

**SEMUS**  
SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE



**PREFEITURA DE MARAJÁ DO SENA**  
**CNPJ: 01.555.070/0001-79**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

# **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MARAJÁ DO SENA - MA**



SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	5
2. GLOSSÁRIO.....	7
3. APRESENTAÇÃO .....	9
4. INTRODUÇÃO.....	10
5. ORGANOGRAMA DA SECRETARIA DE SAÚDE.....	11
6. ANÁLISE SITUACIONAL.....	12
6.1. aspectos históricos.....	12
6.2. aspectos demográficos.....	13
6.3. limites, localização, divisões territoriais.....	14
6.4. população, sexo e faixa etária.....	15
7. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	15
7.1. perfil de mortalidade.....	15
7.2. perfil de morbidade.....	17
7.3. indicadores rel. atenção básica (SISPACTO).....	20
7.4. aspectos epidemiológicos das arboviroses.....	21
8. REDE FÍSICA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE.....	22
8.1. rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços do sus. ....	22
8.2. profissionais do sus. ....	24
8.3. recursos humanos da rede hospitalar.....	25
9. DETERMINANTES E CONDICIONANTES (ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS).....	26
9.1. idhm (índice de desenvolvimento humano municipal e seus componentes).....	26
9.2. demografia e saúde.....	27
9.3. longevidade, mortalidade e fecundidade.....	30
9.4. educação.....	39
9.4.1. o programa bolsa família (pbf).....	34
9.4.2. programa saúde na escola (pse).....	36
10. POLO DE ACADEMIA DA SAÚDE.....	37
11. PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO.....	39
12. PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	39
13. ACESSO AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	41
13.1. Atenção à Saúde.....	41
13.1.1. Atenção Primária em Saúde.....	41
13.1.2. Sistema de Informação na Atenção Básica.....	43
13.1.3. Saúde do Idoso.....	45
13.1.4. Saúde do Homem.....	45
13.1.5. Saúde da Mulher.....	47º
13.1.6. Saúde da Criança e do Adolescente.....	53
14. CONTROLE DE ENDEMIAS E ZONOSSES.....	55
15. ATENÇÃO BÁSICA .....	61
15.1. Rede Hospitalar .....	62
15.1.1. Atenção às Urgências e Emergências.....	70
16. VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	72
16.1. Vigilância Epidemiológica.....	74
17. PARTICIPAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E OUVIDORIA NO CONTROLE SOCIAL.....	75
18. REGULAÇÃO E AUDITORIA.....	77
19. TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD).....	78
20. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI).....	80
21. PLENÁRIA DA XII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	90

22. PROPOSTAS DE GOVERNO PARA A SAÚDE (2022-2025).....	90
23. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO .....	91
24. REFERÊNCIAS.....	92
25. ANEXOS.....	94

**SEMUS**  
SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE



**PREFEITURA DE MARAJÁ DO SENA**  
**CNPJ: 01.555.070/0001-79**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**MARAJÁ DO SENA -MA**  
**Quadriênio 2022-2025**



## 1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

<b>Município:</b> MARAJÁ DO SENA – MA	<b>IBGE:</b> 2106359
<b>Região Administrativa de Saúde:</b> <sup>a</sup> Região de Saúde- Bacabal	
<b>Prefeito Municipal:</b> Lindomar Lima de Araújo	
<b>Secretário Municipal da Saúde:</b> Bruno Henrique Galvão de Oliveira	
<b>Fundo Municipal de Saúde (FMS):</b> 11.771.351/0001-12	
<b>Endereço da SEMUS:</b> Av. Dep. Raimundo Leal.	
<b>E-mail:</b> saudemarajadosena@gmail.com	
<b>Fone:</b> (99) 98441-9243	

### GESTORES MUNICIPAIS

<b>Prefeito Municipal:</b> Lindomar Lima de Araújo
<b>Fone:</b> (98) 984818048
<b>E-mail:</b> <a href="mailto:lindemam_filho@hotmail.com">lindemam_filho@hotmail.com</a> - Gabinete do Prefeito
<b>Secretário Municipal da Saúde:</b> Bruno Henrique Galvão de Oliveira
<b>Fone:</b> (99) 98441-9243
<b>E-mail:</b> <a href="mailto:brunohenriqueoliveira75@gmail.com">brunohenriqueoliveira75@gmail.com</a>

### ELABORAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E REVISÃO

Assessoria Técnica em Planejamento

José Eudes Soares Oliveira/Farmacêutico- Sanitarista

Cel: (99) 98453.0316

E-mail: [jesoares\\_27@hotmail.com](mailto:jesoares_27@hotmail.com)

## **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Secretária Municipal de Saúde – Bruno Henrique Galvão de Oliveira

Assessoria Técnica em Planejamento – José Eudes Soares Oliveira

Coordenação de Vigilância Epidemiológica, Coordenação de Vigilância do Trabalhador e Ambiental – Ageu Gomes Barbosa

Coordenação de Vigilância Sanitária – Eronilson da Cruz Silva

Coordenação do Núcleo de Endemias – Manoel Rodrigue Neves

Coordenação de Saúde Bucal – Anna Paula Silva Lima

Coordenação da Estratégia Saúde da Família – Kezia de Sousa Vieira

Coordenação de Imunização – Simone Almeida de Sousa

Coordenação do Sistema de Informação – Antônio Marcos Ferreira da Silva

Coordenação de Assistência Farmacêutica – Kaline de Sousa Vieira

Coordenação Programa Saúde na Escola – Kezia de Sousa Vieira

## **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS)**

### **MESA DIRETORA:**

PRESIDENTE: Jovelita de Sousa Vale

VICE-PRESIDENTE: Raimundo Nonato Gonçalves

### **Segmento Governo**

TITULAR: Bruno Henrique Galvão de Oliveira

SUPLENTE: Albertina Cristina Farias de Moraes Castelo Branco

TITULAR: Elivando Pessoa Lima

SUPLENTE: Marcondes da Silva Bezerra

### **Segmento Trabalhador Do SUS**

TITULAR: Jovelita de Sousa Vale

SUPLENTE: Edimilson Cavalcante Soares

TITULAR: Rejane de Sousa Vale

SUPLENTE: Maria Goreth Abreu

### **Segmento Usuário Do SUS**

TITULAR: Francieudes Bezerra Silva

SUPLENTE: Josilene de Sousa

TITULAR: Gilvanir de Sousa

SUPLENTE: Edilene dias Araújo

TITULAR: Maria Virtude Prudêncio

SUPLENTE: Raimundo Nonato Gonçalves

TITULAR: Totonho Cunha de Moura

SUPLENTE: Isaias Rodrigues

TITULAR: Marcos Da Silva Bezerra

SUPLENTE: Adenizo Costa Pinheiro

## 2. GLOSSÁRIO

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEREST – Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Bipartite Regional

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNPJ – Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DDA – Doenças Diarreicas Agudas

DSEI – Distrito Sanitário Indígena

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESB – Equipe de Saúde Bucal

GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

LIRAA – Levantamento de Índice Rápido *Aedes aegypti*

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

MS – Ministério da Saúde

OSC – Organização Sociedade Civil

PAVS – Programação das Ações de Vigilância em saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PNI – Programa Nacional de Imunização

PPA – Plano Plurianual de Ações

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PQAVS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SEDS – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social  
SEMED – Secretaria Municipal de Educação  
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde  
SES/MA – Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão  
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos  
SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização  
SISÁGUA – Sistema de Informação sobre a Qualidade da Água para Consumo Humano  
SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde  
ST – Saúde do Trabalhador  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TFD – Tratamento Fora do Domicilio  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UGRS – Unidade Gestora Regional de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
UFMA – Universidade Federal do Maranhão  
VDRL – Exame para diagnosticar Sífilis  
VISA – Vigilância Sanitária



### **3. APRESENTAÇÃO**

A saúde como direito de todos e dever do Estado está pautada na Constituição Federal de 1988. Assim, cabe à gestão municipal garantir o acesso à assistência, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, universalidade e equidade. Para isso, é necessário planejamento estratégico a partir dos principais instrumentos de gestão do SUS: Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA).

O Plano Municipal de Saúde consiste na programação das ações e prioridades para a saúde da população local. Apesar de resultar num documento formal, ele compreende o processo de trabalho que parte das necessidades da população, envolve a discussão das políticas públicas, envolvimento do controle social e, se necessários, mudanças no modelo de atenção à saúde.

Com vigência a partir de 01 de janeiro de 2022 até 31 de dezembro de 2025, o atual Plano Municipal de Saúde tem como objetivo nortear as ações em saúde no âmbito municipal, coerentes às propostas aprovadas na última Conferência Municipal de Saúde, às Programações Anuais de Saúde e com o Plano de Governo. Além disso, deve estar alinhado com o Plano Plurianual (PPA) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Conforme a Portaria 2.135/2013, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o conteúdo do plano consiste em: apresentação da análise situacional, que inclui a organização dos serviços e da Rede de Atenção à Saúde do Município, bem como as características sociodemográficas e epidemiológicas, informações importantes para avaliação atual dos indicadores e determinantes de saúde; apresentação das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e instrumentos de monitoramento e avaliação das ações propostas.

#### **4. INTRODUÇÃO**

No Plano de Saúde estão contidos as diretrizes, objetivos, estimativa de gastos e metas a serem atingidas, estratégias de ação e compromissos de governo para o setor, com a participação dos segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde de acordo com a perspectiva do Sistema Único de Saúde.

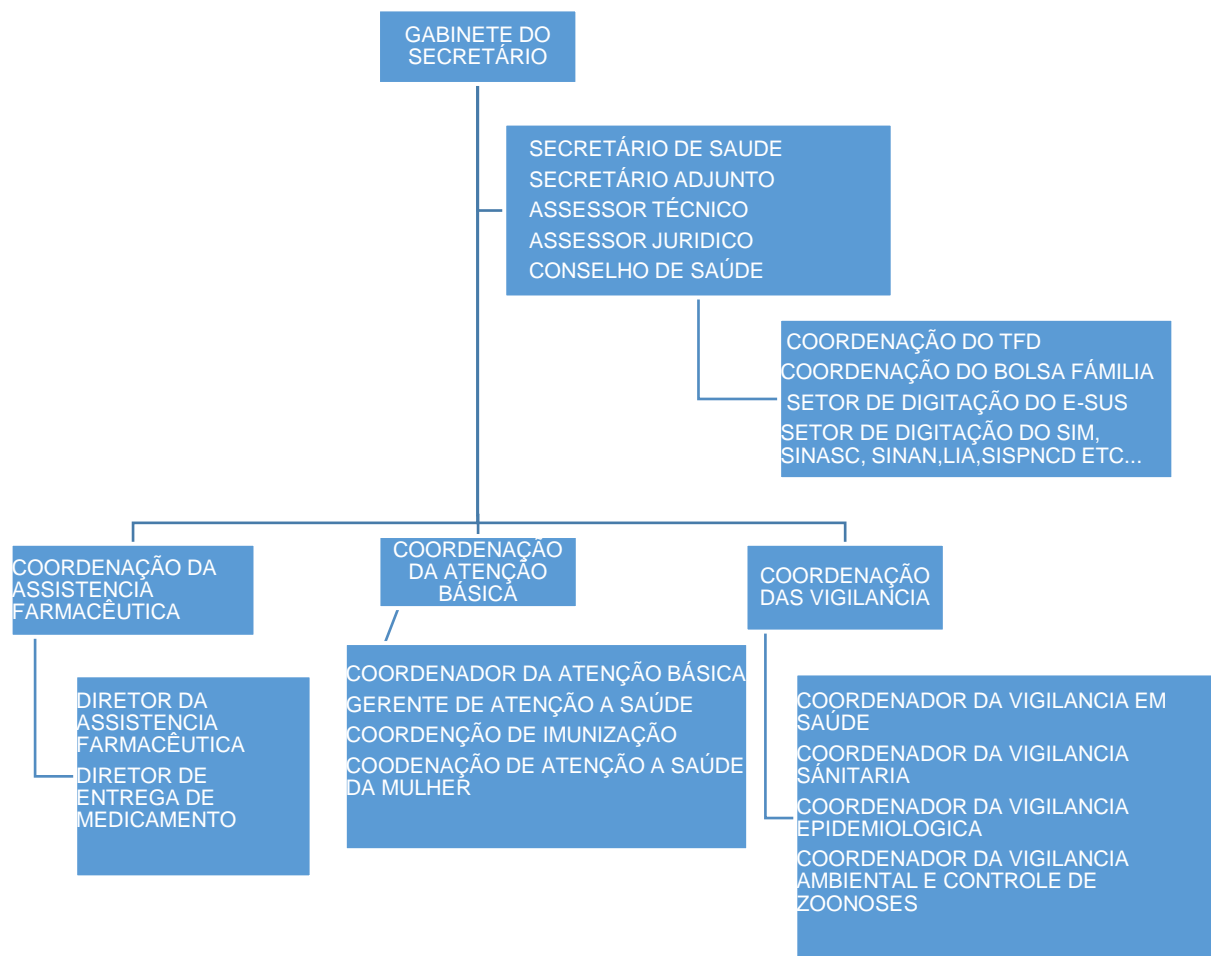
Para uma efetiva assistência à saúde da população, enfatizou-se um conjunto de ações que levam à promoção a saúde e prevenção de doenças.

A promoção à saúde visa oferecer uma melhoria nas condições de vida da população, objetivando o direito dos mesmos, levando em consideração os princípios da concepção holística da equidade e intersetorialidade, formando assim uma estratégia de produção de saúde.

A assistência à saúde do cidadão é baseada na integralidade, que segundo o Ministério da Saúde “é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso atenção em todos os níveis de complexidade do sistema”.

O município de Marajá do Sena, em busca da integralidade da assistência na saúde, traça metas e diretrizes para sistematizar as ações da Rede de Atenção Básica de Saúde. Através dessas metas e diretrizes o Plano de Saúde visa padronizar e melhorar a saúde individual e coletiva, pois investir na prevenção, promoção e recuperação da saúde, são fatores importantes para melhorar a qualidade de vida da população

## 5. ORGANOGRAMA DA SECRETARIA DE SAÚDE



## **6. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **6.1 ASPECTOS HISTÓRICOS**

O município de Marajá do Sena foi criado pela Lei N° 6.186 de 10 de novembro de 1994, o município de Marajá do Sena, com sede no povoado Marajá do Sena, a ser desmembrado do município de Paulo Ramos, subordinado à Comarca de Paulo Ramos.

O município de Marajá do Sena limita-se ao Norte com o município de Paulo Ramos; a Leste com o município de Lagoa Grande; a Oeste com o Município de Santa Luzia e ao Sul com o município de Grajaú.

O município apresenta um dos mais baixos índices de desenvolvimento e qualidade de vida do Brasil. Com estes aspectos, passa despercebido aos olhos do governo brasileiro. Apesar de vir crescendo com seu índice educacional, a qualidade da educação que ainda apresenta é preocupante.

Localiza-se na microrregião do Médio Mearim ao Oeste maranhense, encontra-se em seu bioma o cerrado e a Amazônia. Sua população estimada em 2013 segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) é de 7.721 habitantes.

O desenvolvimento econômico de Marajá do Sena destaca no setor rural onde se destaca como principal atividade a pecuária, bovinocultura e uma agricultura de subsistência baseada no cultivo de arroz, feijão, mandioca e milho, ainda hoje base da economia Municipal. O emprego gerado através da Administração Pública corresponde hoje parte integrante da economia do nosso município.

### **6.2 MAPA DA LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO NO MARANHÃO**



### **6.3. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

Área: 1.402,593 Km<sup>2</sup>

População 2021 (IBGE): 7.775 hab.

Densidade demográfica: 5,56 hab/Km<sup>2</sup>

Altitude: 226 m acima do mar

#### **Indicadores**

IDH: 0,452

PIB per capita: R\$ 6.713,95 (IBGE 2014)

Latitude: 4° 37' 48" S

Longitude: 45° 35' 49" W

Unidade Federativa: Maranhão

Mesorregião: Centro Maranhense

Microrregião: Pindaré

### **6.4 LIMITES, LOCALIZAÇÃO, DIVISÕES TERRITORIAIS**

Municípios Limítrofes: ao Norte com o município de Paulo Ramos; a Leste com o município de Lagoa Grande; a Oeste com o município de Santa Luzia e ao Sul com o município de Arame. Distância até a capital: 394,1 Km via BR-135 (6 h e 2 min)

### **6.5. CONDIÇÕES DE SAÚDE**

#### **2.2.1 – PANORAMA DEMOGRÁFICO**

Os censos demográficos são planejados para serem executados nos anos de finais zero, ou seja, a cada dez anos. Desta forma o último censo realizado no Brasil foi no ano de 2010. No intervalo entre dois censos demográficos, realiza-se a contagem da população e os resultados são usados no desenvolvimento de políticas públicas e na destinação dos fundos governamentais para as Unidades Federativas. Para o ano de 2012 foram utilizadas projeções intercensitárias, segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio (IBGE, 2016). Em 2021, o município de Marajá do Sena tem uma população estimada de 7.775 habitantes, em 2010 a população era de 8.051 habitantes.

## POPULAÇÃO, SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixa Etária Homem Mulher Total

**Gráfico 01: sexo e faixa etária (IBGE 2020)**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Homem</b>	<b>Mulher</b>	<b>Total</b>
00-04	494	457	951
05-09	588	456	1.044
10-14	554	515	1.069
15-19	536	400	936
20-29	669	596	1.265
30-39	562	478	1.040
40-49	359	284	643
50-59	247	205	452
60-69	140	91	231
70-79	60	26	86
80+	17	17	34
<b>Total</b>	<b>4.226</b>	<b>3.525</b>	<b>7.751</b>

Tabela 01: População Perfil demográfico, sexo e faixa etária (Fonte: DATASUS/IBGE- 2012)  
A população do município de Marajá do Sena é de 7.751 habitantes (2012), estimada para 2017 de 8.051 habitantes.

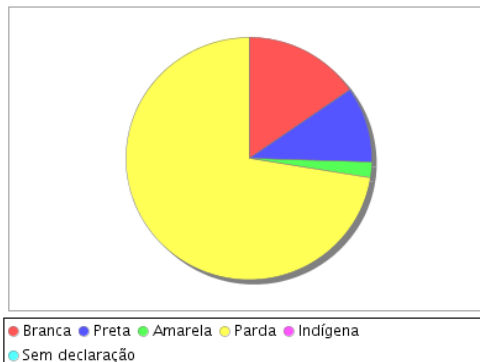
## POPULAÇÃO RAÇA/COR

Tabela 01: População Perfil demográfico, sexo e faixa etária

<b>População do último Censo (ano 2010 )</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Branca	1.239	15,98%
Preta	813	10,49%
Amarela	162	2,09%
Parda	5.837	75,30%
Indígena	0	0,00%

Sem declaração	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>8.051</b>	<b>100,00%</b>

Fonte:DATASUS/ IBGE



## DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

### PERFIL DE MORBI-MORTALIDADE

#### Dados Epidemiológicos

Mortalidade por grupos de causas, faixa etária e por residência ( Fonte: Portal DATASUS

Tabnet/SIM - 0 ) -

#### Faixa Etária

Mortalidade por Capítulo CID 10	Menor 1	1	5	10	15	20	30	40	50	60	70	80 e mais	Idade Ignorada	Total
		4	9	14	19	29	39	49	59	69	79			
Capítulo III Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	6

Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1
Capítulo XVIII Transtornos Mentais e Comportamentais	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	

No perfil Mortalidade , no ano 2017, as doenças do Aparelho circulatório foram as mais evidenciadas, 06 casos, ou seja 33,3% do total de 18 notificadas, seguidas de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, 03 casos (16,7%) e ainda de causas externas de morbidade e de mortalidade, também com 03 casos, 16,7% do total. Chamando a atenção ainda da ocorrência de Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, 02 casos, 11,0% do total. Observa-se que a Diabetes e a Hipertensão Arterial são doenças de grande relevância, demonstrando que precisa ser investido em educação e Saúde e ações pontuais assim como: atendimento regular nas UBS's, com profissionais, exames e abastecimento de medicamentos. As estatísticas têm demonstrado pouco progresso, devendo haver melhoria nas condições de saúde – implementação da Estratégia Saúde da Família, com implantação de novas equipes de Saúde da Família, Programa Mais Médicos para o Brasil, entre outros. Nas causas de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, os sintomas e afecções menos bem definidas são aqueles que sem que tenha havido o necessário estudo do caso para estabelecer um diagnóstico final, podem conduzir com igual possibilidade a duas ou mais doenças diferentes ou a dois ou mais aparelhos do corpo. Pode ser justificado por aqueles pacientes que não retornam à consulta para aprofundamento da investigação do diagnóstico ou para assistência ou ainda aqueles casos encaminhados a outros locais para investigação ou tratamento antes que o diagnóstico fosse



feito. Nas causas externas evidencia-se que o município é cortado por estradas vicinais com muitas curvas e muito estreitas, além de muito acidentadas onde concorre para o aumento significativo de acidentes com mortalidade por veículos de rodas, principalmente motocicletas.

