitiba: SESA, 2022. 80p. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\_restritos/files/documento/2022-03/linha\_guia\_mi-\_gestacao\_8a\_ed\_em\_28.03.22.pdf.

PEREIRA NETO, A. B. D. *et al.* Mortalidade infantil por causas evitáveis: intervenções de enfermagem para melhoria da assistência. *In:* DAL MOLIN, R. S. (org.). **Saúde da mulher e do recém-nascido**: políticas, programas e assistência multidisciplinar [livro eletrônico]. Guarujá, SP: Científica Digital, 2021. p. 154-173. Cap. 12. (Vol. 2).

ROCHA, R.; RACHE, B.; NUNES, L. A Regionalização da Saúde no Brasil. Instituto de Estudos Para Políticas de Saúde, São Paulo, n. 7, jun. 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uplo-ads/2022/06/IEPS\_Estudo\_Institucional\_07.pdf.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 37, n. 3, p. 2-16, ago. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMNc4W9B4JsBvFZJ/?format=pdf&lang=pt.

SANTOS, E. G. *et al.* **Linha de cuidado da pessoa com deficiência física e ostomizada no estado do Espírito Santo – ES**. Espírito Santo, 2022. Disponivel: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/LINHA%20DE%20CUIDADO\_REAB\_F%C3%8DSICA%20E%20OSTOMIAS\_RCPD\_ES.pdf.

SERVO, L. M. S. **O** processo de regionalização da saúde no Brasil: acesso geográfico e eficiência. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Econômicas, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/36855/1/TeseDoutorado\_Cedeplar\_UFMG\_Regionalizacao-Saude\_LucianaServo\_2020.pdf.

SILVA, L. B. Redes Temáticas e Linhas de Cuidado. *In:* UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO/ UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Curso Gestão em Saúde. **Organização da Atenção em Saúde no SUS**. São Luís: UFMA; UNA-SUS, 2020.

SILVA, L. B. Redes de Atenção à Saúde. *In:* UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Organização da Atenção em Saúde no SUS**. Programa gestão em Saúde. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.