#### **TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL – 6,0 por mil nascidos vivos (2017)**

A mortalidade Neonatal estima o risco de um nascido vivo morrer dos 0 aos 27 dias de vida e a mortalidade pós – neonatal estima o risco de um nascido vivo morrer entre o 28o e 364o dias completos de vida. A mortalidade neonatal associa-se principalmente à Assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, enquanto a mortalidade pós-neonatal reflete sobretudo a infraestrutura ambiental e o desenvolvimento socioeconômico, relacionados à desnutrição infantil e a infecções a ela associados (RIPSA,2010). Dentre as principais causas de mortalidade Neonatal no município, referem-se a algumas afecções originadas no período perinatal, período este que começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação (época em que o peso de nascimento é normalmente de 500g) e termina com sete dias.

#### **MORTALIDADE MATERNA**

Razão, Taxa ou Coeficiente de mortalidade materna é o indicador utilizado para conhecer o nível de morte materna calculado pela relação do n.º de mortes maternas ou de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela” (Laurenti, 2000). O indicador permite estimar a frequência de óbitos femininos atribuídos às causas em questão em relação ao número de nascidos vivos, refletindo a qualidade da assistência à saúde da mulher (OPAS, 2002). No pacto dos Indicadores o município de Marajá do Sena assumiu 0,00 óbito materno por 100 mil habitantes, meta está atingida em 2017, não ocorrendo nenhum óbito. Isto quer dizer da importância da tendência que estamos seguindo, estamos reduzindo a mortalidade materna e isso indica uma melhoria do sistema, qualidade da informação, equipes fortalecidas e um melhor pré-natal, observando o número de seis ou mais consultas de pré-natal no município que vem aumentando ao longo dos anos.

Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (Leal ET AL, 2004). Desde 2000, a normatização do Ministério da Saúde define como pré-natal adequado à realização de seis ou mais consultas, preconizando que quanto maior o número de consultas pré-natais maior a garantia de uma gestação e parto seguros. Sendo

assim, o Observatório em Iniquidades em Saúde da Fiocruz aponta, como um dos Indicadores de atenção preventiva, a proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal (Ministério da Saúde, 2006).

### **SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM)**

Foi criado com intuito de obtenção de dados sobre mortalidade, de forma abrangente proporcionando a produção e estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde, permitindo não apenas um estudo estatístico epidemiológico, mas também sócio demográfico.

### **OBITOS 2017 – MARAJÁ DO SENA**

Frequência segundo faixa etária

<b>Faixa Etária</b>	<b>Frequência</b>
< 1 a	3
01-04a	13
05-14a	23
15-29a	38
30-39a	25
40-49a	17
50-59a	14
60 - 69	12
70 – 79	8
80 +	3
<b>TOTAL</b>	<b>177</b>

### **MORBIDADE Hospitalar por grupos de causas, faixa etária e por residência**

No perfil morbidade do município de Marajá do Sena, no ano 2017, as doenças relacionadas à Gravidez, parto e puerpério foram as mais destacadas, com 42 casos, num universo de 177 agravos (23,7%), seguidas de doenças infecciosas e Parasitárias, 37 casos (20,9%) e as doenças por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, 22 casos (12,43%).

Nesse quadro, evidencia-se inúmeros problemas na deficiência da Assistência ao pré-natal, parto e puerpério, embora realizando de 6 a 7 consultas no pré-natal, questiona-se a qualidade dessas consultas, a época que são iniciadas e o acompanhamento, assim como alta segura, no parto. Nesse sentido há necessidade de reorganização da assistência, avaliação do

trabalho desenvolvido pela estratégia Saúde da Família (PACS, PSF) e alimentação do SISPRENATAL.

Avalia-se a segunda maior causa de adoecimento, as Doenças Infecciosas e parasitárias influenciada pelas condições ambientais. A falta ou precariedade do acesso ao saneamento básico favorece o aumento do contágio de doenças. Deve-se considerar iniciativas de gestão para manter adequadas as condições de vida da população: abastecimento permanente de água segura, coleta de resíduos sólidos, coleta e tratamento de esgoto, infraestrutura rodoviária, condições adequadas de moradia, oferta de serviços de saúde eficaz, entre outras condições, são fatores determinantes para evitar a proliferação de agentes infecciosos e vetores.

Internações por Capítulo CID-10	Faixa Etária												Total
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e mais	
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	6	3	1	6	5	5	1	2	2	4	1	37
Capítulo II Neoplasias [tumores]	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	4
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
Capítulo VIII Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	1	1	2	1	3	3	2	0	13
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	1	6	3	0	0	0	1	0	0	2	0	0	13
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	1	0	0	0	6	1	2	3	1	1	2	17

Capítulo XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	0	2	3	1	4	2	4	2	0	0	0	18
Capítulo XV Gravidez, parto e puerpério	0	0	0	0	12	19	8	3	0	0	0	0	42
Capítulo XVI Algumas afecções originadas no período perinatal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Capítulo XIX Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	0	0	3	3	1	3	3	5	2	2	0	0	22
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>177</b>

### INDICADORES RELACIONADOS À ATENÇÃO BÁSICA

Os Indicadores apresentados na tabela abaixo (tabela 06) são monitorados com a finalidade de garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica, considerando a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas loco regionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde (Ministério da Saúde,2015).

Tabela 06 - Indicadores relacionados à Atenção Básica, residentes em Marajá do Sena no ano de 2017.

<b>INDICADORES RELACIONADOS À ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>Meta 2017</b>	<b>Resultado 2017</b>
Cobertura populacional estimada pelas equipes da atenção básica	<b>90,0</b>	<b>90,43</b>
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa bolsa família	<b>70,0</b>	<b>100,0</b>

Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	<b>76,90</b>	<b>90,43</b>
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 Anos e a população da mesma faixa etária	<b>0,50</b>	<b>0,10</b>
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres De 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	<b>0,20</b>	<b>0,00</b>

**Fonte: Datasus.**

Os programas de Saúde que são desenvolvidos pela Secretaria Municipal da Saúde, enfatizam as ações e serviços básicos, englobando o Programa Saúde da Família – PSF, com teto para 04 ESF, credenciadas e implantadas 02 ; Programa Saúde Bucal – ESB, com teto de 04 ESB, com 02 credenciadas e implantadas; o Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS, dispõe de 18 ACS, com teto de 26 e com 18 credenciados e implantados e demais ações de saúde, no sentido de atender a demanda dos serviços essenciais de atenção básicas, para toda a população.

## **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS ARBOVIROSES NO MUNICÍPIO**

O Programa Municipal de Controle da Dengue PMCD, que conta com 3 funcionários, para atender exclusivamente o programa, realizando as ações necessárias para o controle da dengue no município, sendo o ano de 2017 o município encerrou o ano com índice para *Aedes aegypti* em torno de 0.0%, o que fica abaixo do preconizado pelo MS, que é abaixo de 1% e a meta cumprida de 6 ciclos de tratamento com 04 acima de 80% de imóveis visitados, assim com 7 ciclos de Levantamento de índice – LIA. Como suporte deste trabalho o programa tem o Plano de Contingência da Dengue que consolida e traduz as diretrizes políticas da Secretaria Municipal de Saúde de Marajá do Sena, visando colocá-la em prática em um eventual momento epidêmico e a implantação de medidas que fortaleçam o Sistema Único de Saúde – SUS no município, com vistas à necessidade de articulação com todos os setores públicos a população e o município como um todo.

### **2.2.3 - REDE FISICA DE ATENDIMENTO EM SAUDE**

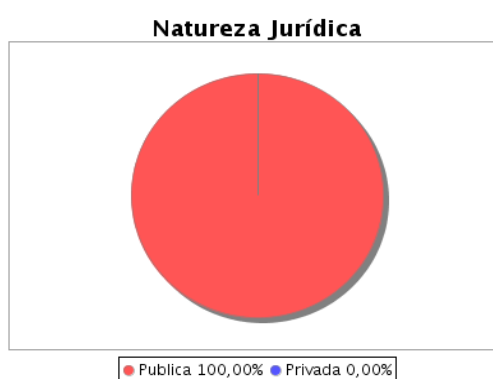
Os estabelecimentos de saúde estão cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – SCNES e são classificados em diversos tipos, definidos com base nas atividades profissionais e serviços

ofertados à população. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi instituído pelo Ministério da Saúde (PT/SAS 511/2000), onde determina que todos os estabelecimentos que prestem assistência à saúde, públicos e privados existentes em todo território nacional devem cadastrar-se. O cadastro compreende o conhecimento dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos, Serviços Ambulatoriais e Hospitalares. É a base para o Cartão Nacional de Saúde (CNS) dos profissionais que executam ações e ou serviços de Saúde pelo SUS no país. O número do CNES identifica o estabelecimento de saúde junto ao Ministério da Saúde e conforme Resolução Normativa ANS 71/2004, passou a ser requisito dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras e prestadores de saúde, definiu a utilização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, como identificador inequívoco do prestador. Com relação às variáveis que discriminam os estabelecimentos de saúde, no quesito “Tipo de Administração”, cabe ressaltar que “Gerência” corresponde à esfera administrativa a qual o estabelecimento de saúde está diretamente subordinado, podendo estar classificado nas seguintes esferas: Privada, Federal, Estadual e Municipal. Em relação à categoria “Tipo de Gestão”, esta identifica a qual gestor (Estadual, Municipal ou Dupla) o estabelecimento de saúde tem contrato/convênio, o qual é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamento dos serviços prestados ao SUS. Observa-se no gráfico abaixo que pelo tipo de gestão, 100,0% é municipal, 0,00% estadual e 0,00% gestão dupla. Na esfera administrativa 100,00% da rede física do SUS está classificada como esfera administrativa pública e 0,00% sob esfera administrativa privada, dados estes que refletem que o município possui cobertura assistencial considerável aos usuários do SUS.

**REDE FÍSICA DE SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS (Fonte: CNES)**

Tipo de Estabelecimento	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
POSTO DE SAUDE	3	3	0	0

CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	2	2	0	0
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1	1	0	0
UNIDADE ODONTOLOGICA MOVEL	1	1	0	0
SECRETARIA DE SAUDE	1	1	0	0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>



Natureza Jurídica (Gerência)	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
MUNICIPAL	7	7	0	0
Total	7	7	0	0

Os estabelecimentos de saúde com gestão municipal apresentam a produção assistencial em saúde, através de estabelecimentos de saúde da rede própria (Rede Municipal de Saúde) e no âmbito complementar através de firmamentos de convênios/contratos com estabelecimentos de saúde públicos/filantrópicos/privados.

De acordo com os Tipos de Estabelecimentos, apresentam-se elencados abaixo os estabelecimentos sob Gestão Municipal, a saber:

- 01 Secretaria Municipal de Saúde de Marajá do Sena (SEMUS);
- 01 Coordenação de Vigilância Sanitária;

- Unidades Básicas de Saúde: 04; sendo 02 Unidades Básicas Saúde da Família;
- 01 Farmácia Básica;
- 01 Centro de Saúde;
- 01 Laboratório de Análises Clínicas;

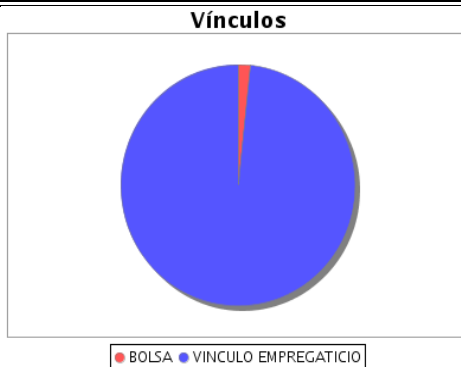
## PROFISSIONAIS DO SUS

A força de trabalho na SEMUS de Marajá do Sena é composta por 118 servidores de diversas categorias cadastrados no CNES, sendo; 76 (64,4%) contratados por prazo determinado; 08 Emprego público (6,8%) e 24 Sem Tipo (20,3%).

<b>PROFISSIONAIS SUS (Fonte: CNES)</b>	
<b>BOLSA</b>	
<b>Tipo</b>	<b>Total</b>
BOLSISTA	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>
<b>INTERMEDIADO</b>	
<b>Tipo</b>	<b>Total</b>
CONTRATADO TEMPORARIO OU POR PRAZO/TEMPO DETERMINADO	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>
<b>OUTROS</b>	
<b>Tipo</b>	<b>Total</b>
CONTRATO VERBAL/INFORMAL	0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>
<b>VINCULO EMPREGATICIO</b>	
<b>Tipo</b>	<b>Total</b>
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	20



<b>PROFISSIONAIS SUS (Fonte: CNES)</b>	
EMPREGO PUBLICO	1
ESTATUTARIO	36
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>



## RECURSOS HUMANOS DA REDE HOSPITALAR

O Centro de Saúde Afonso Cordeiro (CNES:2462869) tem em seu quadro funcional 19 profissionais da Saúde.

**Tabela - profissionais do Hospital Municipal de MARAJÁ DO SENA**

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE AFONSO CORDEIRO</b>
<b>NÍVEL SUPERIOR</b>	
Médico ESF	01
Biomédico	01
Enfermeiro	04
Fisioterapeuta	01
Enfermeiro SF	01
Cirurgião Dentista	01
Técnico Enfermagem	04
Auxiliar Enfermagem	0
Técnico Radiologia	01

Auxiliar Laboratório	01
Agente Endemias	02
Auxiliar Saúde Bucal	01
Digitador	03
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>

## ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

### IDHM

#### Componentes

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Marajá do Sena é 0,452, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Baixo (IDHM entre 0 e 0,499). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,774, seguida de Renda, com índice de 0,400, e de Educação, com índice de 0,299.

### Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Marajá do Sena – MA

<b>IDHM e componentes</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
<b>IDHM Educação</b>	0,023	0,111	0,299
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	3,22	4,79	15,36
% de 5 a 6 anos na escola	1,88	56,28	89,99
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	2,73	7,32	54,18
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	0,50	2,48	15,39
% de 18 a 20 anos com médio completo	2,65	1,30	7,23
<b>IDHM Longevidade</b>	0,503	0,637	0,774
Esperança de vida ao nascer	55,19	63,19	71,44
<b>IDHM Renda</b>	0,395	0,417	0,400
Renda per capita	93,53	107,07	96,25

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

## EVOLUÇÃO

**Entre** **2000** **e** **2010**

O IDHM passou de 0,309 em 2000 para 0,452 em 2010 - uma taxa de crescimento de 46,28%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 79,31% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,188), seguida por Longevidade e por Renda.

### **Entre 1991 e 2000**

O IDHM passou de 0,166 em 1991 para 0,309 em 2000 - uma taxa de crescimento de 86,14%. O hiato de desenvolvimento humano foi reduzido em 82,85% entre 1991 e 2000. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Longevidade (com crescimento de 0,134), seguida por Educação e por Renda.

**Entre** **1991** **e** **2010**

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,166, em 1991, para 0,452, em 2010, enquanto o IDHM da Unidade Federativa (UF) passou de 0,357 para 0,639. Isso implica em uma taxa de crescimento de 172,29% para o município e 78% para a UF; e em uma taxa de redução do hiato de desenvolvimento humano de 65,71% para o município e 53,85% para a UF. No município, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,276), seguida por Longevidade e por Renda. Na UF, por sua vez, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,358), seguida por Longevidade e por Renda.

## RANKING

Marajá do Sena ocupa a 5562<sup>a</sup> posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul) e o menor é 0,418 (Melgaço).

## DEMOGRAFIA E SAÚDE

### População

Entre 2000 e 2010, a população de Marajá do Sena cresceu a uma taxa média anual de -1,73%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 7,57% para 14,38%. Em 2010 viviam, no município, 8.051 pessoas.

Entre 1991 e 2000, a população do município cresceu a uma taxa média anual de 1,07%. Na UF, esta taxa foi de 1,53%, enquanto no Brasil foi de 1,63%, no mesmo período. Na década, a taxa de urbanização do município passou de 0,00% para 7,57%.

### População Total, por Gênero, Rural/Urba - Município - Marajá do Sena - MA

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
<b>População total</b>	8.704	100,00	9.583	100,00	8.051	100,00
<b>População residente masculina</b>	4.554	52,32	5.152	53,76	4.390	54,53
<b>População residente feminina</b>	4.150	47,68	4.431	46,24	3.661	45,47
<b>População urbana</b>		0,00	725	7,57	1.158	14,38
<b>População rural</b>	8.704	100,00	8.858	92,43	6.893	85,62

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

### ESTRUTURA ETÁRIA

Entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 92,51% para 72,58% e a taxa de envelhecimento, de 2,78% para 2,52%. Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 110,14% e 2,46%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

#### O que é razão de dependência?

Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais (população dependente) em relação à população de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa).

#### O que é taxa de envelhecimento?

Razão entre a população de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

## Estrutura Etária da População - Município - Marajá do Sena - MA

<b>Estrutura Etária</b>	<b>População (1991)</b>	<b>% do Total (1991)</b>	<b>População (2000)</b>	<b>% do Total (2000)</b>	<b>População (2010)</b>	<b>% do Total (2010)</b>
<b>Menos de 15 anos</b>	4.348	49,95	4.339	45,28	3.183	39,54
<b>15 a 64 anos</b>	4.142	47,59	4.978	51,95	4.665	57,94
<b>População de 65 anos ou mais</b>	214	2,46	266	2,78	203	2,52
<b>Razão de dependência</b>	110,14	-	92,51	-	72,58	-
<b>Taxa de envelhecimento</b>	2,46	-	2,78	-	2,52	-

Fonte: PNUD, Ipea e FIP

## LONGEVIDADE, MORTALIDADE E FECUNDIDADE

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano de idade) no município passou de 48,8 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 25,0 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Em 1991, a taxa era de 97,0. Já na UF, a taxa era de 28,0, em 2010, de 46,5, em 2000 e 82,0, em 1991. Entre 2000 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no país caiu de 30,6 óbitos por mil nascidos vivos para 16,7 óbitos por mil nascidos vivos. Em 1991, essa taxa era de 44,7 óbitos por mil nascidos vivos. Com a taxa observada em 2010, o Brasil cumpre uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015.