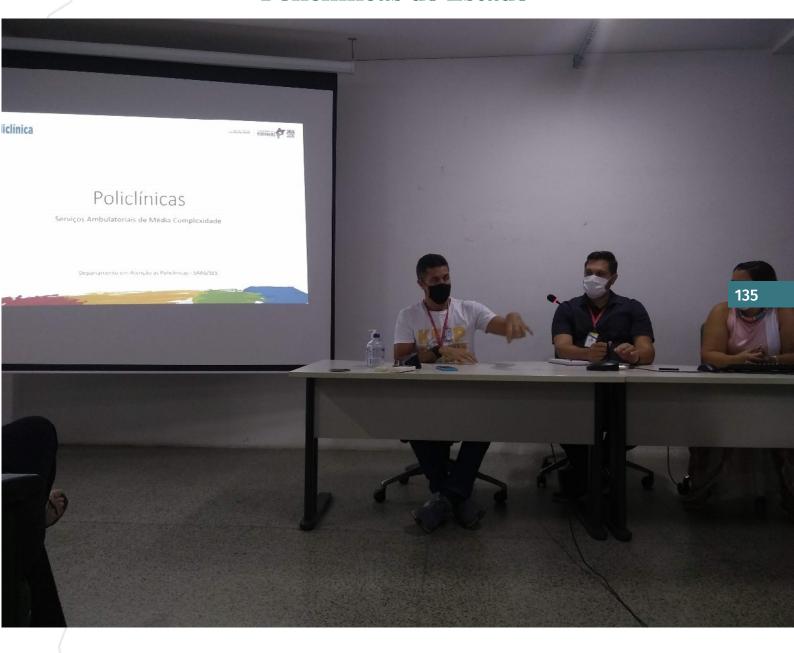




# Parte da equipe do PRI



# Reunião interna de apresentação da Rede de Policlínicas do Estado



# Oficinas das etapas I e II com região de Viana – Novembro de 2019



### Oficinas das etapas I e II com região de Santa Inês – Novembro de 2019



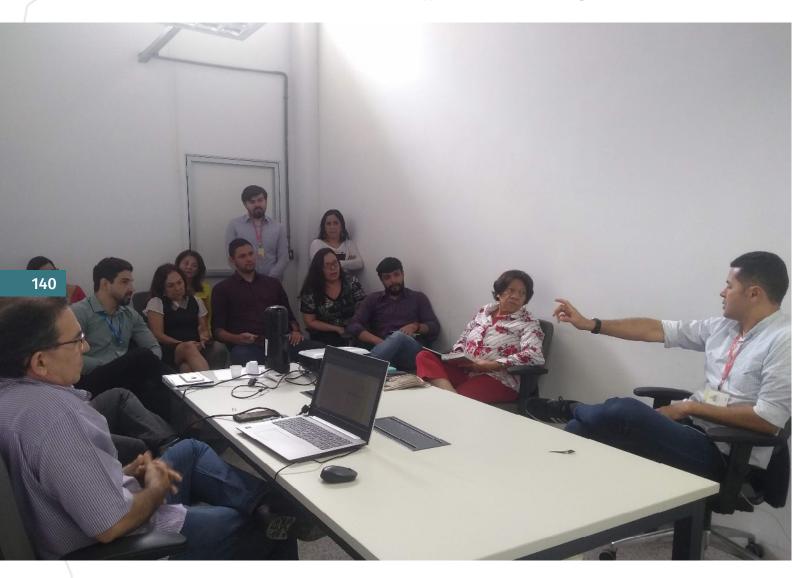
# Reunião interna de parametrização



# Reunião interna de parametrização



# Reunião interna de parametrização



# Visita à SES/PB – Julho de 2019







## Sobre os autores

#### **ALBERTO ALLAN RODRIGUES PATRÍCIO**

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Pará, Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto, Mestre em Odontologia Preventiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal do Maranhão, Chefe da Assessoria Especial do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde do Maranhão, Coordenador Estadual do Planejamento Regional Integrado para o Maranhão.

#### **ALINE DE ÁVILA ROCHA**

Bacharela em Relações Internacionais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialização em andamento nos cursos de pós-graduação em Saúde Pública (USP) e Gestão em Saúde (ESP/MA), respectivamente. Atuou no Comitê de Crise do Estado da Covid-19 e trabalha na Assessoria Especial do Gabinete do Secretário da Secretaria de Estado da Saúde desde 2019. Tem interesse em temas de cooperação internacional, atuação da ONU e Saúde Global.

#### ANA CLEIDE VIEIRA

Graduada em Enfermagem pela Universidade Uniceuma do Maranhão, Especialista em Enfermgem Obstétrica e Obstetrícia Social, Saúde da Família e Gestão em Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Especialista em Análise dos Sistemas de Informação em Saúde pela Universidade Federal de Goiás, Mestranda em Saúde da Família pela UFMA. Atualmente Coordenadora Estadual de Saúde das Mulheres na SES e Enfermeira Assistência no Hospital Presidente Getúlio Vargas.

#### ANNA CLARA CAVALCANTE DE CARVALHO SANTOS

Enfermeira Obstetra graduada pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA-2008). Pós graduada em Enfermagem Obstétrica e Obstetrícia Social pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA-2009) e em Segurança do Paciente pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (ISL-2016). Instrutora Nacional da Estratégia Zero Morte. Atua no departamento da Rede de Atenção Materna e Infantil da Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde acompanhando os serviços de média e alta complexidade materno e infantis do Estado do Maranhão e membro do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Materna e Infantil.

#### ANTÔNIO MARCOS CARVALHO DIAS

Enfermeiro graduado em 2005. Fez parte da Assessoria Especial de Saúde da Federação dos Municípios do Maranhão - FAMEM 2010/2011. Foi Secretário Municipal de Saúde de TUNTUM.

## CLAÚDIA MARIA FIGUEIREDO DE MOURA

Graduada em Serviço Social (1996), pós-graduação em Saúde Pública - UNAERP e Gerenciamento em Programas Comunitários - UFMA. Atuou como Coordenadora da Atenção Primária em Paço do Lumiar e Raposa. Na Secretaria de Estado exerceu o cargo de Auditora do Sistema de Saúde e atualmente está à frente do Departamento de Média Complexidade.

#### CRISTIANNETE GUIMÃRAES CORRÊA

Graduação em enfermagem pela Universidade Bandeirantes de São Paulo com especialidade em Enfermagem e Obstetrícia pelo Centro Universitário do Maranhão. Atualmente é enfermeira técnica atuando no monitoramento dos indicadores da morbimortalidade materno infantil do Departamento da Criança e do Adolescente da Superintendência de Atenção Primária em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do MA.

144

#### **DANUSA RIBEIRO DOS SANTOS**

Socióloga, graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Maranhão. Funcionária pública desde 2007 da SES/MA lotada na Auditoria do Sistema de Saúde. Professora de Sociologia da rede pública estadual do Maranhão desde 2010.

#### **DAYNARA RAYELLE MACHADO FREITAS**

Enfermeira pela Faculdade Pitagoras. Pós graduada em Unidade de Terapia Intensiva - Faculdade Rendentor do RJ - AMIB. Pós Graduada em Saúde Publica pela UFMA. Pós Graduanda em Gestão em Saúde. Atua como Enfermeira assistencial na Upa Aracagy e Hospital Dr Carlos Macieira e como Assessora Hospitalar na Empresa Maranhense de Serviços Hospitalares. Chefe de Departamento da Rede de Serviços - SES MA.

#### **DILZA NERI CORREIA**

Graduada em Terapia Ocupacional, Instituição Santa Terezinha - CEST- MA (2010); Especialização em Saúde Mental na Atenção Psicossocial - Faculdade Laboro-Ma (2012); Curso de Especialização de Saúde Coletiva com Ênfase no Trabalho Interprofissional em Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (2019 a 2020). Experiência Profissional: Coorde-

nadora do Centro de Atenção Psicossocial CAPS I – Penalva-MA (18/04/2011 a 18/12/2012); Técnica do Departamento Estadual de Atenção a Saúde Mental (desde 2014 a data atual).

#### FLÁVIA REGINA VIEIRA DA COSTA SANTOS

Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão em 2019. Especialista em Gestão de Serviços de Saúde, Terapia Intensiva, Ventilação Mecânica, Enfermagem do Trabalho e Docência do ensino superior. Exerceu vários cargos de liderança e docência e atualmente é Docente da Faculdade Pitágoras e Chefe de Departamento da SAAS.

#### **GUSTAVO EMMANUEL COSTA**

Fisioterapeuta. Pós-graduando em Fisioterapia Forense. Membro do Grupo Condutor Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência da Secretaria de Estado da Saúde - SES/MA. Conselheiro Efetivo do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO 16. Chefe de Departamento de Policlínicas - SES/MA.

#### HARLEM RONALD CANTANHEDE ROCHA

Graduado em Administração pela Universidade Ceuma - UNICEUMA (2004). Especialista em Elaboração e Avaliação de Projetos pela Universidade Estadual do Maranhão - UEMA (2007). Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA (2019). Funcionário público, lotado na Secretaria de Estado da Saúde - SES/MA, atuando como Assessor Sênior da Assessoria Especial do Gabinete do Secretário.

#### INDIARA SILVA CARNEIRO DE ALMEIDA

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (2010), com especialização em Auditoria, planejamento em Gestão em Saúde (2018) pela Faculdade Laboro. Especialista em Oncologia e cuidados paliativos (2022) pela Faculdade Gianna Beretta. Atua atualmente na Superintendência de Controle e Avaliação com cargo de auditora técnica do SUS e membro do grupo condutor da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Estado do Maranhão.

## JOÃO PEREIRA CUNHA NETO

Graduado em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Maranhão, Analista Sistemas de Informação em Saúde e Planejamento do Departamento Atenção a Saúde da Mulher, Criança, Adolescente, Alimentação e Nutrição 2002 a 2008, Coordenador Sala de Situação - Superintendência de Atenção Primária (SES/MA) 2009 a 2015, Assessor Especial da Secretaria Adjunta da Atenção Primária e Vigilância em Saúde 2016, Gestor de Dados - CONECTASUS (SES/MA) 2017 - atual.