## Longevidade, Mortalidade e Fecundidade - Município - Marajá do Sena - MA

	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Esperança de vida ao nascer	55,2	63,2	71,4
Mortalidade infantil	97,0	48,8	25,0

Mortalidade até 5 anos de idade	124,9	62,8	27,2
Taxa de fecundidade total	6,7	4,7	4,1

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 8,3 anos na última década, passando de 63,2 anos, em 2000, para 71,4 anos, em 2010. Em 1991, era de 55,2 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

### SAÚDE (2017)

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9.90 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 3.7 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 1 de 217 e 146 de 217, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1 de 5570 e 946 de 5570, respectivamente.

## EDUCAÇÃO

### Crianças e Jovens

Proporções de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 89,99%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 54,18%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 15,39%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 7,23%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 88,11 pontos percentuais, 51,45 pontos percentuais, 14,89 pontos percentuais e 4,58 pontos percentuais.

Em 2010, 63,41% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 53,14% e, em 1991, 90,09%.

Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 5,99% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 0,00% e, em 1991, 0,34%.

#### Expectativa de Anos de Estudo

**O indicador Expectativa de Anos de Estudo** também sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Entre 2000 e 2010, ela passou de 4,08 anos para 6,62 anos, no município, enquanto na UF passou de 6,87 anos para 9,26 anos. Em 1991, a expectativa de anos de estudo era de 3,92 anos, no município, e de 6,29 anos, na UF.

#### População Adulta

Também compõe o IDHM Educação um indicador de escolaridade da população adulta, o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 4,79% para 15,36%, no município, e de 39,76% para 54,92%, na UF. Em 1991, os percentuais eram de 3,22% ,no município, e 30,09%, na UF. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos ou mais de idade, 50,88% eram analfabetos, 11,29% tinham o ensino fundamental completo, 6,13% possuíam o ensino médio completo e 1,79%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27%.

#### RENDA

A renda per capita média de Marajá do Sena cresceu 2,91% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 93,53, em 1991, para R\$ 107,07, em 2000, e para R\$ 96,25, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 0,15%. A taxa média anual de crescimento foi de 1,51%, entre 1991 e 2000, e -1,06%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 80,72%, em 1991, para 80,39%, em 2000, e para 78,23%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gení, que passou de 0,44, em 1991, para 0,59, em 2000, e para 0,62, em 2010.

#### O que é Índice de Gini?

É um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo

que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

### Renda, Pobreza e Desigualdade - Município - Marajá do Sena - MA

	1991	2000	2010
Renda per capita	93,53	107,07	96,25
% de extremamente pobres	50,77	56,56	60,72
% de pobres	80,72	80,39	78,23
Índice de Gini	0,44	0,59	0,62

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

### TRABALHO

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

Entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 65,37% em 2000 para 47,82% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 0,80% em 2000 para 13,89% em 2010.

### Ocupação da população de 18 anos ou mais - Município - Marajá do Sena - MA

	2000	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais	65,37	47,82
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais	0,80	13,89
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	4,79	8,25
<b>Nível educacional dos ocupados</b>		
% dos ocupados com fundamental completo - 18 anos ou mais	5,93	19,07
% dos ocupados com médio completo - 18 anos ou mais	2,51	9,81
<b>Rendimento médio</b>		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	87,48	82,22
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m. - 18 anos ou mais	96,67	95,66
% dos ocupados com rendimento de até 5 s.m. - 18 anos ou mais	98,81	99,47



Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 75,62% trabalhavam no setor agropecuário, 0,00% na indústria extrativa, 0,32% na indústria de transformação, 1,17% no setor de construção, 0,00% nos setores de utilidade pública, 1,80% no comércio e 17,06% no setor de serviços.

### **Trabalho e Rendimento**

Em 2017, o salário médio mensal era de 3.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 2.6%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 3 de 217 e 199 de 217, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 181 de 5570 e 5548 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 64.1% da população nessas condições, o que o colocava na posição 1 de 217 dentre as cidades do estado e na posição 3 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

### **HABITAÇÃO**

#### **Indicadores de Habitação - Município - Marajá do Sena - MA**

	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
% da população em domicílios com água encanada	4,71	1,01	58,67
% da população em domicílios com energia elétrica	1,59	24,35	57,49
% da população em domicílios com coleta de lixo	-	-	84,78

Fonte: PNUD, Ipea e FJP

### **VULNERABILIDADE SOCIAL**

#### **Vulnerabilidade Social - Município - Marajá do Sena - MA**

<b>Crianças e Jovens</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Mortalidade infantil	97,02	48,79	25,00
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	87,36	57,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	84,62	19,11	8,74
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	24,69	41,21
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	5,59	6,15	6,70

Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	18,59	5,98
<b>Família</b>			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	6,34	6,86	42,55
% de vulneráveis e dependentes de idosos	4,47	6,44	6,43
% de crianças extremamente pobres	60,34	65,01	67,25
<b>Trabalho e Renda</b>			
% de vulneráveis à pobreza	94,09	91,69	91,57
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	93,44	83,82
<b>Condição de Moradia</b>			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	2,88	0,20	13,91

### **O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA – PBF**

Foi instituído pela Lei n.º 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004; é um programa de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 140 mensais, que associa à transferência do benefício financeiro, o acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social. As condicionalidades são os compromissos nas áreas da Educação, Saúde e Assistência Social, assumidos pelas famílias e que precisam ser cumpridos para que elas continuem a receber o benefício. São, ao mesmo tempo, responsabilidades das famílias e do poder público. A Portaria Interministerial nº 2.509, de 22 de novembro de 2004, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Na área da Saúde deve-se cumprir os cuidados básicos, como levar as crianças menores de 7 anos para acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento; cumprir o pré-natal para gestantes e realizar acompanhamento das nutrízes na faixa etária de 14 a 44 anos. As famílias devem ser assistidas por equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde ou por profissionais das unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família. Para apoiar os estados e municípios na gestão do Programa Bolsa Família foi criado o Índice de Gestão

Descentralizada (IGD), regulamentado pela Lei nº 12.058, de 13 de outubro de 2009, é um número indicador que varia de 0 a 1 e mostra a qualidade da gestão do PBF no âmbito municipal. Os recursos são calculados com base no cumprimento das responsabilidades da ação social, educação e saúde. Com base nesse indicador, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) repassam recursos aos municípios para que façam a gestão do Programa. O município deve cumprir alguns requisitos, entre eles: atingir o valor mínimo de 0,55 no cálculo do IGD e atingir o valor mínimo de 20% em cada um dos quatro indicadores que compõem o IGD - qualidade e integridade das informações constantes no Cadastro Único, atualização da base de dados do Cadastro Único, informações sobre o cumprimento das condicionalidades da área de educação e da área de saúde.

É importante observar que quanto maior o número de acompanhamentos, maior será o recurso transferido (IGD). Em Marajá do Sena o acompanhamento das famílias beneficiárias é realizado mensalmente em todas as unidades de atenção primária à saúde. É realizado acompanhamento do calendário de imunização e do crescimento e desenvolvimento infantil, e verificação do cumprimento do pré-natal por gestantes. É realizada busca ativa semestralmente das famílias beneficiárias do PBF com perfil Saúde, através dos mapas de acompanhamento gerados pelo Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, que é on-line e voltado especificamente para o monitoramento das condicionalidades de saúde dos beneficiários. Os Agentes Comunitários de Saúde - ACS realizam a busca ativa na área de cobertura das equipes de saúde da família. Durante as visitas domiciliares são coletados dados básicos referentes ao cumprimento das condicionalidades de saúde, sendo as famílias com crianças até 07 anos e gestantes orientadas a procurar a unidade de saúde para acompanhamento do estado nutricional e para cumprimento das condicionalidades de vacinação e pré-natal, caso não estejam em dia. Durante a realização da busca ativa encontra-se bastante dificuldade, pois os endereços gerados pelos mapas de acompanhamento são desatualizados, dificultando a localização e conseqüentemente o acompanhamento das famílias. São realizados contatos por telefone com as famílias que não foram localizadas e que permanecem ausentes ao acompanhamento, para atualização ou confirmação do endereço e orientação sobre as condicionalidades da saúde. Através do Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, a família que realiza o acompanhamento na Saúde e não cumpre as condições de vacinação e pré-natal é notificada, porém a família que permanece ausente e indiferente ao acompanhamento não recebe notificação alguma. A fim de melhorar o IGD e o valor de cada indicador, as secretarias envolvidas no PBF - Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES),

Secretaria de Saúde (SEMUS) e Secretaria de Educação (SEMEC) - realizam reuniões periódicas articulando as ações desenvolvidas em cada setor.

**Tabela 07 - Percentual de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com Perfil Saúde totalmente acompanhadas, no período de 2014 a 2017 em Marajá do Sena (MA).**

VIGÊNCIA	FAMILIAS PERFIL SAÚDE	ACOMPANHA DAS	PERCENTUAL
1ª 2014	1.549	1.490	96,19 %
2ª 2014	1.555	1.555	100,0 %
1ª 2015	1.402	1.159	82,25 %
2ª 2015	1.347	878	56,18 %
1ª 2016	1.511	1.511	100,0 %
2ª 2016	1.415	1.415	100,0 %
1ª 2017	1.487	1.487	100,0 %
2ª 2017	1.374	1.374	100,0 %

Fonte: Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde

#### **PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)**

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura que foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007 e contribui para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino.

O Programa inclui ações de avaliação de saúde em antropometria, oftalmologia, saúde bucal e verificação da situação vacinal; ações de promoção e prevenção de saúde em segurança alimentar e alimentação saudável, em cultura de paz e direitos humanos, em saúde mental, em DST/AIDS, direito sexual e reprodutivo, e prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; e ações de formação profissional para trabalhar com essas temáticas de promoção e prevenção.

Em Marajá do Sena, o município pactuou 01 creche (Tabela 25); 94 educandos pré-escolares; 61 do Ensino de Jovens e Adultos (EJA). Foi incluída, também, a Campanha Nacional de Hanseníase, Geohelmintíase.

As ações de avaliação em saúde são desenvolvidas junto as Equipes Saúde da Família (ESF) nas escolas de sua área de abrangência.

### Quadro : Situação do Programa Saúde na Escola

CREC HE	EDUCAN DOS PRÉ- ESCOLA	EDUCAN DOS ENS. FUND	EDUCAN DOS ENSINO MÉDIO.	EDUCAN DOS EJA	TOTA L EQUIP ES	20% DA ADES ÃO	80% RESTAN TES
1	94	680	0	61	2	1.200,0 0	0,00

### POLOS DE ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde, normatizado pela Portaria nº 2.681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013, e redefinido pela Portaria nº 1.707/GM/MS, de 26 de setembro de 2016, tem o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, por meio de espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, denominados polos.

Os polos são espaços públicos de saúde da Atenção Básica construídos ou designados para o desenvolvimento das ações previstas e planejadas para o Programa. O polo deverá estar localizado na área de abrangência do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da Atenção Básica, compondo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) local, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

O Ministério da Saúde repassa aos municípios incentivo financeiro de duas naturezas: 1. Investimento – destinado à construção dos polos. O município deve captar Emenda Parlamentar que será destinada a este objeto no Fundo Nacional de Saúde; e 2. Custeio – destinados aos polos construídos e para os quais foi realizada pelo gestor municipal a solicitação de custeio. Este incentivo é transferido regular e automaticamente por meio do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), no valor mensal de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por polo. Tal repasse, no entanto, consiste em um incentivo, devendo o Programa contar também com o financiamento dos estados e municípios.

O município MARAJÁ DO SENA não está habilitado para a implantação do Programa por meio de construção de polo ou polo identificado como similar ao Programa Academia da Saúde.

### PRO EPS-SUS

Em 2016 foi implantada a Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) que é o resultado de um movimento de apropriação e ativação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) através de diversos atores municipais e estaduais. A construção desta Política foi

orientada por uma metodologia que adota o modelo de referência para a análise de coerência das ações de promoção da saúde, baseado no modelo de avaliação de municípios saudáveis proposto pela Organização Pan-americanas de Saúde (OPAS) em 2005, e o mesmo utilizado para a revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. A POEPS objetiva promover e incentivar o desenvolvimento de ações intrasetoriais e intersetoriais que favoreçam a equidade, a melhoria das condições e modos de viver, que estimulem o empoderamento dos indivíduos e comunidades de modo a ampliar a potencialidade da saúde individual, coletiva e a participação social, buscando reduzir as desigualdades, vulnerabilidades e riscos à saúde através da atuação sobre os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Para a formação de agendas de promoção da saúde e para a adoção de estratégias, operando em consonância com os princípios e valores do SUS, a POEPS atua com os seguintes temas como referências:

- I. Formação e educação permanente e educação popular em saúde;
- II. Alimentação adequada, saudável e sustentável;
- III. Práticas corporais e atividades físicas;
- IV. Promoção da Cultura da Paz e dos Direitos Humanos;
- V. Álcool, Tabaco e Outras Drogas;
- VI. Promoção da Saúde do Trabalhador.

A adesão é um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre as secretarias estaduais de saúde, DF e secretarias municipais de saúde com o Ministério da Saúde.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE - tem como objetivo geral estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho. As ações de Educação em Saúde são realizadas pela estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Marajá do Sena.

Considerando a Portaria nº 3.194/2017, que dispõe sobre o Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde do SUS (PROEPS – SUS), que disponibiliza recursos financeiros tanto para o Estado quanto para os municípios, a Escola Técnica do SUS do Maranhão se propôs a trabalhar Oficinas no sentido de apoiar as Unidades Gestoras Regionais de Saúde na elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde no período de 05/07 a 10/08 de 2018.

## **PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO**

A vida moderna contribui em muito para o aumento do número de pessoas que adotam o hábito de fumar. A livre prática de tabagismo levou a uma aceitação sócio cultural do uso do

cigarro que associada à dependência química causada pela nicotina, torna o tabagismo uma epidemia de difícil controle e de consequências desastrosas na vida das pessoas. Fator causal de mais de 50 doenças, o tabagismo expõe o fumante a mais de 4.700 substâncias tóxicas, causando anualmente a morte de 5 milhões de pessoas no mundo. A característica perversa do tabagismo é sua concentração em uma população cada vez mais jovem e vulnerável ao acesso à educação, à informação correta e aos serviços de saúde. Estudos demonstraram que o tabagismo torna seus usuários susceptíveis a desenvolverem doenças graves e fatais, como: acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus e hipertensão, entre outras (CORRÊA,2003).

O programa do Ministério da Saúde para abordagem e tratamento do tabagismo propõe que somente seja tratado com medicamentos antitabágicos o paciente que aceitou se submeter à abordagem cognitivo-comportamental, desenvolvendo habilidades para a prevenção da recaída. O aconselhamento, a prevenção e a educação sobre o tabagismo devem ser desenvolvidas em todos os serviços de saúde, inclusive nos hospitais e maternidades. Os programas formais para tratamento da dependência de nicotina são principalmente ambulatoriais. No Brasil, as atividades terapêuticas possíveis, sobre o tabagismo, no Sistema Único de Saúde, são as seguintes:

I. Atenção Básica:

II. Atenção Especializada

III. Apoio Diagnóstico e Terapêutico

IV. Sistema de Informação e Regulação

Em Marajá do Sena, o Programa do Tabagismo encontra-se em fase de Implantação de acordo com o Ministério da Saúde.

### **PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE**

A tuberculose é uma doença causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch, é considerada uma doença socialmente determinada, pois sua ocorrência está diretamente associada à forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, assim como implementação de políticas de controle da doença. Os processos de produção e reprodução estão diretamente relacionados ao modo de viver e trabalhar do indivíduo.

A Tuberculose apresenta relação de comorbidade com a AIDS, além de um vínculo expressivo com situações de pobreza extrema e uso de drogas.

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial da doença, ocupando o 17º lugar entre eles. Em 2014, foram notificados 68.000 casos novos, correspondendo a uma taxa de incidência de 33,5/100.000 hab. Anualmente ainda morrem 4,5 mil pessoas por tuberculose, doença curável e evitável, sendo a 3ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com HIV/AIDS. É importante destacar que o risco de infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* e o desenvolvimento da doença estão diretamente ligados aos determinantes sociais, econômicos, culturais e estado imunológico das pessoas; sendo considerados populações de maior vulnerabilidade para tuberculose: os privados de liberdade, população em situação de rua, os indígenas e as pessoas vivendo com HIV/Aids. O Maranhão, em 2014, notificou 2.237 casos de tuberculose, desses 82% foram casos novos e 11% retratamentos. A incidência de casos novos de todas as formas foi de 26,8 por 100.000 habitantes, estando em 19º lugar em relação aos demais estados da federação. A taxa de mortalidade foi de 2,1/100.000 habitantes.

A Taxa de Incidência da Tuberculose (TI/TB) no município de Marajá do Sena, nos últimos 4 anos, vem se mantendo estável. No tocante o **Indicador 11 (PQA-VS):** Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, o município, no ano 2017, numa pactuação de 70% de contatos não alcançou a meta (00%)

O Programa Municipal de Controle da Tuberculose – PMCT foi descentralizado, quando as ações deste passaram a ser de responsabilidade da Atenção Primária. Para isso foi realizado capacitação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de cirurgião dentista - ACD e cirurgiões dentistas de todas as equipes de saúde da família, na busca ativa do sintomático respiratórios - SR, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com tuberculose, avaliação dos contatos e funcionamento do PMCT. Atualmente, todas as Equipes de Saúde da Família são treinadas para o atendimento a pessoas com suspeita de tuberculose e cada equipe é responsável pelo doente de sua área de abrangência. Em áreas descobertas quem assume o tratamento do doente é a equipe de profissionais do PMCT. A entrada do paciente com tuberculose no município poder ser feita nos níveis de atenção: primário e secundário.

Em 2017 o Programa notificou 21 casos de Tuberculose.

## **2.4 - ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE**

A organização do SUS está assentada em três pilares: rede (integração dos serviços), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços). Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o art. 198 da Constituição Federal (CF). A Constituição ao estatuir que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua



forma organizativa. Bacabal é o município de referência polo da Região de Saúde em Média Complexidade. O Sistema de Saúde de Marajá do Sena está organizado e a rede básica de atenção à saúde formatada em Unidades de Saúde de Família e Unidades Básicas de Saúde.

## **2.4.1 - ATENÇÃO À SAÚDE**

### **2.4.1.2 – ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, destaca-se a consolidação da Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil. Sendo assim, em 21 de outubro de 2011 entrou em vigor a Portaria Nº 2.488 que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica.

A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por promover e proteger a saúde, realizar a prevenção de agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação, da redução de danos e da manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada dos usuários e o centro de integração com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, garantindo à população o acesso a uma atenção à saúde de qualidade. A Atenção Primária conta com 02 equipes da Estratégia Saúde da Família, caracterizados da seguinte forma: (TABELA)

**Unidade Básica de Saúde/ Unidade de Saúde da Família (UBS, USF,)** - estão localizadas em diversos pontos da cidade (zonas urbana e rural) e são a porta de entrada para o nosso sistema de saúde. Nestas Unidades os usuários recebem atendimentos básicos e gratuitos em Clínica Geral, Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia. Surge como desafio coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrar as ações programáticas e demanda espontânea; articular as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhar de forma

multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizar a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. Os principais serviços oferecidos por estas Unidades são consultas médicas, consultas de enfermagem, nebulizações, administração de medicamentos, curativos limpos, vacinas, tratamento odontológico, triagem pré-natal, triagem neonatal, exame de Papanicolau, fornecimento de medicação básica para o tratamento de hipertensão arterial e diabetes.