#### **JOSANE SOARES PINTO MELO**

Bacharel em Fisioterapia - Faculdade Cest (2010). Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva adulto e pediátrico – Faculdade Redentor (2012). Mestre em Gestão e Programas de Serviços de Saúde – UniCeuma (2021). Assessora Técnica da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (2020-atual). Professora na Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão (2021/2022).

#### KARLA ADRIANA AMANDO DOS SANTOS CALVALCANTE

Graduada em Enfermagem (2011) pelo Instituto Florence (São Luís/MA). Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; e Estratégia de Saúde da Família. Lotada na Secretaria Estadual de Saúde como Assessora Técnica no Departamento de Atenção da Família (DASF), atuando como referência técnica para Projeto da Planificação; Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PICS); Membro do Grupo Condutor da Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas.

#### **KÉRCIA LEITE DE AMORIM**

Graduada em Enfermagem (2006) e Especialista em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia (2019). Servidora lotada na Secretaria de Estado da Saúde, atuando como Assessora Técnica no Departamento de Acompanhamento Multidisciplinar da Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde, Membro do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do Estado do Maranhão e do Plano de Regionalização Integrado – PRI, Tutora Estadual do Projeto de Planificação em Saúde Mental na APS na Região de Caxias e Membro da Comissão da Política de Saúde Prisional do Estado do Maranhão.

#### LEUDIMAR CARVALHO SOARES FILHO

Nutricionista graduado pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA (2009-2013); Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFMA (2017-2019); Pós-graduando em Emagrecimento e Obesidade pela UNIBRAS/Faculdade FAECH (2022-2023); Pós-graduado em Nutrição Esportiva pela Faculdade Laboro (2014-2016); Coordenador Estadual de Alimentação e Nutrição da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão; Conselheiro Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA; Avaliador da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC e Tutor da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil - EAAB.

#### **LUANA SARMENTO CAMPOS PAIVA**

Advogada, especialista em Direito de Família e Pessoa com Deficiência. Membro do Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência - GCRCPD. Técnica do Departamento de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente - DASCA, da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão - SES/MA.

#### **LUCIANA AMORIM TOMICH NETTO GUTERRES SOARES**

Graduada em Farmácia Bioquímica pela Universidade Federal do Maranhão (1998), com Especialização em Segurança do Paciente para Profissionais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências - Escola Nacional de Suade Publica Sergio Arouca - ENSP/FIOCRUZ (2017), MBA em Gestão em Saúde - Faculdade de Administração - IPH (2004). Atualmente atua como Auditora do SUS na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Tem experiência na área de Farmácia Hospitalar, Gestão de Suprimento Hospitalar, Gestão Financeira e Administrativa.

## MARIA DE JESUS MACÊDO DA SILVA

Especialista em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1992/1993). Especialista em Gestão Pública pela Escola de Gestão Pública do Maranhão/Fundação João Pinheiro/MG(1996/1997). Graduada em Serviço Social (1986). Experiência: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão - Encarregada da Câmara Técnica da CIB/MA (2007/2008); Técnica da Câmara Técnica da CIB/MA (2008/2015) e atualmente membro do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, atuando na Superintendência de Avaliação e Controle da SES/MA.

#### MARIA DO ANO DOS SANTOS ALMEIDA

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal Maranhão em 1971. Especialização em Saúde Pública (1972) pela The People - The People Health Foundation Washington, DC/Project Hope; Saúde Pública (1979): UFMA/FIOCRUZ/ENSP; Planejamento em Saúde (1981): UFMA; Saúde da Família (2003): UFMA; Metodologia para la investigacion Epidemiologica, Operacional y Clinica (1987): CLAP (Montevidéo - Uruguai); Diretora da Divisão Materno-Infantil (1986-1988): SES-MA. É Chefe de Departamente de Programação em Serviços de Saúde desde 2002 na SES-MA.