## QUANTITATIVO DE UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARAJÁ DO SENA (Fonte: CNES/2018)

Tabela : Quantitativo Unidades de Saúde do município de MARAJÁ DO SENA

CNES	UNIDADES DE SAÚDE
2462915	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LINDEMAN L. DE ARAUJO
2462907	UNIDADE BASICA DE SAUDE CAITITU
2462869	UNIDADE BASICA DE SAUDE AFONSO CORDEIRO
2462834	UBS FRANCISCO TEODORO MARTINS
2656167	UBS POVOADO CENTRO DO OLIMPIO
9143394	UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>

## NÚCLEOS DE APOIO AO SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF

Nas Unidades de Saúde, além da Estratégia Saúde da Família, também existe o Núcleo de Apoio a Saúde Família - NASF e os demais profissionais de apoio, constituindo equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuando de maneira integrada nas Unidades as quais o NASF está vinculado, apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família. Marajá do Sena não dispõe de NASF. Vale ressaltar que, assim como nos outros setores de atendimentos básicos, o NASF tem como responsabilidade central atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. A equipe do NASF e as equipes da saúde da família criam espaços de discussões para gestão do cuidado. Como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. O município encontra-se em fase de implantação de um NASF.

## **SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

É já bastante conhecida a importância do uso de informações em saúde no planejamento e na avaliação dos serviços de saúde. Estas informações oferecem uma melhor compreensão do modelo assistencial e de seus problemas, colaborando para sua reorientação, onde e quando se fizer necessário. Para realizar o levantamento de dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sócio sanitários alcançados, até o ano de 2015 foi utilizado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) um software desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1998, cujo objetivo centrava-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica - AB usando como estratégia central a Estratégia de Saúde da Família - ESF. O trabalho de coleta de informações era realizado pelas Equipes de Atenção Básica – EAB através das fichas que produzem os dados que compõem o SIAB e foram utilizadas para realizar o cadastramento, o acompanhamento domiciliar, o registro de atividades, de procedimentos e de notificações das pessoas adstrita nos territórios das EAB. A inserção desses dados registrados nas fichas no sistema era feita de maneira centralizada na secretaria municipal de saúde através de profissionais digitadores que recebiam o material impresso de todas as unidades básicas de saúde e digitalizavam as informações no sistema. O e-SUS Atenção Básica - e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, sendo que por meio da Portaria nº 1.412, de 10/07/2013 foi criado o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, o qual substitui plenamente o antigo sistema, SIAB. De fácil manejo e bastante intuitivo, o novo sistema de informação da atenção básica tem como foco facilitar o trabalho das equipes, organizando as informações importantes de uma forma simplificada e unificada. São menos fichas e mais informação, menos tempo despendido no preenchimento, com maior agilidade nas consultas e armazenamento de todas as informações necessárias para um cuidado de qualidade. As premissas de reestruturação do sistema são a redução do retrabalho de coleta de dados; a individualização do registro; o cuidado centrado no indivíduo, na família, na comunidade e no território; a produção de informação integrada e o desenvolvimento orientado pelas demandas do usuário da saúde. De acordo com a portaria nº 1.976, de 12 de setembro de 2014 devem enviar informações para o banco de dados do SISAB todas as equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes da Estratégia de Saúde da Família, as equipes de Agentes Comunitários de Saúde, as equipes dos Núcleos de Saúde da Família, as equipes participantes

do Programa Saúde na Escola e do Programa Academia da Saúde, salvo aquelas equipes de saúde com legislação específica.

O Sistema e-SUS AB como sistema de gerenciamento de dados e informações da Atenção Básica apresenta um grande avanço no que diz respeito à segurança, sigilo e confidencialidade dos dados de saúde dos cidadãos. Os envios das informações pelas equipes de atenção básica para as bases de dados do SISAB têm cronogramas publicados em atos específicos do Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, sendo constituída a data de início e de fechamento das competências do SISAB, ao primeiro dia e ao último dia de cada mês, tendo como prazo máximo para o envio da base de dados o dia 20 do mês subsequente à competência de produção.

O Ministério da Saúde disponibilizou gratuitamente os sistemas de software, de caráter público brasileiro, necessários à implementação da estratégia e-SUS AB. A Secretaria Municipal de Saúde estará ampliando assim, o acesso ao sistema feito pelos profissionais, com a implementação de melhorias realizadas nas UBS's abastecendo com microcomputadores, distribuição de tablets aos UBS's, ampliação do acesso à rede de informática, o que possibilitará a implantação do PEC- Prontuário Eletrônico do Cidadão em todas as Unidades Básicas de Saúde.

A estratégia e-SUS AB prevê integração gradual com os sistemas de informação em saúde do MS e a interoperabilidade entre os serviços de saúde, sendo as diretrizes acordadas entre o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas - DAPES e o DAB. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. O acompanhamento das ações de saúde que são realizadas no território é uma tarefa extremamente importante do cotidiano das equipes de atenção básica a saúde. Esta atividade, além de auxiliar os trabalhadores a enxergar seu território, exprime o resultado do seu trabalho, sendo uma valiosa ferramenta de reflexão e transformação do seu processo de trabalho. O sistema e-SUS apresenta um módulo de relatórios que permite que trabalhadores e gestores possam visualizar, de forma sintetizada e sistematizada, as ações de saúde realizadas no território; as informações relacionadas ao tipo de atendimento que foi realizado pela equipe; bem como o local de realização de atendimentos e procedimentos; os motivos de visita domiciliar realizadas pelos ACS e todos os outros profissionais e os principais problemas ou condições avaliados. São vários tipos de relatórios, divididos em consolidados e operacionais e são utilizados por diferentes tipos de atores. A

estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

#### **2.4.1.2.4 - SAÚDE DO IDOSO**

Segundo o IBGE, a população idosa brasileira é composta por 23 milhões de pessoas, totalizando 11,8% da população total do país. A expectativa de vida, para ambos os sexos, aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. Esse crescimento representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes.

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pelo predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada morbimortalidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social.

Em 2006, o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Saúde do Idoso, a partir de amplo debate e lança a Portaria Nº 2.528 de 2006 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa política tem como principais diretrizes: envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações intersetoriais, além do fortalecimento do controle social, garantia de orçamento, incentivo a estudos e pesquisas dentre outras. O Maranhão, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE/2012, possui 6.714.314 habitantes e a população idosa representa 8,64%, o que corresponde a 579.919 pessoas com 60 anos ou mais no Estado. A população Idosa de Marajá do Sena é de 351 pessoas de ambos os sexos num universo de 7.751 habitantes, IBGE 2012, sendo 4,5% da população. A Atenção à Saúde do Idoso é realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e NASF, através de atividades de promoção da saúde com ações descentralizadas através de grupos de socialização, atividades físicas e Hipertensão e Diabetes) em todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária, além de atendimento curativo e reabilitação.

#### **SAÚDE DO HOMEM**

Em todo o mundo, o mês de novembro é azul! Trata-se de uma campanha internacional que nasceu em 2003, na Austrália, aproveitando pelo dia 17 de novembro ser o Dia Mundial de Enfrentamento ao Câncer de Próstata e do dia 19 de novembro ser o Dia Internacional do Homem. Logo, a campanha ganhou adesão de diversos países como forma de estimular a prevenção do câncer de próstata.

No Brasil, os profissionais da saúde pública e coletiva entenderam que era necessário ampliar este conceito para uma abordagem que dialogasse com a promoção da saúde integral do homem. Em função disso, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 que regulamenta a implementação no SUS da Política Nacional de Saúde Integral do Homem, visando acolher às particularidades da assistência à saúde do público masculino, sobretudo no âmbito regional. A proposta é organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais, além de considerar a necessidade de apoiar a qualificação de profissionais de saúde para o atendimento específico da população masculina.

Os homens, de forma geral, vivem em média sete anos a menos do que as mulheres. Acham que nunca vão adoecer e por isso não cuidam da saúde. Só buscam o serviço de saúde quando o problema está em estágio avançado, demandando procedimentos mais caros e onerosos aos cofres públicos. Homens apresentam maior risco para doenças cardiovasculares, respiratórias, digestivas, cânceres, colesterol elevado, diabetes, pressão alta e tendência à obesidade. Por isso, manter hábitos de vida saudáveis e procurar os serviços de saúde frequentemente é fundamental. Pensando nisso, todas as Unidades de Saúde da Atenção Primária de Marajá do Sena estão aptas a oferecer atendimento a essa população, visando à promoção de saúde e prevenção de doenças. Além disso, no mês de novembro sempre é realizado uma intensificação dos atendimentos voltados para o público masculino, onde são realizadas atividades educativas e atendimentos básicos. Nas Unidades Básicas de Saúde, além dessas atividades, são realizados atendimentos que uma vez detectado algum problema, encaminham para o médico Urologista (na referência) e coleta de exames de sangue para dosagem de PSA, que é um exame de sangue extremamente eficiente, usado como ferramenta para o diagnóstico do câncer de próstata. O câncer de pênis é uma neoplasia relacionada as condições socioeconômica e de higiene inadequada. O Maranhão é um dos estados de maior número de casos de amputação de pênis, podendo ser evitado quando é diagnosticado e tratado precocemente.

## **SAÚDE DA MULHER**

O Programa “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática” – PAISM foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983 quando a discussão se pautava predominantemente sobre o controle da natalidade. Trata-se de um documento histórico que incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde integral. Em maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposta do SUS e respeitando as características da nova política de saúde (Ministério da Saúde).

A execução das atividades programáticas de assistência da saúde da mulher, nas suas diferentes fases do ciclo de vida, está entre as propostas da Atenção Básica. As ações estão voltadas para as linhas do cuidado compreendem quatro eixos prioritários: planejamento da vida sexual e reprodutiva; pré-natal, parto e puerpério; prevenção e detecção precoce do câncer do colo uterino e da mama e violência sexual.

Em Marajá do Sena as Unidades de Saúde da Família realizam as seguintes atividades de atenção a saúde da mulher: ações educativas sobre planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer de colo uterino e de mama, climatério, gravidez na adolescência, aleitamento materno, entre outros. Estas ações visam promover e controlar os agravos de saúde individual e coletiva em todas as fases da vida da mulher.

#### **ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL:**

A mulher com suspeita de gravidez deve procurar a Unidade de Saúde da Família que irá encaminhá-la para o laboratório de Análises Clínicas, no Centro de Saúde Afonso Cordeiro para a realização do exame de confirmação, o Beta-HCG. A SEMUS está em fase de término de licitação para aquisição do Teste Rápido de Gravidez que será implantado em toda a Estratégia Saúde da Família. Caso o resultado seja positivo, é realizada a consulta de pré-natal na Unidade de Saúde da Família com o médico generalista da ESF. Nesta consulta de pré-natal é feito o cadastramento da gestante no Programa SIS pré-natal com a finalidade de permitir o seu acompanhamento adequado. Após a consulta, a gestante é encaminhada ao Laboratório de Análises Clínicas para realização dos exames de rotina do pré-natal. Durante a primeira consulta de pré-natal é feita a classificação de risco da gestante, sendo que aquelas com risco habitual continuarão realizando as próximas consultas de pré-natal no Ambulatório de Pré-natal da própria Unidade de Saúde (ESF). As gestantes de alto risco são encaminhadas para o Hospital Laura Vasconcelos em Bacabal, não há fila de espera.

O município de Marajá do Sena dispõe da Triagem Pré-Natal para Toxoplasmose Congênita, Citomegalovírus, Hepatites Virais, Sífilis Congênita, Rubéola e HIV, além dos exames de rotina; através da Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão, em parceria com

Laboratório Central – LACEN/MA, disponibiliza os testes sorológicos para diagnóstico para todas as gestantes. Esta triagem deve ser realizada, preferencialmente, até as 12 semanas de gestação. As gestantes não infectadas são orientadas, repetidamente, pela equipe de saúde sobre como evitar a infecção e as gestantes infectadas começam imediatamente o tratamento.

Criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN teve como objetivos assegurar acesso universal à atenção de qualidade à gestação, ao parto, ao puerpério e ao período neonatal, reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal e complementar medidas já adotadas para aprimorar a assistência à gestante, na perspectiva dos direitos básicos de cidadania. O PHPN estabeleceu, de forma até então inédita no País, os parâmetros quantitativos para o cuidado mínimo a ser oferecido às mulheres, desde a atenção básica até os maiores níveis de complexidade. Esses requisitos mínimos consistiram em início precoce do acompanhamento pré-natal com no mínimo seis consultas, imunização contra o tétano, duas rotinas de exames básicos, incluindo sorologias para HIV e sífilis, e consulta puerperal até 42 dias.

O Sis-prénatal é um software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN. É através deste Sistema que é realizado o monitoramento das gestantes atendidas pelo SUS, o acompanhamento mensal das consultas de pré-natal, a avaliação das ações desenvolvidas, o acompanhamento de gestação de alto-risco e o registro diário dos atendimentos às gestantes.

## **PARTO:**

Para a população de Marajá do Sena os partos de risco habitual são realizados no hospital da Rede de Saúde, o Hospital Serra do Castro em Lago da Pedra, referência pactuada com o município. As gestantes, classificadas como alto risco, são imediatamente encaminhadas aos Ambulatórios de pré-natal do hospital Laura Vasconcelos de Bacabal.

## **PARTO NORMAL NO SUS**

### **Indicador nº 13 (pacto de indicadores):proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar**

O indicador proporção de partos normais mede a ocorrência de partos normais em relação ao total de partos realizados. São dados do SINASC, portanto, estão somados tanto os partos pagos pelo SUS como os pagos pelos planos privados de saúde ou pelo desembolso direto. O parto normal está relacionado a menores taxas de complicações do parto e do recém-nascido. O indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, acima do padrão de 15% definido pela Organização



Mundial de Saúde (OMS), pode refletir um acompanhamento inadequado do pré-natal e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. Em geral, entre 70 e 80% de todas as gestantes podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto (OMS, 1996). Segundo os parâmetros internacionais, a necessidade de cesarianas é de 15 a 25% dos partos. Observamos que em Marajá do Sena em 2017 o município superou a meta preconizada pela OMS, e **Pacto de Indicadores de 75,0% dos nascimentos realizando 77,50% de partos normais.**

## **SÍFILIS CONGÊNITA**

### **Indicador nº 8 (pacto de indicadores): número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade**

O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado a melhores indicadores de saúde materno-infantil. Nesse sentido observamos uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, dessa forma, em 2017, Marajá do Sena alcançou a meta pactuada não registrando nenhum caso de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade dado significativo na incidência de sífilis congênita, esse dado demonstra comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais.

### **PUERPÉRIO:**

Após o parto, as puérperas que residem em área de abrangência de Equipe de Saúde da Família recebem visita do agente comunitário de saúde e da enfermeira da equipe para avaliar, orientar e realizar as intervenções necessárias para manter a saúde da mãe e do bebê. Durante a visita domiciliar são feitas orientações sobre a realização da primeira consulta do bebê, do teste do pezinho, da Orelhinha e das vacinas. Até o primeiro ano de vida, o bebê é acompanhado mensalmente pelo enfermeiro e pelo médico da Unidade Básica de Saúde, realizando avaliação do crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, orientações sobre higiene, prevenção de doenças típicas da infância, além de atividades educativas que visam promover a saúde infantil.

### **Triagem Neonatal:**

O exame de triagem neonatal, conhecido como Teste do Pezinho, é oferecido gratuitamente à população dos 217 municípios por meio do Programa de Triagem Neonatal do Maranhão - PTN-MA, sob a gestão da SES-MA.

Atualmente, a triagem neonatal identifica seis doenças:

- . Hipotireoidismo congênito;
- . Fenilcetonúria;

- . Doença falciforme;
- . Fibrose cística;
- . Deficiência de biotinidase; e
- . Hiperplasia adrenal congênita.

A partir da triagem neonatal, o recém-nascido com suspeita para alguma dessas doenças passa por exames confirmatórios. Caso o diagnóstico seja confirmado, a criança começa a receber os cuidados médicos necessários antes da ocorrência de mortes e do aparecimento de sequelas graves e sem chances de cura, como, por exemplo, o retardo mental. Por isso é importante que se faça a coleta de sangue para o exame no prazo recomendado pelo PTN-MA. As amostras de sangue são coletadas nas Unidades de Saúde dos 217 municípios do Maranhão e enviadas para o Laboratório de Triagem Neonatal da APAE, onde são examinadas. Tendo em vista o grande alcance social da implantação da triagem neonatal para toda a população de recém-nascidos no país, a iniciativa tornou-se matéria de lei federal nº 8.069 – estatuto da criança e do adolescente, que no seu artigo 10, item III, prevê o diagnóstico e terapêutica de anomalias do metabolismo do recém-nascido, dentre outras providências.

#### **PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA E DE COLO UTERINO:**

A relevância do câncer do colo uterino e de mama, caracterizados pelos elevados índices de incidência e mortalidade, justificam o direcionamento das ações de rastreamento e diagnóstico precoce através da coleta do exame citopatológicos, do exame clínico de mama e mamografia com referência para o tratamento e o seguimento dos resultados alterados.

Em Marajá do Sena, todas as Equipes de Saúde da Família realizam exames preventivos contra o câncer de colo uterino. Caso a mulher apresente algum tipo de alteração neste exame, ela é encaminhada ao CENTRO DE ESPECIALIDADES COELHO DIAS em Bacabal para realização de colposcopia, biópsia, cauterização ou cirurgia de alta frequência. Se houver necessidade de intervenção cirúrgica ou tratamento oncológico, a mulher é referenciada ao Hospital Aldeona Belo em São Luís que inicia o tratamento em no máximo em 30 dias.

#### **PLANEJAMENTO FAMILIAR:**

O Programa Saúde da Mulher oferece ainda o serviço de Planejamento Familiar, onde uma equipe multiprofissional realiza atendimentos às mulheres que desejam fazer laqueadura, além da colocação de DIU.

**O PROGRAMA MUNICIPAL DE SAÚDE DA MULHER** tem como objetivo o acolhimento e acompanhamento humanizado a mulher. Trabalhamos desde a prevenção, controle dos exames preventivo do colo de útero e de mama ao tratamento, considerando que o

controle do câncer é uma prioridade da política de saúde pública no Brasil, o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e de Mama (SISCAN) é uma importante ferramenta de registro dos dados no município. O programa é de fundamental importância para os profissionais de saúde e gestor avaliar e planejar as ações pertinentes ao bom desempenho das ações de controle do câncer do colo de útero e de mama. No município a principal estratégia utilizada para detecção precoce para o câncer do colo do útero é colposcopia que realizada em Bacabal. A detecção precoce da doença nos permite o tratamento imediato e assim o controle do câncer do colo do útero e das IST's, uma vez que 90% das lesões precursoras diagnosticadas estão associadas as infecções pelo HPV (Papiloma vírus Humano), Foram realizadas ações estratégicas como: busca ativa das mulheres que nunca realizaram o exame de prevenção através das equipes de ESF; sensibilização dos profissionais pela Força Estadual de Saúde - FESMA; agilidade no envio e controle do exame de prevenção para o laboratório e na entrega dos exames para o município; agilidade no tratamento e encaminhamento dessas pacientes; Portanto as ações de promoção à saúde nos possibilitou a captação precoce das mulheres, permitindo dessa forma a prevenção e detecção das lesões em tempo hábil, tornando possível o tratamento e cura dessa doenças. Ainda dentro do Programa de Saúde da Mulher, temos o SISPRENATAL, sistema de informação sobre o programa de humanização no pré-natal e nascimento, de uso obrigatório nas unidades de saúde e que possibilita a avaliação da atenção a parti de acompanhamento de cada gestante. O principal objetivo da atenção do pré-natal e puerpério é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Durante as consultas de pré-natal foram oferecidas a essas mulheres a administração preventiva de ácido fólico, contra as deficiências congênitas do tubo neural, sulfato ferroso prevenindo hemorragias maternas e anemias no período gestacional. Também foram oferecidos exames laboratoriais como: toxoplasmose, HIV, Sífilis, Diabetes Mellitus Gestacional, Citomegalovírus, Infecções do trato urinário, Anemias e Parasitoses Intestinais. Além disso, as gestantes tiveram acesso ainda a vacinas contra o Tétano, Hepatite B e Influenza. É importante destacar os testes rápidos de exames de HIV, Sífilis e Hepatites B e C que são oferecidos logo nas primeiras consultas e no durante o pré-natal. Semanalmente são realizadas palestras educativas incentivando a formação de grupos de gestantes no intuito de fortalecimento do vínculo bem como orientações do pré-natal e acompanhamento ao recém-nascido, como a realização do teste do pezinho, vacinas entre outras orientações. O setor de saúde da mulher tem trabalhado para dar uma assistência de qualidade sobre tudo humanizada no pré-natal através consultas médicas, de enfermagem e ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante possibilitando o

diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam ocorrer no período gestacional, com ênfase para as mortes neonatais e maternas.

### **Objetivos**

- Combater a mortalidade materna e neonatal;
- Criar condições para atendimento integrado à saúde da mulher;
- Aumentar a cobertura e melhoria da qualidade do atendimento;
- Garantir a rede de referência e contra referência para diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino e de mama;
- garantir a oferta de anticoncepcionais;
- Sensibilizar as mulheres para a realização da colpocitologia oncótica e o auto exame das mamas;
- Garantir a referência e contra referência para gestantes de alto risco;
- Garantir a mamografia as mulheres acima de 40 anos;

### **Metodologia**

- Cadastrar todas as gestantes no primeiro trimestre;
- Aumentar a cobertura de controle de pré-natal, sobretudo nas gestantes de alto risco;
- Garantir acesso e referência para exames laboratoriais;
- Incentivar o parto normal;
- Intensificar o calendário de vacinação;
- Estimular o planejamento familiar através de palestras e reuniões com os Agentes Comunitário de Saúde – ACSs;
- Disponibilizar o serviço de planejamento familiar, fornecendo informações e medicações aos clientes;
- Dar assistência pré-natal a todas as gestantes do município;
- Assegurar a colpocitologia oncótica em 100% das mulheres do grupo de risco, com realização de biopsia, se necessário;
- Sensibilizar os profissionais da Atenção Básica para o acolhimento da mulher e no atendimento ao pré-natal;
- Atualização dos profissionais em coleta, pré-natal, câncer de colo de útero e de mama;
- Estimular os Agentes de Saúde a orientar e encaminhar as mulheres para realização da colpocitologia oncótica e o autoexame das mamas.

### **SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE**

Na primeira metade da década de 1980 iniciou-se o desenvolvimento de programas relacionados ao Incentivo do Aleitamento Materno e em 1984 foi implantado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança - PAISC para o enfrentamento das condições adversas vivenciadas na infância a partir de uma capacitação para profissionais de saúde em todo o país.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança considera como criança a pessoa na faixa etária de zero a nove anos e a primeira infância, de zero a cinco anos.

É uma fase que se caracteriza por um período em que ocorrem as maiores e mais rápidas mudanças de todo o ciclo de vida, tanto do ponto de vista físico (crescimento) como psíquico e cognitivo (desenvolvimento), principalmente no seu período inicial, ou seja, nos primeiros dois anos de vida. As ações de atenção à Saúde da Criança se constituem em medidas de promoção, proteção e atenção a este grupo etário, de acordo com as suas características, possibilitando o crescimento e o desenvolvimento adequados para uma vida saudável.

Os sete eixos estratégicos da Política são: atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à criança em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura da paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Os avanços das condições de saúde da criança brasileira são decorrentes de ações como a ampliação da cobertura da atenção básica, do acesso à vacinação, das taxas de aleitamento materno e do nível de escolaridade da mãe, além da diminuição da pobreza obtida pelo Programa Bolsa Família. Essas ações se somam a outras políticas públicas que levaram à quase extinção de internações por desnutrição, por doenças imunopreveníveis e por diarreia/pneumonia.

A linha de cuidado da Saúde da Criança é uma prioridade da Secretaria Municipal de Saúde, que assume o compromisso de reduzir a mortalidade infantil e abordar integralmente a saúde da criança, com promoção da qualidade de vida e de equidade.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do nascimento até a adolescência é de fundamental importância para a promoção à saúde e prevenção de agravos das crianças e adolescentes, identificando problemas nutricionais, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e situações de risco, buscando atuar de forma precoce nas intercorrências.

As Equipes de Saúde da Família realizam o acompanhamento de todas as crianças da área de abrangência, realizando ações como pesar, medir, avaliação dos marcos de desenvolvimento e aquisição de novas habilidades, além do registro e avaliação da caderneta da criança.

A primeira avaliação da criança é feita na primeira semana de vida, com a realização da avaliação global da criança e da mãe através de consulta médica e de enfermagem com avaliação do aleitamento materno, realização do teste do pezinho e imunização.

O acompanhamento da criança é feito de forma intercalada, com atendimento de enfermagem e médico. Após o atendimento é feito o agendamento do próximo controle de puericultura de acordo com o Protocolo de Saúde da Criança. A Equipe de Saúde da Família realiza ainda o controle de crianças faltosas e realiza busca ativa através de visita domiciliar, onde verifica-se o motivo do não

comparecimento, enfatizando a importância do controle periódico da criança e realizando-se o agendamento de nova consulta ou atividade.

## **SAÚDE DO ADOLESCENTE:**

Criado pelo Ministério da Saúde através da Portaria 980/GM, de 21 de dezembro de 1989, o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente – PROSAD desenvolve ações pautadas no respeito pela adolescência visando: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde sexual e saúde na escola; prevenção da violência e maus tratos, família, prevenção de acidentes, trabalho e lazer.

O PROSAD visa a identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, assegurando os princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade de ações.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano situada entre a infância e a vida adulta, e marcada por profundas transformações biopsicossociais. Essas transformações modificam o relacionamento do indivíduo consigo mesmo, com a família e o mundo, proporcionando a formação da identidade e a busca da autonomia.

Como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde e é dever do Estado garantir este acesso, dentro dos preceitos do SUS.

As características desse grupo, bem como sua vulnerabilidade às questões econômicas e sociais e a importância desse período na formação de hábitos, determinam a necessidade de uma atenção mais específica.

A Atenção Integral à Saúde do Adolescente do município de Marajá do Sena tem como objetivo desenvolver um conjunto de ações com o propósito de atender os adolescentes numa visão biopsicossocial, enfatizando a promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, melhorando a qualidade de vida dos adolescentes e de suas famílias.

Em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, a Atenção Integral à Saúde do Adolescente do município tem como prioridade os seguintes eixos de atenção definidos a partir do reconhecimento das questões prioritárias na atenção à saúde de adolescentes:

- Promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, prevenção e detecção de agravos a essa faixa etária;
- Atenção à saúde sexual e reprodutiva;
- Redução da morbimortalidade por causas externas (abordagem do uso abusivo de álcool e outras drogas); e

- Articulações intersetoriais para Atenção Integral à Saúde de Escolares, por meio do Programa Saúde na Escola – PSE.

O atendimento aos adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias, é realizado pelos profissionais de saúde que integram as equipes da Estratégia de Saúde da Família: médicos de família, médicos, médicos clínicos gerais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, agentes comunitários de saúde, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Os adolescentes residentes em área de abrangência de ESF são atendidos nas UBS pelos profissionais da equipe e aqueles que não fazem parte do território da ESF são atendidos pelo clínico geral do Centro de Saúde Afonso Cordeiro. Vale ressaltar que a ESF atende todas as idades e todos os casos, encaminhando-os para os adequados atendimentos, de acordo com a demanda.

Quando o adolescente chega à Unidade é feito o acolhimento com a finalidade de identificar as suas necessidades, criar vínculo com os profissionais da USF, encaminhá-lo para atendimentos de urgência, marcar consultas individuais ou em grupos e fornecer insumos e vacinas, quando necessários.

## **CONTROLE DE ENDEMIAS E ZONOSSES**

O Núcleo de Controle de Endemias e Zoonoses é o setor composto por três seções; a Seção de Controle de Endemias, a Seção de Controle de Zoonoses e a Seção de Animais de Pequeno Porte.

As ações preconizadas pelo Ministério da Saúde são desenvolvidas respeitando as diretrizes nacionais e as características do município considerando as especificidades geodemografias e socioculturais de nossa comunidade.

### **CONTROLE DE ENDEMIAS**

#### **CONTROLE DA DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA VÍRUS**

O Município de Marajá do Sena, por suas características sociogeográficas, está classificado como município prioritário no Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD. Nesse sentido, uma constante vigilância associada a ações de prevenção e atenção adequada aos casos suspeitos deve ser mantida, especialmente nos períodos de alta transmissão. No PNCD são previstas as visitas bimestrais em, no mínimo, 80% dos imóveis da cidade para eliminar e evitar o surgimento de novos focos do mosquito *Aedes aegypti*, sendo analisado o fechamento ao final do exercício; as três pesquisas larvárias para o Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti* -LIRAA com o objetivo de detectar a infestação por localidade e em toda a cidade; as visitas quinzenais aos 08 pontos estratégicos cadastrados, ferros velhos, grandes borracharias, cemitérios, dentre outros; o bloqueio de transmissão dos casos suspeitos de Dengue utilizando UBV Portátil e UBV Pesado “Fumacê” quando há notificação, visando

rápida interrupção da circulação viral e baixa do índice Predial; e o agendamento para retorno do agente de combate a endemias aos imóveis fechados para a redução do índice de pendência. Além destas ações preconizadas no PNCD, Marajá da sena realiza ações de busca ativa das notificações de Dengue, Chikungunya e Zika vírus em todas as Unidades de Saúde do município e de atendimentos das demandas espontâneas. A partir de 2016, as visitas domiciliares passaram a ser mensuradas a cada ciclo, permanecendo o índice de pelo menos 80% dos imóveis visitados bimestralmente, totalizando seis ciclos anuais.

O Núcleo de Controle de Endemias também realiza o saneamento ambiental com o objetivo de promover a qualidade e a melhoria do meio ambiente, através do recolhimento dos pneus inservíveis nas borracharias cadastradas e de mutirões de limpeza para retirada de possíveis criadouros.

A dengue caracteriza-se como um desafio para saúde pública no país. No Maranhão vem acontecendo de forma endêmica, em surtos cíclicos cada 2 a 3 anos. A ocorrência de epidemias, geralmente está associada à introdução de vírus em áreas anteriormente indenes ou de novos sorotipos nas regiões. O município de Marajá do sena desenvolveu ao longo do ano 2017 campanhas de informação e mobilização social, fortalecimento da estrutura de Nebulização em parceria com a Regional de Saúde, Capacitação técnica em todos os componentes do PNCD; Intensificação de vigilância de casos.

#### Comportamento no Combate à Dengue no ano 2017

Durante o ano 2017, foram realizados 06 (seis) ciclos de Levantamento e Tratamento no controle da dengue; nestes, foram intensificados os trabalhos em residências, totalizando 44.998 domicílios dos programados, Nestes ciclos foram realizados 03 (três) LIAS (Levantamento de Índice Amostral), para os municípios infestados pelo vetor *Aedes aegypti*, com menos de 2.000 imóveis, conforme descrito nas Diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle da Dengue; Sendo o primeiro realizado de 26 a 31/03/2017; O índice de infestação foi de 8,0 e a situação do município de alto risco. O 2º LIA foi de 14 a 18/08 de 2017, o índice de infestação foi de 0,0 com situação de baixo risco; o 3º LIA ocorreu no período de 23 a 27/10/2017, com índice de infestação 0,0, baixo risco. O Núcleo de Endemias da SEMUS, além deste trabalho, realiza em todas as áreas que têm maior incidência do mosquito e da doença “arrastões” convocando não só o Grupo da dengue, mas todo o Núcleo, com palestras educativas, distribuição de panfletos, procura de novos focos; isto se dá a cada término de ciclo, principalmente na zona rural para monitoramento.



## **CONTROLE DA MALÁRIA**

A malária continua sendo um grande problema de saúde pública em diferentes regiões no mundo, principalmente em países da África. No Brasil sua transmissão foi reduzida drasticamente nas regiões sul, sudeste e nordeste. Atualmente a incidência da malária está concentrada nos estados da Bacia Amazônica com mais de 99% dos casos registrados. O risco de contrair a doença não é uniforme, sendo medido pelo Índice Parasitário Anual (IPA) que classifica as áreas de transmissão em Alto Risco –IPA maior que 49,9 casos de malária por mil habitantes; médio risco –IPA entre 10 e 49,9 casos por mil habitantes; baixo risco –IPA de 0,1 a 9,9 casos por mil habitantes e IPA Zero –áreas sem risco. No Maranhão, o Programa Estadual de Controle da Malária obteve grandes avanços, com redução progressiva do número de casos no período 2010/2014, em torno de 64,3% (3904/1393).

O município de Marajá do Sena está situado em área malárica, ou seja, existe o mosquito transmissor, onde há circulação da doença. Dessa forma, o município mantém a vigilância no Posto de Notificação em funcionamento no Núcleo de Endemias da SEMUS/Marajá do Sena.

A parceria bem-sucedida com a Regional de Saúde e seus núcleos de epidemiologia e controle de doenças que deram suporte para o Núcleo local realizarem o devido monitoramento, a garantia e manutenção dos insumos necessários para o diagnóstico, tratamento e controle seletivo de vetores principalmente nas áreas prioritárias foram fatores prioritários no controle e monitoramento para que se detectasse casos importados e autóctones.

A população de Marajá do Sena é composta, em sua maioria de lavradores, pescadores, trabalhadores do extrativismo vegetal e carvoeiros onde se tornam vulneráveis, além das dificuldades do Programa para o efetivo controle desta endemia reside no fato de que 98% da malária diagnosticada não tem origem no município (malária importada) como consequência existe tratamento imediato não ultrapassando as 48 horas após os primeiros sintomas, sem risco da ocorrência de surto epidêmico na região e instalação da transmissão da doença.

No ano 2017 não foram registrados casos de malária autóctones.

## **LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA)**

Leishmaniose Tegumentar é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das seis mais importantes doenças infecciosas, pela sua magnitude, alto coeficiente de detecção e o risco de ocorrência de deformidades que pode produzir no ser humano, com reflexos no campo psicológico, social e econômico. Dada às características epidemiológicas peculiares da Leishmaniose Tegumentar, as estratégias de controle devem ser flexíveis e distintas, adequadas a cada região. A diversidade de agentes, de reservatórios, de vetores, de

situações epidemiológicas, aliada ao conhecimento ainda insuficiente sobre vários desses aspectos evidencia a complexidade do controle.

#### **LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)**

A Leishmaniose Visceral é considerada atualmente doença emergente, dada a sua incidência e alta letalidade, principalmente em indivíduos não tratados, crianças desnutridas e indivíduos portadores de infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV). Segundo o Ministério da Saúde, a LV vem diminuindo sua ocorrência na Região Nordeste, mas por outro lado ocorre expansão para outras regiões do país, atingindo áreas urbanas e Peri urbanas.

O Programa de Vigilância e Controle das Leishmanioses entende que ações voltadas ao reservatório canino são de extrema importância e, quando aliadas às atividades de controle do vetor e vigilância de casos humanos configuram em ações cruciais no controle da Leishmaniose Visceral Humana/LVH. O município de Marajá do Sena realizou atividades de vigilância de reservatório canino; inquérito sorológico censitário anual, conforme recomendação do Programa de Vigilância e Controle das Leishmanioses/Ministério da Saúde.

#### **CONTROLE DA FEBRE AMARELA**

O Núcleo de Endemias da SEMUS/Marajá do Sena permanece constantemente vigilante no tocante as Epizootias, doenças em animais, a fim de investigar as mortes dos primatas para saber se o óbito foi provocado pelo vírus causador da febre-amarela, doença que pode ser transmitida aos seres humanos pelo mosquito flebótomo após picar animais silvestres doentes. O animal morto é coletado e encaminhado para o LACEN da Secretaria de Estado de Saúde – SES para análise. No ano 2017 não ocorreu nenhum caso de epizootia silvestre no município.

#### **CONTROLE DE ZOONOSES**

O Núcleo de Endemias e de Controle de Zoonoses atende à demanda espontânea da população, de órgãos públicos federal, estadual e municipal, empresas ou entidades com ações educativas e com o controle químico. Nas ações educativas orientamos a população quanto às medidas preventivas para o controle de roedores, de animais peçonhentos, de pombos, de morcegos urbanos, de carrapatos, de pulgas, de piolhos e outros. Também é realizada a investigação epidemiológica nos casos suspeitos ou confirmados de Leptospirose para detectar o Local Provável de Infecção – LPI.

#### **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET)**

Tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar os dados gerados diariamente pelo sistema de Vigilância Epidemiológica por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação subsidiando as informações das doenças de notificação

compulsória. A seguir apresentamos a produtividade executada pelas equipes que atuam na área:

DOENÇA/AGRAVO	2014	2015	2016	2017	FONTE
LEISHIMANIOSE TA	08	04	03	03	SINANET
LEISHIMANIOSE V	0	0	0	0	SINANET
HANSENIASE	03	03	04	01	SINANET
TUBERCULOSE	0	0	01	01	SINANET
ANIMAIS PEÇOEINHENTO	17	10	11	09	SINANET
HEPATITES VIRAIS	0	0	0	0	SINANET
ANTI-RABICA	19	17	13	15	SINANET
VARICELA	0	0	0	0	SINANET

### DESCRIÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE DE BACABAL

A Região de Saúde de Bacabal é composta por 11 municípios que totalizam uma população de 265.149 habitantes, o que representa 3,94% do total da população do Estado do Maranhão, administrativamente, 3ª Diretoria Regional de Saúde – DORES com os seguintes Municípios: Altamira do Maranhão, Bacabal, Bom Lugar, Brejo de Areia, Conceição do Lago Açu, Lago Verde, Marajá do Sena, Olho D' Água das Cunhãs, Paulo Ramos, São Luís Gonzaga, Vitorino Freire, com população de 265.149 (IBGE 2017). Quanto à organização do Sistema de Saúde da Região, todos os municípios optaram ao longo do ano 2017 pela Gestão Plena do Sistema de Saúde. Administrativamente, todos os 11 municípios estão sob a área de abrangência da Unidade Gestora Regional de Saúde – UGRS. A pirâmide etária da Região de Saúde acompanha as características do Maranhão, com maior concentração na faixa entre 0 a 19 anos (45,94%), seguida pelas faixas etária de 20 a 49 anos representam 39,45% da população, enquanto que a população idosa responde por 8,4% do contingente populacional, porém com tendência a crescimento.

O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH médio da Região é de 0,550, abaixo do índice do Estado do Maranhão (0,683) – IBGE/2010. Os municípios de Brejo de Areia e Marajá do Sena são considerados os mais pobres do Estado e com IDHM baixos (0,519 e 0,452 respectivamente), constando na relação do Programa “Mais IDH” do Governo do Estado. A Região de Saúde de Bacabal compreende uma área geográfica de 1.682.963 Km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica média de 59,42 hab/Km<sup>2</sup>.