#### MARÍA DO PERPETUO SOCORRO COSTA SILVA

Graduação em Administração de Empresas (1995) e Direito (2003). Pós Graduação em Direito Processual Civil, Direito Ambiental e Políticas Públicas (UFMA 2006), Professora substituta da UEMA (2016) Gestão em Políticas Públicas Informadas por Evidência (Sírio Libanês 208/2020), Mediação e Conciliação (TRF1-2015-2020), Gestão em Saúde (ESP-cursando). Secretária Estadual de Saúde - Auditora Técnica do SUS.

#### MARIA DO SOCORRO CASTRO

Graduada no Curso de Serviço Social da UFMA em 1984, Pós Graduação em Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho pela LABORO em 2008, Cursos de atualização Integração das Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária e Curso de Análise da Situação de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde 2023.

147

#### MARIA IEDA GOMES VANDERLEI

Graduada em Enfermagem pela UFMA (1977). Especialização em Saúde Pública (1984) e Mestrado em Políticas Públicas pela UFMA (1995), Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2005). Atualmente é professora Associada IIII da UFMA (Aposentada). Possui experiência em Saúde Coletiva, Saúde Pública e Gestão atuando nos temas: administração, gestão, gerenciamento dos serviços de saúde. Trabalhou na Secretaria Municipal de Saúde (01/2009 - 12/2012), Secretária Adjunta de Ações e Serviços de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde do município de Penalva. Atualmente é Chefe da Auditoria do Sistema de Saúde da SES/MA (2015-2022).

#### MARINA DO NASCIMENTO SOUSA

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão no ano de 2022. Especialista em Direito Sanitário Fundação Oswaldo Cruz/DF, FIOCRUZ/DF no ano de 2016 e graduada em Direito pela Universidade CEUMA, no ano de 2003. Atualmente exerce o cargo de Superintendente de Controle e Avaliação do Sistema de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão.

#### **MELISSA COSTA SARDINHA**

Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Cest Santa Teresinha, Pós-graduada em Gerontologia pela Faculdade Santa Fé, Pós-graduada em Medicina Tradicional Chinesa pela CIEPH/Santa Catarina, Pós-graduada em DOR pela USP- SP, Pós-graduada em Regulação em Saúde Publica pelo Sírio Libanês, Mestranda em Políticas Públicas e Diplomáticas pela Universidade de Zamorra na Argentina. Atualmente exerce papel de técnica assistente no Departamento de Atenção as Unidades Odontológicas Estado, atuando no Comitê Gestor de Politicas da Pessoa com Deficiência como colaboradora representando da saúde e no Comitê Gestor Estadual de Politicas da Pessoa com Deficiência.

#### **MORGANNE ARRUDA GOMES VIEIRA**

Graduada em enfermagem pela Faculdade Santa Terezinha-Cest (2012). Especialista em Saúde em Saúde da Mulher, Neonatal e do Lactente pela Universidade Federal de Santa Catarina (2014), Especialista em Micropolitica da Gestão e Trabalho em Saúde pela Universidade Fluminense (2017), Especialista em Nefrologia pela Universidade Federal do Maranhão (2016). Tutora Estadual em Pré-Natal pela Secretaria de Saúde do Estado e Tutora em Pré-Natal pelo Instituto Fernandes Filgueira. Trabalha na Secretaria de Saúde do Estado, lotada no Departamento de Atenção à Saúde da Mulher, na função de especialista consultora.

#### **NELBE MARIA DE AMORIM DE SOUZA**

Fisioterapeuta. Graduada pela UEPB (1991), especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde (2014) e em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências

148

149

pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino (2020). Mestre em Saúde Materno-Infantil pela UFMA (2010). Especialista em Saúde da Mulher - COFFITO. Professora da Faculdade Santa Terezinha - CEST. Funcionária Pública lotada na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão atuando como assessora técnica e coordenadora do Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

#### **NELMA PEREIRA DA SILVA**

Psicóloga pela Universidade Federal do Maranhão - UFMA (2000). Mestre em psicologia pela UFMA (2014). Especialista em saúde mental pela Laboro. Especialista em violência doméstica contra crianças e adolescentes pela USP. Docente em Psicologia da Faculdade Laboro. Chefe do Departamento de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.