A sede da Unidade Gestora Regional de Saúde– Bacabal (UGRS) localiza-se no município de Bacabal. Localiza-se na BR 316, Km 361 – COHAB II- Bacabal, CEP: 65.700-000 na microrregião Médio Mearim, mesorregião do Centro Maranhense. O município tem 103.359 habitantes, segundo (IBGE em 2016), e área de 1.683.074 km<sup>2</sup>.

A distribuição da população por municípios está demonstrada na tabela abaixo:

Tabela 1 – Municípios pertencentes à Unidade Gestora Regional de Saúde de Bacabal, com suas respectivas populações:

REGIÃO	MUNICIPIOS	POPULAÇÃO/2016
BACABAL	Altamira do Maranhão	8.070
	Bacabal	103.359
	Bom Lugar	16.214
	Brejo de Areia	8.696
	Conceição do Lago Açu	16.192
	Lago Verde	16.025
	Marajá do Sena	7.604
	Olho D'Água das Cunhãs	19.206
	Paulo Ramos	20.657
	São Luís Gonzaga do Maranhão	18.247
	Vitorino Freire	30.879
<b>TOTAL</b>		<b>265.149</b>

Fonte: DATASUS/IBGE – 2017

Tabela 2 – Dados epidemiológicos absolutos dos municípios (SINAN, 2017)

Município	Outros agravos relevantes				Meningite	Esquitos	Malária	Dengue	LTA	LV	Hanseníase	Tuberculose	Beribéri
	Vioên	Lepto	Raiva	Sífilis									
Altamira do Maranhão	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	2	0
Bacabal	23	4	0	15	3	0	0	16	4	9	101	36	0
Bom Lugar	2	0	0	0	0	0	0	3	0	0	5	2	0
Brejo de Areia	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	8	0	0

Conceição do Lago-Açu	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	13	6	0
Lago Verde	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	14	7	0
Marajá do Sena	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	1	0
Olho D'Água das Cunhãs	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	8	7	0
Paulo Ramos	0	0	0	6	1	0	0	0	6	0	13	5	0
São Luis Gonzaga do Maranhão	4	0	0	1	0	0	0	9	0	3	43	9	0
Vitorino Freire	6	0	0	1	0	0	0	1	35	1	20	6	0
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>33</b>	<b>55</b>	<b>13</b>	<b>227</b>	<b>81</b>	<b>0</b>

Fonte: SINAN/URS (2015)

\* Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

## ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES, a CIR de Bacabal dispõe de 124 Unidades Básicas de Saúde. A distribuição destas unidades por município está abaixo demonstrada:

### Quadro 2. Unidades de Saúde existentes na rede, por município.

Município	ESF(TETO/IMPLANTADAS)
Altamira do Maranhão	06/04
Bacabal	51/42
Bom Lugar	08/06
Brejo de Areia	04/02
Conceição do Lago Açu	07/06
Lago Verde	08/06
Marajá do Sena	04/02
Olho d'Água das Cunhãs	09/07
Paulo Ramos	10/06
São Luís Gonzaga do Maranhão	10/09
Vitorino Freire	16/13
<b>TOTAL REGIÃO</b>	<b>133/103</b>

## CAPACIDADE HOSPITALAR INSTALADA DA REGIÃO DE SAÚDE DE BACABAL.

### Capacidade Hospitalar Instalada

Município	CNES/ESTABELECIMENTO
Bacabal	2460262 - Hospital Laura Vasconcelos
	2458055 - Hospital Geral de Bacabal
	6922902 - Hospital Materno Infantil
Lago Verde	2453355 - Hospital Municipal de Lago Verde
Olho d'as Cunhãs	2453363 - Hospital Municipal Antônio Tomaz
Paulo Ramos	2453347 - Unidade Mista Dr. Carlos Macieira
São Luís Gonzaga do Maranhão	2309602 - Hospital Municipal Dr. Carlos Macieira
Vitorino Freire	2530473 - Hospital Municipal Rui Bandeira

### SAÚDE MENTAL

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/02, objetiva a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental focada em consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, busca garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, pela comunidade ou pela cidade e oferece cuidados com base nos recursos que esta oferece. Este modelo possui uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de Atenção Integral nos Hospitais Gerais e nos CAPS III, ações de saúde mental na Atenção Primária e Urgência e Emergência em saúde mental.

Em Marajá do Sena, o Programa da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) compreende ações e cuidados em saúde mental em diversos níveis de complexidade, como:

**. Atenção Psicossocial na Atenção Básica em Saúde:** as ações neste nível de atenção ocorrem na ESF, realiza também os atendimentos grupais diversos em demandas inerentes à competência da Atenção Básica, como saúde da mulher, da criança, do homem, grupos de gestantes, de adolescentes, além de atendimentos individuais para demandas diversas de saúde mental.

Os CAPS são serviços substitutivos à internação em hospital psiquiátrico que contam com uma diversidade assistencial exposta para consecução deste objetivo. Seu foco final é oferecer

atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A riqueza assistencial proporcionada pelos CAPS é expressa pela diversidade de atendimentos que prestam à população através de consultas em Psiquiatria, atendimentos individuais e grupais em Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia, cuidados de Enfermagem, Farmácia com dispensação de medicamentos, fornecimento de refeições.

O município de Marajá do Sena não dispõe de CAPS referenciando seus pacientes para o CAPS II de Lago da Pedra.

## **SAÚDE BUCAL**

Durante anos, a odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. A demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica. Para mudar esse quadro, em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente. O Brasil Sorridente constitui-se em medidas que visam garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Este programa articula-se com outras ações intraministeriais e interministeriais, tais como Programa Saúde na Escola, Brasil sem Miséria e Plano Nacional para pessoas com deficiência. O principal objetivo da Política Nacional de Saúde Bucal é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde - SUS. As linhas de ações do programa são: a reorganização da atenção primária em saúde bucal com a implantação das Equipes de Saúde Bucal- ESB, compostas pelo cirurgião dentista e pelo auxiliar de saúde bucal, e da estratégia Saúde da Família – ESF; a ampliação e qualificação da atenção especializada com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e do Laboratório Regional de Prótese Dentária.

O Município de Marajá do Sena possui 02 equipes de Estratégias de Saúde Bucal. Os procedimentos realizados são curativos (exodontias, restaurações, limpeza, dentre outros) e educativo-preventivos (palestras, aplicação de flúor, escovação dental supervisionada e outros). As ações educativo-preventivas são realizadas tanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como nas escolas em parceria com a educação através do Programa Saúde na Escola (PSE) e

também em algum local disponibilizado pela Comunidade, tais como: Igrejas, Escolas, Associação de Mães etc.

## **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e o seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é financiada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde e os recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Primária, de acordo com a Portaria nº 4.217, de 29 de dezembro de 2010. A Secretaria de Saúde do município de Marajá do Sena possui em seu quadro de servidores 01 farmacêuticos, 01 Assistente Social e 01 atendente de Farmácia os quais estão lotados nas seguintes Unidades de Saúde:

Coordenação de Assistência Farmacêutica: 01 Farmacêutico e 01 Assistente Social;

Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e Farmácia Básica: 01 Farmacêutico e 01 Atendente de Farmácia.

Nas Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família – UBS/USF existe a sala de dispensação de Medicamentos.

### **MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS - PROGRAMAS DE SAÚDE:**

São medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do Ministério da Saúde com protocolos e normas estabelecidas. Por exemplo: Programas de Saúde para Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/Aids, Tuberculose e Hanseníase. São financiados e adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos Estados ou Municípios, de acordo com previsão de consumo. A distribuição é de responsabilidade dos Estados e Municípios.



## **CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO – CAF:**

A Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF, é a unidade de assistência farmacêutica responsável pelo armazenamento e distribuição de medicamentos e materiais, correlatos ou insumos. A CAF exerce atividades operacionais e de planejamento, tais como:

- Receber os produtos comprados;
- Realizar os lançamentos de entrada por meio de sistema informatizado e armazenar os produtos (HORUS);
- Receber requisições das unidades e promover a distribuição;
- Realizar a gestão de estoques;
- Conservar os medicamentos em condições seguras preservando a qualidade;
- Realizar levantamentos periódicos dos estoques e elaborar relatórios gerenciais.

A Dispensação especializada acontece somente para usuários cadastrados no Programa de Saúde Mental e na FEME.

## **FEME**

Pacientes com necessidades de medicamentos de alto custo fornecido pelo Estado através da Farmácia Estadual de Medicamentos Excepcionais- FEME, em São Luís são orientados pelo setor quanto a documentação necessária para o cadastro assim como assistência de Responsável Técnico em São Luís para receber e dispensar o medicamento em Marajá do Sena.

## **ATENDIMENTOS REALIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA FARMÁCIA BÁSICA**

Os medicamentos distribuídos na Atenção Básica compõem uma lista de medicamentos como: Antibióticos, Anti-Hipertensivos, Antidiabéticos, suplementação vitamínica disponibilizados em Unidades Básicas de Saúde e ESF, sendo estes colocados a disposição da população através do atendimento médico e do corpo de enfermagem, seguindo todos protocolos distintos de cada medicação.

## **PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS**

Neste setor é disponibilizado aos pacientes Diabéticos: seringas de 1 mL, Insulina , Aparelhos de Medição de Glicemia e fitas para realização de testes glicêmicos, disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde.

## **MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS - ALTO CUSTO (SES/MA)**

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua principal característica é a

busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, no âmbito ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT, publicados pelo Ministério da Saúde.

Os Medicamentos de Alto Custo, por exemplo, Risperidona, são disponibilizados pelo Estado do Maranhão, por meio de Processo Administrativo na Farmácia Estadual de Medicamentos Excepcionais – FEME.

### **FEME**

Pacientes com necessidades de medicamentos de alto custo fornecido pelo Estado através da Farmácia Estadual de Medicamentos Excepcionais- FEME, em São Luís são orientados pelo setor quanto a documentação necessária para o cadastro assim como assistência de Responsável Técnico em São Luis para receber e dispensar o medicamento em Marajá do Sena.

### **PROJETO FARMÁCIA VIVA:**

O Projeto Farmácia Viva é um programa do governo do Estado do Maranhão priorizando os 30 municípios de menor IDH, extensivo também aos municípios da Região Metropolitana de São Luis e aos demais que assim manifeste interesse, que tem como objetivo orientar a população de forma técnica, a fazer o uso correto das plantas medicinais, com várias alternativas farmacêuticas na utilização para o tratamento de diversas doenças e que também vem fortalecer a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e tendo em vista os benefícios do Projeto, é que o município de Marajá do Sena implantou o Programa, que agrega o conhecimento popular respaldado cientificamente à Atenção Primária à saúde, a Farmácia Viva implanta hortos de plantas medicinais, litúrgicas e hortaliças.

### **REMUME MARAJÁ DO SENA**

<b>RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS DA REMUME</b>
<b>FARMÁCIA BÁSICA</b>
<b>Analgésicos e Antitérmicos</b>
Dipirona 500 mg/mL sol. Oral frasco 10 mL
Dipirona 500mg comprimido
Paracetamol 200 mg/mL sol. Oral frasco 20 mL
Paracetamol 500 mg comprimido
<b>Antiácido</b>

Omeprazol 20 mg cápsula
Hidróxido de alumínio 100 ml
Ranitidina 150mg comprimido
<b>Antialérgico</b>
Dexclorfeniramina maleato 2 mg comprimido
Dexclorfeniramina 0,4 mg/mL solução oral frasco 100 mL
Dexclorfeniramina 2mg/5mL + Betametasona 0,5mg/5mL 120 mL
Dexametasona 1% creme bisnaga 10 g
<b>Antianêmico</b>
Ácido fólico 5 mg comprimido
Sulfato Ferroso 40 mg Fe (II) mg comprimido revestido
<b>Antimicrobianos (Antibióticos/Quimioterápicos )</b>
Amoxicilina 500 mg cápsula
Amoxicilina 50 mg/mL suspensão oral frasco 60 mL
Amoxicilina + Clavulonato 500 mg + 125 mg comprimido
Amoxicilina + Clavulonato 250 mg + 62,5 mg/5mL suspensão oral frasco 75 mL
Ampicilina 250/5mL suspensão oral frasco 50 mL
Ampicilina 500mg comprimido
Azitromicina 500 mg comprimido
Azitromicina 200mg/5ml suspensão oral frasco 9 mL
Cefalexina 250 mg/5mL suspensão oral frasco 60 mL
Cefalexina 500 mg comprimido ou cápsula
Ciprofloxacino 500 mg comprimido
<b>Antiparasitários</b>
Albendazol 400 mg comprimido mastigável
Albendazol 40mg/mL suspensão 10 mL
Mebendazol 100 mg comprimido
Mebendazol 20 mg/mL frasco 30 mL
Metronidazol 250 mg comprimido
Metronidazol 100 mg/g com aplicador bisnaga 50 g
<b>Anticoncepcionais</b>
Levonorgestrel + etinilestradiol 0,03 + 0,15 mg drágea

Norestisterona 0,35 mg comprimido
<b>Antiepiléticos</b>
Carbamazepina 20 mg/mL suspensão frasco 100 mL
Carbamazepina 200 mg comprimido
Fenitoína 100 mg comprimido
Fenobarbital 100 mg comprimido
<b>Antifúngicos</b>
Fluconazol 150 mg cápsula
Nistatina 100.000 UI/g creme vaginal com aplicador 60g
Nistatina 100.000 UI/mL 30mL
<b>Antiinflamatórioesteróide</b>
Ibuprofeno 50 mg/mL solução oral frasco 30 mL
Ibuprofeno 600 mg comprimido
Prednisona 5 mg comprimido
Prednisona 20 mg comprimido
<b>Antiinflamatório não esteróide</b>
Nimesulida 50mg/mL 15 mL
Nimesulida 100 mg comprimido
<b>Antiasmático Broncodilatador</b>
Salbutamol 0,4 mg/mL Xarope frasco 100 mL
<b>Reidratação Oral</b>
Sais para reidratação envelope
<b>Cardiovasculares/ Anti-hipertensivos Diuréticos/ Antiagregante plaquetário</b>
AAS 100 mg (Ácido Acetil Salicílico) comprimido
Atenolol 50 mg comprimido
Bensilato de Anlodipino 5 mg comprimido
Bensilato de Anlodipino 10 mg comprimido
Carvedilol 6,25 mg comprimido ***
Enalapril 20 mg comprimido
Enalapril 20 mg comprimido
Digoxina 0,25 mg comprimido
Furosemida 40 mg comprimido

Metildopa 250 mg comprimido
Metildopa 500 mg comprimido
Nifedipino 10 mg comprimido
Nifedipino 20 mg comprimido
<b>Hipolipemiante</b>
Sinvastatina 20 mg comprimido
<b>Programa HIPERDIA</b>
CAPTOPRIL 25 mgcomprimido
CAPTOPRIL 50 mgcomprimido
ENALAPRIL 10 mgcomprimido
ENALAPRIL 20 mgcomprimido
ATENOLOL 25 mgcomprimido
ATENOLOL 50 mgcomprimido
HIDROCLOROTIAZIDA 25 mgcomprimido
HIDROCLOROTIAZIDA 50 mgcomprimido
LOSARTANA POTÁSSICA 50 mgcomprimido
METILDOPA 500 mgcomprimidocomprimido
GLIBENCLAMIDA 5mgcomprimido
METFORMINA 850 mgcomprimido
NIFEDIPINO 10 mgcomprimido
FUROSEMIDA 40 mgcomprimido
ANLÓDIPINO 5 mgcomprimido
<b>Programa Hanseníase</b>
Talidomida 100 mg comprimido
<b>PISICOTROPICOS</b>
Clonazepam 2mg comprimido
Clorpromazina, cloridrato 100mg comprimido
Clorpromazina, cloridrato 25mg comprimido
Diazepam 10mg comprimido
Diazepam 10mg/2ml injetável
Diazepam 5mg comprimido
Fenobarbital 100mg comprimido
Fenobarbital 40mg/mL solução oral gotas frasco 20mL
Haloperidol 1mg comprimido
Haloperidol 2mg/ml frasco 20ml

Haloperidol 5mg comprimido
Levomepromazina 100mg comprimido
Metilfenidato, cloridrato 10mg comprimido
Nortriptilina, cloridrato 25mg comprimido
Risperidona 1mg
Risperidona 2mg
Risperidona 3mg
Tioridazina 100mg comprimido

## **ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

Buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

- Promoção e prevenção;
- Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde;
- UPA e outros serviços com funcionamento 24h;
- SAMU 192;
- Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências;
- Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos;
- Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas;
- Atenção domiciliar – Melhor em Casa.

No município de Marajá do Sena, a RUE ainda não está formalmente implantada, contudo os dispositivos de saúde existentes estão funcionando e interagindo entre si.

A rede de atendimento de Urgência no município é composta pelo Centro de Saúde Afonso Cordeiro, que funciona 24 horas com plantão de Pronto Atendimento, O município não possui rede de atendimento às emergências psiquiátricas, sendo estas atendidas no Hospital Serra de Castro de Lago da Pedra (com Atenção Hospitalar para 02 (dois) leitos Psiquiátricos e encaminhadas ao Hospital Nina Rodrigues, referência na Capital São Luís).

## **ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS**

A proposta de organização da Linha de Cuidados para a Pessoa com Doenças Crônicas nos eixos: Oncologia, Doenças Renais Crônicas e Sobrepeso/Obesidade, faz parte de uma

estratégia conjunta do Ministério da Saúde, em parceria com Estados e Municípios, para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde ofertados as pessoas, reduzindo riscos de morte e minimizando a prevalência e incidência dessas doença na população. Promover mudança no modelo de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, envolvendo os três eixos: oncologia, sobrepeso obesidade e doença renal crônica, na Região de Bacabal, por meio da qualificação do cuidado integral, para redução da mortalidade nos diversos eixos abordados e objetiva ampliar o acesso das pessoas com doenças crônicas aos Serviços de Saúde para reduzir a prevalência e a incidência de tais patologias nessa Região de Saúde

### **DOENÇA RENAL CRONICA DA REGIÃO DE SAÚDE DE BACABAL:**

Norteadado pela Portaria GM/MS n° 389, de 13 de março de 2014, que define 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. Esta linha de cuidado estabeleceu um pacto entre os diversos atores dos pontos da rede de atenção à saúde, estabelecendo fluxos de referência e contra referência para assistir ao usuário com DRC no SUS. O Plano de Ação da Rede de Atenção às Doenças Crônicas, no Eixo Doença Renal, objetivou a transformação/mudança da realidade dos portadores de DRC, onde atualmente aproximadamente 70% dos pacientes que iniciam a diálise, acessam o sistema de saúde pela porta da urgência em situações emergenciais, necessitando de intervenção imediata, em estagio 5, com necessidade dialítica, em péssimas condições de saúde, e com elevada mortalidade nos primeiros meses de terapia. O estabelecimento desta linha de cuidado, visou favorecer o diagnóstico precoce da DRC, com retardamento de sua evolução para fases finais, prevenindo e tratando suas complicações (reduzindo morbidade e mortalidade), e consequentemente, a realização da fase inicial na Terapia Renal Substitutiva (TRS) em melhores condições clínicas.

### **REFERENCIAMENTO**

A Região de Bacabal, através da **ATENÇÃO BÁSICA deverá** realizar estratificação do nível do paciente: I, II e III seguimento na AB, se IV e V encaminha para o DRC, após realização de exames específicos nos laboratórios municipais. Dependendo do nível de estratificação, esse paciente será encaminhado para o DRC, no Ambulatório Especializado do BIORIM (nível IV e V), tudo isto, permeado de acompanhamento de visitas domiciliares, com controles de exames laboratoriais.

De acordo com a evolução do caso, será encaminhado para a Terapia Renal Substitutiva (TRS) no BIORIM (Serviço de Alta Complexidade em Hemodiálise) ou Diálise

Ambulatorial (no domicílio). Na iminência de aparecer caso de urgência, tanto em diálise ou hemodiálise, será encaminhado ao Hospital Regional Laura Vasconcelos, referência em BACABAL, porta de entrada da urgência.

Na possibilidade de realização de transplante renal, este paciente será regulado pela central de leitos do Estado, para o Hospital Universitário (HUUFMA).

## **REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

Responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com doenças crônicas, com atuação de forma integrada.

## **ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

As especialidades da Região de Saúde de Bacabal estão no município de Bacabal que atende aos municípios de Altamira do Maranhão, Bom Lugar, Brejo de Areia, Conceição do Lago Açu, Lago Verde, Marajá do Sena, Olho D'Água das Cunhãs, Paulo Ramos, São Luís Gonzaga, Vitorino Freire nas seguintes modalidades: Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Cirurgião Pediátrico e Clínico Geral, Ultrassonografia e Mamografia no Hospital Materno Infantil; ortopedia e Cirurgias, Raio X no Hospital Geral. No Centro de Especialidades Dr. Coelho Dias contém as seguintes especialidades: Cardiologia, Pediatria, ginecologia e obstetrícia, psiquiatra, clínico geral, cirurgião geral e urologia, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, cirurgião dentista, psicólogo, assistente social e enfermeiro.

## **VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

A Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Marajá do Sena tem por objetivo desenvolver um conjunto de medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde desenvolvendo ações voltadas para a saúde coletiva, com intervenções individuais ou em grupo, atuando nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, incluindo o ambiente de trabalho, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. É assim estruturada:

- Núcleo de Controle de Endemias e Zoonoses;
- Vigilância Epidemiológica (Vigilância do Trabalhador);
- Vigilância Sanitária (Vigilância Ambiental).

O setor de vigilância deste município exerce as atividades de Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Saúde do Trabalhador, Zoonoses e Abatedouro.



O plano Municipal de Vigilância Sanitária, enquanto ação de saúde de natureza preventiva, atua sobre uma diversidade de objetos que estão direta ou indiretamente relacionados com a saúde individual e coletiva, com o intuito de diminuir, eliminar ou controlar o risco sanitário. Deste modo, as ações de VISA perpassam todas as práticas sanitárias, exercendo uma função mediadora entre os interesses da saúde e da economia, fazendo valer o princípio da supremacia do interesse público sobre o particular, contribuindo, assim, para a proteção e promoção da saúde da coletividade.

### **Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde – PGRSS**

PGRSS um conjunto de procedimentos de gestão que visam o correto gerenciamento dos resíduos produzidos no estabelecimento. Esses procedimentos devem ser, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente, seguindo, rigorosamente as legislações, deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS.

No Centro de saúde Afonso Cordeiro os resíduos deverão seguir procedimentos ao serem transportados dentro do estabelecimento, de acordo com as resoluções RDC – ANVISA n.º 306/2004, CONAMA n.º 358/2004 e normas pertinentes a Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT e Normas Regulamentadoras – NRs.

Após a coleta interna os resíduos são armazenados em um local externo ao Hospital, construído em alvenaria, revestido de piso liso, lavável e identificado com o timbre de infectante, construído de acordo com o volume de resíduos gerados, com capacidade de armazenamento compatível com a periodicidade da coleta, fechado e com acesso das funcionárias da coleta. Possui identificação de substância infectante na porta. Até a coleta externa os resíduos ficam acondicionados em recipientes estanque de plástico de fácil manuseio e higienização, sendo de fácil acesso para o veículo coletor, onde o mesmo é coletado a cada 7 dias.

### **Vigilância em Saúde Ambiental**

A implantação da Vigilância Ambiental em Saúde tem se apresentado como um novo modelo de atenção, capaz de implementar avanços nas ações de promoção e de proteção à saúde da População, através do monitoramento e do controle de problemas decorrentes do desequilíbrio do Meio Ambiente, relacionando-os de forma que se busque o planejamento e o

desenvolvimento de ações para eliminar ou reduzir a exposição humana a esses fatores prejudiciais à saúde.

A principal missão é avaliar as questões relacionadas ao Meio Ambiente visando associar as alterações negativas que podem repercutir direta ou indiretamente sobre a Saúde Humana. Desta forma é importante a busca pelo correto gerenciamento dos fatores de risco relacionados à saúde como parte integrante das ações de Vigilância em Saúde.

## **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

A Coordenação de Vigilância Epidemiológica funciona na Secretaria Municipal de Saúde e é responsável pelo acompanhamento e monitoramento dos agravos inusitados e dos agravos de notificação compulsória, que são as doenças de comunicação obrigatória à Vigilância Epidemiológica; por desencadear medidas de controle para evitar a propagação de doenças; pelo Programa Nacional de Imunização do município, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinas; pela Triagem Neonatal; pelo Programa de Controle da Tuberculose; pelo Programa de Controle da Hanseníase, pelo Programa de Controle das DST's/AIDS; pelo Bolsa Família; pelo Programa de Suplementação de Vitamina A – “Vitamina A mais”; pelo Programa de Suplementação de Ferro – “Saúde de Ferro”; pela gestão das Declarações de Nascimento e de Óbito – D.N. e D.O.; pelo Serviço de Verificação de Óbito – SVO, em parceria com a Polícia Civil; pela Codificação da Causa Básica de Óbito; pela elaboração de Boletins Epidemiológicos do município; pelo Programa de Saúde do Trabalhador; e pelo Comitê de Prevenção de Óbito.

O registro dos dados epidemiológicos é feito nos seguintes Sistemas de Informações:

### **Informação em Saúde – Sistemas**

A Secretaria Municipal de Saúde necessita de vários sistemas de apoio para gerir todas as ações desenvolvidas pelos vários segmentos entre eles o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – **SINAN**, responsável pelas notificações de doenças e agravos, O Sistema de Captação de Informações sobre Mortalidades –(**SIM**), faz a captação de dados sobre mortalidade, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (**SINASC**) tem por objetivo reunir informações relativas aos nascimentos ocorridos em todo o território nacional, O Programa Nacional de Imunização, (**SIPNI**) objetiva a avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, o Sistema de Informação ambulatorial (**SIASUS**) serve como banco de dados dos serviços dos setores envolvidos, a Programação Físico-Orçamentária – (**FPO**) serve para dividir as programações municipais da saúde por grupo, subgrupo etc., o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – (**DATASUS**), Trata-se de um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar,

processar e disseminar informações sobre saúde, O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – (CNES) o qual é responsável por possuir o cadastros dos estabelecimentos que prestem algum tipo de assistência a saúde, O **Cartão** Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados, A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único e Saúde (**SISPRENATAL WEB**), consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como assegurar à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento, O **SISVAN** (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam, O Sistema do Programa Nacional para Controle da Dengue (**SISPNCD**) é o sistema que substituiu o Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue (**SISFAD**), é responsável por receber as informações sobre os trabalhos sobre dengue nos municípios, Sistema Informatizado de Ambiente Laboratorial – (**GAL**) sistema informatizado desenvolvido para os laboratórios de Saúde Pública que realizam exames de notificação compulsória, de média e alta complexidade, A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano - **VIGIAGUA** - consiste em desenvolver ações contínuas para garantir à população o acesso à água de qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, para a promoção da saúde, O Sistema de Informação do Câncer (**SISCAN**) é uma versão em plataforma web que integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (**SISCOLO**) e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (**SISMAMA**), O sistema (**E-SUS**) é utilizado para captura de dados e também os registros dos procedimentos que tiverem sido realizados nos atendimentos das UBS.

### **Participação do CMS e Ouvidoria no Controle Social**

O Conselho Municipal de Saúde de Marajá do Sena, instituído pela Lei n.º 007/1997 de 03 de fevereiro de 1997. O Conselho também mantém seu cadastro atualizado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS.

O Conselho Municipal de Saúde de Marajá do Sena (CMS) é constituído conforme paridade de representação, nos termos do insculpido da Lei nº 8.142/1990, na seguinte proporção: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários do SUS; 25% de representativas dos trabalhadores da área de Saúde e 25% de Prestadores de Serviços e

Gestores, o que consta que o cumprimento de tal exigência é condição para o recebimento de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), estabelecido no art.4º, II, da Lei 8.142/1990.

O CMS/Marajá do Sena está cumprindo a sexta Diretriz da resolução nº 554, de 14/11/2017, do Conselho Nacional de Saúde que inadmite à autoridade máxima do SUS, cumular o exercício de suas funções, enquanto Gestor do SUS, com o desempenho das atribuições de Presidente do Conselho de Saúde respectivo, a fim de privilegiar o princípio da segregação das funções de execução e fiscalização da Administração Pública. Neste âmbito o CMS atua ativamente dentro de suas prerrogativas definidas em Lei examinando as atribuições que lhes são conferidas emitindo pareceres e resoluções dos recursos oriundos da saúde, acompanha as Audiências Públicas quadrimestrais para prestação de Contas da Secretária de Saúde.

Pelo Plano Plurianual (PPA) do Município, Marajá do Sena contemplou para manutenção das Atividades do Conselho Municipal de saúde o valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por ano: 2018,2019,2020 e 2021 respectivamente.

A Conferência Municipal e as Reuniões do CMS são abertas a população e explicando suas diretrizes de trabalho.

A Ouvidoria é um canal democrático de participação social, entre os cidadãos fazer suas manifestações na área da saúde de natureza: Denúncia; Elogio; Reclamação; Sugestão. As demandas podem ser: Anônimas; Identificado; Sigiloso.

Além disso, a Ouvidoria realiza um importante trabalho de orientação e disseminação de informações necessárias ao exercício do direito à saúde pelo cidadão, na busca de soluções e respostas para os impasses e conflitos identificados. Como um importante instrumento de gestão, a Ouvidoria apresenta os relatórios gerenciais à gestão para avaliação e formulação das políticas públicas de saúde.

Em março/2017 a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS)/Marajá do Sena conforme orientações da Secretaria de Estado da Saúde (SES/MA), iniciou a implantação do Nível I do Sistema Informatizado Ouvidor do SUS, encaminhando ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES/SGEP/MS o Plano de Ação para implantação do Sistema Nível I Informatizado Ouvidor SUS. Desde então a SEMUS/Marajá do Sena aguarda a devolutiva deste pleito por parte da Ouvidoria SUS do Ministério da Saúde (MS) para início das capacitações devidas e a própria implantação da Ouvidoria local. Outrossim, a SEMUS implantou o Nível II de Ouvidoria do SUS, que não é Ouvidoria, mas ponto de Serviço do Sistema, portanto conectada à Rede de Ouvidoria do SUS; isto é, a SEMUS acessando manifestações de sua competência de resolução/atendimento. Isto quer dizer que, a SEMUS recebe a manifestação,

dá o fluxo interno, responde a manifestação no Sistema e dá resposta ao cidadão. Na oportunidade, a SEMUS fez a adesão à Rede de Ouvidoria da SES/MA e enviou um servidor que foi capacitado para o Serviço.

#### **- Regulação e Auditoria**

A Auditoria e Regulação em Saúde é vinculada diretamente ao Secretário Municipal de Saúde. Tem como finalidade a aplicação da política de regulação assistencial, controlando e avaliando a prestação de serviços de assistência à saúde contratados da rede pública e privada, através de técnicas e procedimentos específicos.

As atividades de auditoria estão voltadas para a fiscalização das ações e serviços de saúde do SUS, com a finalidade de verificar a conformidade com a legislação vigente e aspectos técnicos.

A Auditoria é assistencial e implica em um conjunto de técnicas que visam verificar estruturas, processos, resultados e a aplicação de recursos financeiros de forma planejada, independente e documentada, baseada em evidências objetivas e imparciais, para determinar se as ações, serviços e sistemas de saúde encontram-se adequados quanto à eficiência, eficácia e efetividade, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e critérios técnicos, operacionais e legais estabelecidos.

A Secretaria de Saúde encontra-se em fase de implantação do Serviço de Auditoria do SUS.

#### **REGULAÇÃO**

A Regulação de Urgência e Emergência é realizada através de telefone para as referências da Região de saúde. Na área de Obstetrícia, a Regulação é feita no próprio Hospital Laura Vasconcelos, responsável pelo atendimento de Marajá do Sena nessa área.

Na área psiquiátrica para álcool e drogas, a regulação é realizada pelo serviço social da Secretaria Municipal de Saúde que encaminha para o CAPS II de Lago da Pedra e dependendo do caso, para a referência Hospital Nina Rodrigues em São Luís.

#### **TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO (TFD)**

Os benefícios de tratamento fora do domicílio-TFD foram estabelecidos pela portaria SAS/Ministério da Saúde Nº 055 de 24/02/1999- que dispõe sobre o TFD no âmbito do sistema único de Saúde (SUS). Este benefício consiste no fornecimento de passagens para atendimento médico especializado de diagnose, terapia ou cirúrgico em alta complexidade, a ser prestado a pacientes de atendimentos exclusivamente pelo SUS, em outros domicílios ou

Estados, além da ajuda de custo para alimentação e pernoite de pacientes e acompanhantes se necessário.

O setor do TFD no município está localizado na Secretaria Municipal de Saúde, o setor conta atualmente com: 0 Assistente Social e 01 digitador, responsáveis pelo bom funcionamento.

Cabe ao setor:

- Receber demandas (Consultas, exames e cirurgias).
- Viabilizar os deslocamentos (Ida e Volta) que atualmente estão acontecendo em São Luís.
- Controlar os processos dos pacientes que necessitam de acompanhamentos periódicos (Hemodiálise, Oncologia, CTA).
- Visitas domiciliares e buscas ativas.
- Realização de Exames especializados de Tomografias e Mamografias em Bacabal ou São Luís
- Solicitação de ajudas de custo.

Além dos serviços acima mencionados, e de responsabilidade do setor realizar e receber os agendamentos e ainda viabilizar a documentação e posterior repasse para a Secretaria de Saúde do estado para autorização do Tratamento Fora do domicílio (TFD), dos pacientes que necessita.

Total de pacientes encaminhados para tratamento contínuo (2021): 18

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>QTDE PACIENTES</b>	<b>LOCAL</b>
PORTADORES HIV	2	PEDREIRAS
HEMODIÁLISE	1	PEDREIRAS
ONCOLOGIA	6	SÃO LUIS
REABILITAÇÃO/SARAH	1	SÃO LUIS
NEFROLOGIA	1	SÃO LUIS
OFTALMOLOGIA	1	SÃO LUIS
FONOAUDIOLOGIA	1	LAGO DA PEDRA
PEDIATRIA	2	SÃO LUIS
TRANSTORNO ANSIEDADE	1	SÃO LUIS
TUMORAÇÃO ÓSSEA	1	SÃO LUIS
<b>TOTAL</b>		18 pacientes

## **PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA**

A descentralização dos serviços e ações de saúde tem avançado desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Tal fato gerou consequências sobre o acesso da população a esses serviços, sobre a eficiência dos mesmos e sobre os mecanismos de relação entre os entes federativos. Nesse último caso, avanços podem ser notados pelas mudanças sofridas pelo arranjo institucional do SUS após a promulgação da Constituição de 1988 e da sua Lei Orgânica nº 8080/90, expressas através de atos normativos do Ministério da Saúde, conhecidos como Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), e da constituição de novos instrumentos de gestão e de instâncias de pactuação entre União, Estados e Municípios. Dentre esses instrumentos, situa-se a Programação Pactuada Integrada (PPI Assistencial); A PPI é um instrumento de planejamento físico-orçamentário dos serviços de saúde no âmbito estadual, consubstanciando-se em um pacto solidário entre os gestores, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade não disponíveis em todos os municípios.

A PPI traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, por intermédio de relações entre gestores municipais, e através dela os municípios definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas, buscando adequar a demanda à oferta de serviços de saúde. A PPI se articula a outro instrumento que é o Plano Diretor de Regionalização (PDR), ambos voltados para a regionalização da assistência, visando constituir sistemas micro e macrorregionais de saúde que propiciem a assistência integral a todos os cidadãos.

A lógica dessa programação está em consonância com a organização da rede de serviços em âmbito estadual para que sejam respeitadas as diretrizes expressas pelos princípios basilares do SUS: descentralização, hierarquização dos serviços, além da universalidade e equidade do acesso e integralidade da atenção.

A PPI envolve a alocação de recursos financeiros dos orçamentos destinados à saúde dos três entes federativos. O mecanismo de financiamento varia de acordo com a capacidade de gestão à qual se habilita o município. Enquanto instrumento de gestão, a PPI prevê metas quantitativas e financeiras de prestação de serviços de saúde e que podem ser pactuadas pelos gestores municipais para o próprio município de origem do paciente, ou então para outros municípios. Nesse último caso, há uma população referenciada que será atendida fora do seu município de origem. As metas da PPI são acordadas entre os municípios e sua execução.

Em última instância, a PPI é o resultado da conjugação entre oferta, demanda, recursos financeiros disponíveis e as condições de acesso da população aos serviços, sendo negociada

nas instâncias legítimas pelos gestores envolvidos. A PPI envolve recursos orçamentários federais, municipais e estaduais, mas tem como fonte principal os recursos transferidos pela União, o que pode ocorrer através de duas maneiras: remuneração por serviços produzidos e transferência fundo a fundo. A remuneração por serviços produzidos é realizada pelos estados diretamente aos prestadores de serviços de saúde cadastrados no SUS. O pagamento é feito mediante apresentação de fatura dos atendimentos de média e alta complexidade executados, com base na Tabela de Serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), observados os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios.

A transferência fundo a fundo é realizada, regular e automaticamente, da União para os estados e municípios, para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar e é limitada a um valor financeiro máximo conhecido como Teto Financeiro da Assistência. Esses limites financeiros são definidos com base na PPI, negociados nas comissões intergestores (instrumento de pactuação e articulação entre gestores dos três níveis de governo), aprovados pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde e formalizados pelos gestores estadual e municipal, conforme for o caso.

O município de Marajá do Sena tem pactuação com o município de Lago da Pedra e Bacabal na Média Complexidade e com São Luís na Alta Complexidade.

## **21. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)**

A descentralização dos serviços e ações de saúde tem avançado desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Tal fato gerou consequências sobre o acesso da população a esses serviços, sobre a eficiência dos mesmos e sobre os mecanismos de relação entre os entes federativos. Nesse último caso, avanços podem ser notados pelas mudanças sofridas pelo arranjo institucional do SUS após a promulgação da Constituição de 1988 e da sua Lei Orgânica nº 8080/90, expressas através de atos normativos do Ministério da Saúde, conhecidos como Normas Operacionais Básicas (NOBs) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), e da constituição de novos instrumentos de gestão e de instâncias de pactuação entre União, Estados e Municípios. Dentre esses instrumentos, situa-se o **Planejamento Regional Integrado (PRI)** está entre as estratégias de coordenação para promover a articulação entre as esferas federativas e consiste em um processo contínuo, coordenado, integrado e interdependente que expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns



estabelecidas entre os gestores que abrangem uma macrorregião de saúde. Esse processo visa promover a equidade regional e o planejamento ascendente do Sistema Único de Saúde (SUS), expressando as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando como princípio a análise dos planos de saúde, a organização das RAS, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional.