#### PAULA RAMOS ALMEIDA PENHA

Graduada em Psicologia pelo UNICEUMA (2002). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pelo NEAD/UFMA (2011). Especialista em Saúde Mental pela UNA-SUS/UFMA (2013). Atualmente atua como técnica do Departamento de Atenção à Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, designada como Apoiadora Institucional para a Região de Saúde de São Luís e Tutora Estadual no projeto de Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde da Planificação da Assistência à Saúde.. Atuou como especialista da Qualidade em Saúde na EMSERH.

#### PEDRO DE SOUZA MELO

Bacharel em Relações Internacionais pela Universidade de Brasília (UnB), e Mestre em Relações Internacionais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Trabalha na Assessoria Especial do Gabinete do Secretário da Secretaria de Estado da Saúde desde 2021 e atua no Planejamento Regional Integrado para o Maranhão.

#### RAISSY DE OLIVEIRA E COSTA

Graduada em Nutrição pela Universidade Ceuma do Maranhão (2009), Pós graduanda em Nutrição Esportiva e Nutrição Clínica e Funcional pela Faculdade Laboro. Nutricionista na Clínica Dr. André Bogea - Saúde e Performance, Técnica de Planejamento no Departamento de Atenção à Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão e Coordenadora do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial.

#### ROBÉRIO ANTÔNIO ALENCAR RAFAEL

Graduação em Engenharia Elétrica pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (1990), especialização em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (1996), especialização em Ciências da Computação pela Universidade Federal do Maranhão (1999)

e mestrado em Saúde Coletiva pela UFMA(2010). Atualmente é Engenheiro Sanitarista da Prefeitura de São Luís e Analista de Informações em Saúde do Fundação Josué Montello. Experiência na área de Saúde Coletiva. Atuando principalmente nos seguintes temas: Sistemas de Informação, Análise de Dados, Gestão, Planejamento.

## **TÉRCIA SILVA CARVALHO**

Graduada em Enfermagem, Especialista em Saúde da Família (2012) e Gestão Hospitalar (2015). Enfermeira da estratégia de saúde da família em Rosário (2011). Técnica do departamento de Saúde da Família da Secretaria de Estado da Saúde de 2011 a 2018. Assessora técnica da Rede de 2019 a 2020. Coordenadora da Rede de Atenção Materno Infantil do estado (RAMI) de 2021 até o momento. Multiplicadora dos testes rápido pelo Ministério da Saúde.

#### **THALITA DUTRA DE ABREU**

Graduação em Enfermagem pela Universidade CEUMA (2010), Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, Enfermagem do Trabalho e Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Atualmente trabalho como Auditora Técnica do SUS/ Assessora Técnica na Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde (Secretaria de Estado da Saúde/MA) e Enfermeira Assistencial do Hospital de Urgência e Emergência Psiquiátrica Nina Rodrigues. Membro do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial do Maranhão. Facilitadora e Tutora Estadual da Planificação de Atenção à Saúde pelo Hospital Albert Einstein.