O PRI traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, por intermédio de relações entre gestores municipais, e através dela os municípios definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas, buscando adequar a demanda à oferta de serviços de saúde. O PRI se articula a outro instrumento que é o Plano Diretor de Regionalização (PDR), ambos voltados para a regionalização da assistência, visando constituir sistemas micro e macrorregionais de saúde que propiciem a assistência integral a todos os cidadãos.

A lógica dessa programação está em consonância com a organização da rede de serviços em âmbito estadual para que sejam respeitadas as diretrizes expressas pelos princípios basilares do SUS: descentralização, hierarquização dos serviços, além da universalidade e equidade do acesso e integralidade da atenção.

O PRI envolve a alocação de recursos financeiros dos orçamentos destinados à saúde dos três entes federativos. O mecanismo de financiamento varia de acordo com a capacidade de gestão à qual se habilita o município. Enquanto instrumento de gestão, o PRI prevê metas quantitativas e financeiras de prestação de serviços de saúde e que podem ser pactuadas pelos gestores municipais para o próprio município de origem do paciente, ou então para outros municípios. Nesse último caso, há uma população referenciada que será atendida fora do seu município de origem. As metas do PRI são acordadas entre os municípios e sua execução.

Em última instância, o PRI é o resultado da conjugação entre oferta, demanda, recursos financeiros disponíveis e as condições de acesso da população aos serviços, sendo negociada nas instâncias legítimas pelos gestores envolvidos. O PRI envolve recursos orçamentários federais, municipais e estaduais, mas tem como fonte principal os recursos transferidos pela União, o que pode ocorrer através de duas maneiras: remuneração por serviços produzidos e transferência fundo a fundo. A remuneração por serviços produzidos é realizada pelos estados diretamente aos prestadores de serviços de

saúde cadastrados no SUS. O pagamento é feito mediante apresentação de fatura dos atendimentos de média e alta complexidade executados, com base na Tabela de Serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), observados os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios.

A transferência fundo a fundo é realizada, regular e automaticamente, da União para os estados e municípios, para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar e é limitada a um valor financeiro máximo conhecido como Teto Financeiro da Assistência. Esses limites financeiros são definidos com base no PRI, negociados nas comissões intergestores (instrumento de pactuação e articulação entre gestores dos três níveis de governo), aprovados pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde e formalizados pelos gestores estadual e municipal, conforme for o caso.

## **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Instituída pela Portaria MS/GM nº 793 de 2012 com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, focando a organização de rede e a atenção integral à saúde, contemplando as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa também ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada e desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e na vida adulta.

A rede de cuidados se organiza nos seguintes componentes:

- I – Atenção Básica;
- II – Atenção Especializada em reabilitação visual, auditiva, intelectual, física, ostomia e múltiplas deficiências; e
- III – Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

O cuidado com a pessoa com deficiência é realizado pelo NASF I do município.

## **IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

### **Eixos, Diretrizes, Objetivos e Metas:**

A IX Conferência Municipal de Saúde teve como Tema Central: *“Os enfrentamentos do SUS diante da nova realidade em decorrência da Pandemia, apresentando como tema: Garantia de acesso e melhoria da qualidade em todos os níveis de atenção à saúde”*.

Para realização da 10ª Conferência Municipal de Saúde de Marajá do Sena, o Conselho Nacional de Saúde não divulgou tema, lema e eixos, ficando a critério do município, através do

Conselho Municipal de Saúde, a escolha dos mesmos; a partir das propostas destas conferências foram elaboradas as metas para o Plano Municipal de Saúde 2021 - 2024.

## **PROPOSTAS DA 9ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARAJÁ DO SENA**

**TEMA:** *“Os enfrentamentos do SUS diante da nova realidade em decorrência da Pandemia, apresentando como tema: Garantia de acesso e melhoria da qualidade em todos os níveis de atenção à saúde”.*

### **EIXO I: – SAÚDE COMO DIREITO:**

**DIRETRIZ 1:** reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a Saúde como Direito humano, a sua Universalidade, Integralidade e Equidade do SUS com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais.

### **OBJETIVO 1:**

Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

### **METAS:**

1. Implantar UBS – Unidade Básica de Saúde - no Povoado Urucuzal, para facilitar o atendimento da população e das pessoas que moram em povoados próximos;
2. Fornecer medicamentos controlados para as pessoas que fazem uso contínuo desse medicamento;
3. Requisição e instalação de geradores de energia nas UBS dos povoados;
4. Implementar ações de prevenção, identificação e enfrentamento à violência e ao abuso sexual de crianças e adolescentes;
5. Informar a população, pelos meios de comunicação, quanto aos direitos e deveres dos cidadãos a organização dos serviços de saúde e meios de acesso, incentivando o uso consciente e a defesa do SUS.

## **EIXO II – FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PARTICULARIDADES E DESAFIOS DO SUS**

**DIRETRIZ 1:** Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferências de recursos;

### **Objetivo 1:**

Garantir o financiamento estável, sustentável e qualificado para o SUS com transparências dos gastos.

### **METAS:**

1. Implantar estratégias via telefônica nas UBS dos povoados;
2. Ampliar o atendimento no combate aos trabalhos de zoonoses;
3. Implantar sistema de internet em todas as UBS.

## **EIXO III – O IMPACTO NA SAÚDE MENTAL CAUSADO PELA PANDEMIA DA COVID 19.**

**DIRETRIZ 1:** Garantir o fortalecimento e a ampliação do acesso ao atendimento psicológico na Atenção Básica.

**Objetivo 1:** Garantir atendimento, acompanhamento integral para as pessoas pós acometimento.

### **METAS:**

1. Contratar um Psicólogo para a UBS – Afonso Cordeiro;
2. Criação de grupo terapêutico para as pessoas acometidas por covid-19;
3. Capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde;
4. Criação de centro de reabilitação para crianças com transtornos mentais.

## **EIXO IV: PARTICIPAÇÃO SOCIAL: CIDADANIA, ÉTICA, DIREITOS E DEVERES PARA EMANCIPAÇÃO DO COLETIVO.**

**DIRETRIZ 1:** Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com a garantia de transparência e participação cidadã.

### **Objetivo 1:**

Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

### **METAS:**

1. Criar salas de vacinação nas UBS da zona rural;
2. Montar uma sala do Conselho Municipal toda equipada e um conselho mais ativo;
3. Aquisição de um termo nebulizador para o município.

## **PROPOSTAS DE GOVERNO PARA SAÚDE (2021-2024)**

A saúde, direito constitucionalmente assegurado a todos, é o bem maior de qualquer pessoa. Propiciar saúde a todos implica uma série de ações de promoção e prevenção e de tratamento e recuperação de doenças, de forma universal, integral e equânime. Portanto as seguintes propostas visam assegurar todos esses direitos dentro da realidade de Marajá do Sena

1. Criar um Projeto de educação permanente em Saúde, visando à melhoria da oferta de serviço e do atendimento digno à população em geral, buscando transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos de trabalho, as práticas de saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços do referido setor e atendimento;
2. Viabilizar um espaço de acolhimento para as pessoas que vem da zona rural e necessitam fazer exames em outras cidades ou mesmo na nossa. Especialmente àquelas que não têm onde ficar;
3. Apoiar o Conselho Municipal de Saúde: capacitar os conselheiros, incentivar a participação em eventos de saúde pública, apoiar as iniciativas dos conselheiros;
4. Manter as unidades de saúde de forma a melhorar a qualidade dos serviços com ampliação de ações e garantindo material de consumo humano;
5. Ampliar a UBS do povoado jenipapo para implantação de uma equipe de saúde da família e uma de saúde bucal.
6. Promover melhorias da estrutura física dos equipamentos dos postos de saúde, garantindo atendimento preventivo de saúde a toda população que precisa;
7. Manter e dar suporte técnico para equipe de Vigilância Sanitária;
8. Distribuição gratuita de medicamentos para doenças como pressão alta, diabetes, colesterol e outros;
9. Ampliar as ofertas de exames laboratoriais, adquirindo maquinas que facilitem a realização e leitura dos exames com mais rapidez aumentando assim o quantitativo de exames diários
10. Ampliar o acesso da população aos exames de diagnósticos por imagem;

11. Reestruturar as áreas estratégicas da atenção primária, quais sejam: saúde da mulher, saúde da criança, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle do diabetes e da hipertensão, saúde do idoso.
12. Adquirir novas ambulâncias visando facilitar o deslocamento dos enfermos residentes nos povoados e sede, bem como adquirir veículos equipados para situações emergências; e caminhonetes para deslocamento das equipes
13. Priorizar a melhoria do serviço de saúde bucal, com investimentos na logística necessária ao atendimento da população e o funcionamento adequado das Unidades de Saúde com extensão às escolas;
14. Ampliar as Equipes de Saúde Bucal como Estratégia de Saúde da Família, bem como compor as equipes com Auxiliares de Cirurgiões Dentistas, com aquisição de 02 (dois) consultórios odontológicos
15. Aumentar a realização do exame de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, em relação ao ano anterior.
16. Promover o acesso a 100% dos medicamentos padronizados pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Mantendo o abastecimento de medicamentos na farmácia básica;
17. Manter e acompanhar 100% dos convênios e contratos para garantir a oferta de serviços complementares de média e alta complexidade para a rede de saúde ambulatorial e hospitalar.
18. Fazer planejamento financeiro para aumento dos investimentos próprios no programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), com o objetivo de dar suporte financeiro ou logístico suficiente para deslocamento, alimentação e permanência dos usuários e seus acompanhantes;
19. Traçar estratégias para diminuir a mortalidade materna e infantil.
20. Buscar diagnosticar, tratar e curar 100% dos casos de tuberculose pulmonar e hanseníase.

#### **RECURSOS FINANCEIROS (Planilhas anexas)**

O Financiamento do SUS é tripartite, de responsabilidade das três esferas de gestão, ou seja, de responsabilidade do Governo Federal, Governo Estadual e Governo Municipal. A Lei Complementar 141/2012 que regulamentou o art. 198 da Constituição Federal, trata em seus artigos 5º (União), 6º (Estados e Distrito Federal) e 7º (Municípios e Distrito Federal) das bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços:

*“Art. 5o A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.”*

*“Art. 6o Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.”*

No entanto, é histórico o investimento muito acima do mínimo constitucional nos municípios, uma vez que é este ente que abriga o usuário, e que acaba sendo responsabilizado e arcando com toda diferença no financiamento das ações de saúde. Os recursos financeiros em saúde são divididos em 02 blocos de financiamento, conforme Lei nº 141/2012, regulamentada pela Portaria nº 1.091 de 27/04/2017:

#### **CUSTEIO:**

- Atenção Básica- Componentes: piso da atenção básica fixo (PAB Fixo); piso da atenção básica variável (PAB Variável);
- Média e alta complexidade. Componentes: Teto financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; fundo de ações estratégicas e compensação (FAEC); Teto Municipal da rede Brasil sem Miséria, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), Teto Municipal da Rede de Saúde Mental,
- Vigilância em saúde. Componentes: Piso fixo da vigilância e promoção da saúde; vigilância sanitária e incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DSTs;
- Assistência farmacêutica. Componentes: básico da assistência farmacêutica; estratégico da assistência farmacêutica; medicamentos de dispensação excepcional;
- Gestão do SUS. Componentes: qualificação da gestão do SUS; implantação de ações e serviços de saúde.

**INVESTIMENTO:**

Na rede de serviços de saúde composto por recursos financeiros a serem transferidos, mediante repasse regular e automático, do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde.

**1. PACTUAÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE MUNICÍPIO DE MARAJÁ DO SENA  
SISPACTO 2020**

<b>NÚMERO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDADE DE MEDIDA</b>	<b>FONTE</b>	<b>PACTUADA</b>	<b>RESULTADO</b>
1	Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	1/100.000	SIM	2	1
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) – MIF investigados	%	SIM	90	33,30
3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	%	SIM	95	95,20
4	Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação para Crianças < 2 anos: Penta(3ª dose), pneumocócica-10 valente (2ª dose), pólio (3ª dose) e tríplice viral (3ª dose), com coberturas vacinais preconizadas	%	SI-PNI	75	100
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	%	SINAN	80	00
6	Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	%	SINAN	88	100



7	Número de casos autóctones de Malária	Unidade	SINAN	0,0	00
8	Número de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um anos de idade	Unidade	SINAN	00	00
9	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	Unidade	SINAN	00	00
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	%	VISA	50	00
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	razão	SIA/SUS	0,39	0,03
12	Razão de exames de mamografia de Rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	razão	SAI/SUS	0,20	0,00
13	Proporção de parto Normal no SUS e na Saúde Suplementar	%	SINAN	70	64,72
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	%	PNAISC	21,08	22,58
15	Taxa de mortalidade infantil	1/1.000	SIM	2,0	00
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	Unidade	SIM	1	1
17	Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Atenção Básica	%	DATAS US	92,77	44,28
18	Cobertura de Acompanhamento Das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	%	SISVAN	75	33,08
19	Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica	%	DATAS US	90.74	88,55

20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de VISA consideradas necessárias a todos os municípios, no ano	%	SIA/SUS /DATAS US	0	0
21	Ações de Matriciamento Sistemático realizadas por CAPS com Equipes de AB	Unidade	DATAS US	00	00
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	%	SISPNC D	4,0	4,0
23	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	%	DATAS US	95	100

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O processo de planejamento tem como base diversos referenciais legais e normativos, tais como a Lei nº. 8.080/90, a Lei Complementar nº. 141/2012 e a Portaria nº. 2.135, de 25/09/2013. Esta Portaria, além de institucionalizar o processo de planejamento, indicou os instrumentos responsáveis pela sua operacionalidade, destacadamente o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

Na conformidade da regulamentação do Sistema de Planejamento do SUS – Planeja SUS –, este PMS será operacionalizado por intermédio das Programações Anuais de Saúde (PAS), que estabelecerão o conjunto de ações necessárias ao alcance dos objetivos e metas aqui definidos, na conformidade das diretrizes preconizadas. Considerando o período de vigência do Plano – quatro anos –, a perspectiva é de que as ações empreendidas, na sua maioria, respondam anualmente por, pelo menos, 25% das metas constantes do PMS. Essa apuração deverá ocorrer até o final do primeiro trimestre, relativa ao ano anterior, de forma a possibilitar a conclusão do respectivo Relatório Anual de Gestão – RAG – e sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde, tendo em conta o prazo estabelecido na Lei complementar nº. 141/2012. O Relatório Anual de Gestão imprime caráter dinâmico ao Plano Municipal de Saúde e realimenta, desta forma, o processo de planejamento. Esse Relatório deve indicar os eventuais ajustes que se fizerem necessários no Plano e, ao mesmo tempo, orientar a elaboração da Programação Anual de Saúde subsequente.

Nesse contexto, após a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), a gestão do PMS deve obedecer à dinâmica da administração municipal e do processo de planejamento do SUS, tendo em atenção os prazos estabelecidos e os subsídios gerados pelos demais instrumentos de gestão e de controle.

A periodicidade orientadora da gestão do PMS indica a necessidade de monitoramento no decorrer de cada exercício, além de avaliações anuais, de forma a assegurar transparência e visibilidade, acompanhar a dinâmica de implementação e propiciar a possibilidade de revisões periódicas.

O processo de planejamento deve ser implementado tendo em conta a estreita articulação e interdependência desses instrumentos básicos, influenciando a definição de políticas e de recursos. Além disso, vale reiterar que Plano, Programação e Relatório se relacionam diretamente com o exercício da função gestora.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores**, Ministério da Saúde – 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Revista do sistema Único de Saúde no Brasil**, volume 18, pg. 29-44. Brasília, 2009.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 141/2012**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03\\_htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03_htm)> Acesso em

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes**. Diário Oficial da União, Brasília, v. 78, n. 182, p. 18055, 20 set. 1990. Seção I.

BRASIL. Lei n. 8142, de 19 de dezembro de 1991. **Dispõe sobre participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transparências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n. 249, p. 25694, 31 dez. 1990. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde - **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qbsc.def>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional da Saúde: **Um pacto pela saúde no Brasil**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, 2006. 52 p.

BRASIL. MTE/RAIS. IPARDES/BDEWeb. Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/>>  
**Dados da Atenção Básica - DAB:** Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura)>.

Brasil. Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão**, Secretaria do Orçamento Federal. Manual Técnico de Orçamento MTO. Edição 2016. Brasília, 2015. 189 p.

**Guia de Vigilância Epidemiológica**, Volume I - AIDS/Hepatites Virais – 2002.

**IPEA.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. A reinvenção do planejamento governamental no Brasil / org.: José Celso Cardoso Jr. – Brasília: IPEA, 2011.

**IBGE. Censo 2010.** Brasília: IBGE, 2015. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/censo2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/censo2010.pdf)>.

**IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.** Brasília: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/pnad/pnadpb.asp>>.

**Lei No. 8080/90,** de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)

**Manual Técnico para diagnóstico das hepatites virais.** Ministério da Saúde. Brasília 2015.

Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde – **Orientações para os conselhos de Saúde** – SIACS, 1º edição. 2012.

**Portal da Saúde.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/tuberculose>>.

**SARGSUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão.** Disponível em: [datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus](http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus);

**Sistema de Notificação de Animais Peçonhentos - SINAP,** disponível em: [sesaeventos.saude.ws/zoonose/login](http://sesaeventos.saude.ws/zoonose/login).

**Sistema de Planejamento do SUS** – Uma construção Coletiva – Monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. Brasília – DF. 2010.

**SISAGUA, 2017 – Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano.** Disponível em: <<http://sisagua.saude.gov.br/sisagua/login>>.

# **ANEXOS**

## RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE – MARAJÁ DO SENA

### RECEITAS RECEBIDAS DA UNIÃO PARA A SAÚDE

Fonte: Siops.datasus.gov.br

ESPECIFICAÇÃO	ANO			
	2018(R\$)	2019 (R\$)	2020 (R\$)	2021 (R\$)
<b>Manutenção das ações e serviços de Saúde (CUSTEIO)</b>				
APOIO FINANCEIRO EXTRAORDINÁRIO	R\$ 74.272,20	-	-	-
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	R\$ 43.631,88	R\$ 43.682,25	R\$ 47.141,64	R\$ 47.770,99
ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	R\$ 10.848,00	R\$ 10.848,00	R\$ 10.848,00	R\$ 10.848,00
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 168,00	R\$ 224,00	-	-
ATENÇÃO PRIMÁRIA	R\$ 1.668.457,53	R\$ 1.600.108,30	R\$ 1.564.113,25	R\$ 2.402.772,27
GESTÃO DO SUS	R\$ 11.000,00	-	-	-
CORONAVÍRUS (COVID-19)	-	-	R\$ 720.988,26	-
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 86.735,73	R\$ 88.789,92	R\$ 86.884,56	R\$ 88.469,70
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 1.895.113,34</b>	<b>R\$ 1.746.484,47</b>	<b>R\$ 2.429.975,71</b>	<b>2.549.860,96</b>
<b>Manutenção da rede de serviços públicos de saúde (INVESTIMENTO)</b>				
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	-	-	R\$ 180.000,00	-
ATENÇÃO PRIMÁRIA	-	-	R\$ 159.960,00	R\$ 199.149,00
CORONAVIRUS (COVID 19)	-	-	R\$ 61.264,00	-
<b>TOTAL</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>R\$ 401.224,00</b>	<b>R\$ 199.149,00</b>

Fonte: [www.fns.saude.gov.br/dabwww.siops.datasus.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br/dabwww.siops.datasus.gov.br)