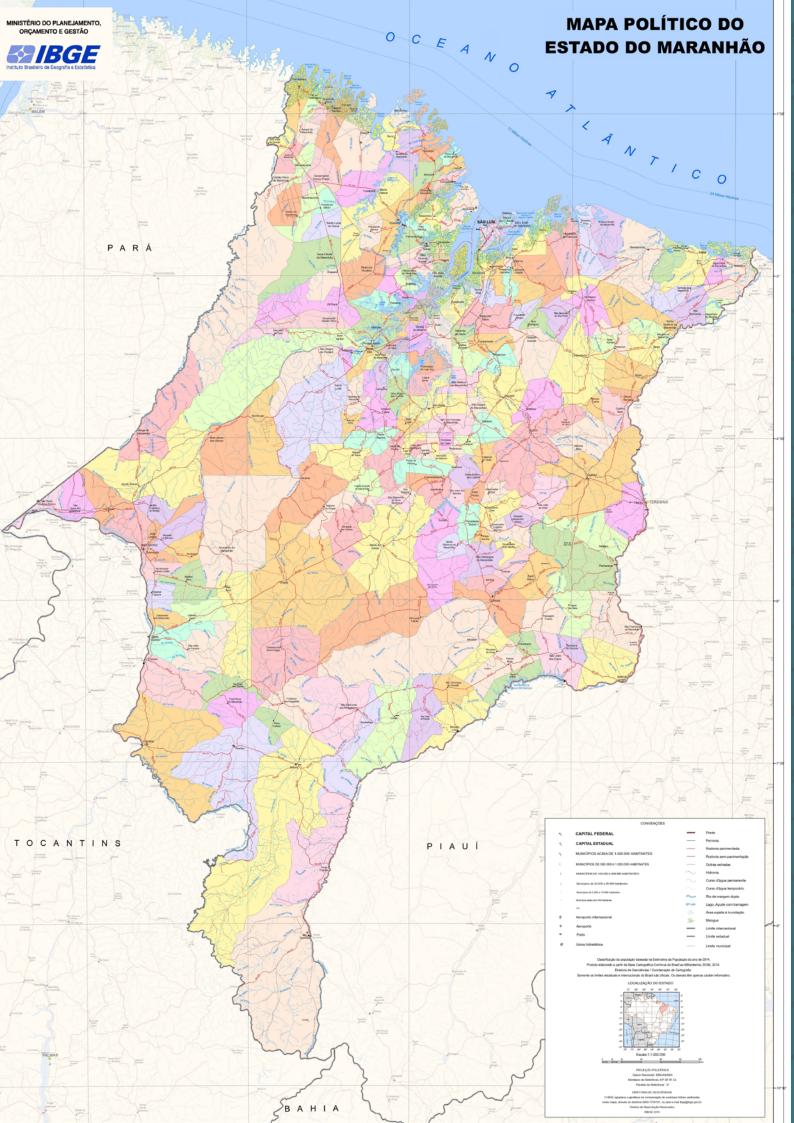
#### THIAGO DE JESUS MELO SILVA

Graduado em Direito no ano de 2014, pela Universidade Ceuma no estado do Maranhão, graduando em Ciências Sociais e Política pela Universidade Estadual do Maranhão (Uema), pós graduado em Direito Público pelo Instituto Damásio de Jesus no ano de 2020 e pós graduando em Direito Trabalhista; com atuação em prefeituras no Núcleo de Controladoria e Licitações e atualmente com atuação na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão nos processos administrativos de contratação da rede privada, de forma complementar ao SUS.

#### **CARMEN LUCIA SILVA BELFORT PINHEIRO**

Bacharel em Direito e Serviço Social pela Universidade Federal do Maranhão. Especialista em Ações de Planejamento e Orçamento Público. Feminista e Ativista Social em prol das minorias. Assessora Técnica na Assessoria Especial do Gabinete da Secretaria de Estado da Saúde. Conselheira Estadual de Saúde. Membro da Comissão Bipartite em Saúde. Membro do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Maternal, Fetal e Infantil. Membro do Grupo Estadual do Projeto de Regionalização das Ações e Serviços em Saúde do CONASS/Instituto Osvaldo Cruz.

# MARANHÃO





#### O que você achou deste material?



Sua experiência com os materiais produzidos pela ESP-MA é valiosa para nós. **Nos conte como foi sua experiência** para melhorarmos continuamente as produções e elaborações destes materiais gráficos. Use o leitor de QRCode ou acesse: forms.gle/RmjcptjMLMGCU4tx7

Este documento utiliza as famílias tipográficas Playfair Display e Open Sans. A imagem usada na capa e os vetores das páginas 16, 33, 36, 45, 47, 53-54, 68, 79, 86, 106-108, 113, 115 são de autoria do Freepik.com. Os mapas do Maranhão utilizados, marcas governamentais e federais, e elementos da ESP-MA, são de autoria da Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão/SES-MA.

