

Prefeitura  
Municipal de São  
Bernardo do  
Maranhão  
Secretaria da Saúde

PLANO  
MUNICIPAL  
DE SAÚDE  
2022-2025

---





ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETÁRIO

**PREFEITO MUNICIPAL**

JOÃO IGOR VIEIRA CARVALHO

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE:**

HAROLDO AIRES CASTRO

**PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:**

ALESSANDRA DE FREITAS FERREIRA

**ENDEREÇO DA PREFEITURA:**

Praça Municipal, nº 863 - CENTRO.

CEP: 65.550 – 000 SÃO BERNARDO – MA

CNPJ: 13.956.238/0001-37

**ENDEREÇO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

BR 034 - kM 13, nº 10 - B. Abreu

CEP: 65.550 – 000 SÃO BERNARDO – MA

CNPJ: 13.956.238/0001-37

## EQUIPE TÉCNICA

1. COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA:  
ALESSANDRA DE FREITAS FERREIRA.
2. COORDENAÇÃO DE DST/AIDS:  
SIMONE ALMEIDA COSTA
3. DIRETORIA DE ADMINISTRATIVA HOSPITALAR  
NOÉLIA CRISTINA COELHO SANTOS
4. COORDENAÇÃO DE TFD  
FABIANA MARIA ALMEIDA SILVA
5. COORDENAÇÃO DO NASF  
SANDRA
6. COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
LIVIA SILVA MONTEIRO
7. COORDENADOR VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
RAFAEL FREITAS BESSA
8. COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO  
LIVIA SILVA MONTEIRO
9. COORDENAÇÃO DO BOLSA FAMÍLIA  
KAMAY SILVA RODRIGUES
10. COORDENAÇÃO DO PSE  
CLÉCIA CRISTINA DA SILVA AIRES

Elaboração do Plano Municipal de Saúde  
2022 – 2025

**ASSESSORIA TÉCNICA E DE PLANEJAMENTO**

*CARLOS BARROS – Sanitarista*

*ISMAEL DE SOUSA - TI*

*A consolidação das informações que configuram o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 resulta de um diálogo amplo e permanente com as áreas técnicas da SMS, Gestor e Controle Social. Dessa forma considera-se o documento, escrito a várias mãos, uma construção coletiva.*

# LISTA DE SIGLAS

- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- AIH – Autorizações de Internação Hospitalar
- AP – Avaliação por Desempenho
- APS – Atenção Primária a Saúde
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
- CMS – Conselho Municipal de Saúde
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite
- CNES – Cadastro Nacional Estabelecimento Saúde
- CNS – Conferência Nacional de Saúde
- COSEMS – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
- CPOD – Índice de Dente Cariado Perdidos e Obturado
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
- EPI – Equipamento de Proteção Individual
- ESB – Estratégia de Saúde Bucal
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- e-SUS – Sistema de Atenção Básica
- FUNASA – Fundação Nacional da Saúde
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- LACEN – Laboratório de Saúde Pública
- LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária
- LOA – Lei Orçamentária Anual
- LOS – Lei Orgânica da Saúde
- LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana
- MS – Ministério da Saúde
- NOTIVISA – Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária pela ANVISA
- NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PCCS/SUS – Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS
- PDI – Plano Diretor de Investimento
- PDR – Plano Diretor de Regionalização
- PDVISA – Plano Diretor de Vigilância Sanitária
- PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
- PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
- PNI – Programa Nacional de Imunização
- PPA – Plano Plurianual
- PPI – Programação Pactuada Integrada
- PRAHD – Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus
- SADT – Unidades de Apoio de Diagnose e Terapia
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SAAE – Serviço Autônomo de Água e Esgoto
- SES – Secretaria Estadual de Saúde
- SESA – Secretaria de Municipal da Saúde

- SF – Saúde da Família
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SIH – Sistema de Informação Hospitalar
- SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
- SINAN-NET – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
- SINASC – Sistema de Informação Nascidos Vivos
- SISCOLO – Sistema de Informação de Prevenção do Câncer do Colo de Útero
- SISFAD – Sistema de Informações de Febre Amarela e Dengue
- SISHIPERDIA – Sistema de Informação e Vigilância em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
- SISPACTO – Pacto pela Vida utilizando o sistema informatizado
- SISPNI – Sistemas de informações do Programa Nacional de Imunizações
- SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre o Pré-Natal
- SISVAN WEB – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
- TCGM – Termo de Compromisso do Gestor Municipal
- UBS – Unidades Básicas de Saúde
- USF – Unidades de Saúde da Família
- VIGIÁGUA – Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
- VIGIAR – Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição do Ar.
- VIGIPOS – Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária
- VIGISOLO – Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado

# IDENTIFICAÇÃO

- ☞ Município: São Bernardo / MA
- ☞ Código IBGE: 211.0609
- ☞ População: 28.667 (estimativa do IBGE - 2021)
  - Pop. Urbana = 12.777
  - Pop. Rural = 15.890
- ☞ Mesorregião: Leste Maranhense
- ☞ Microrregião: Baixo Parnaíba Maranhense
- ☞ Ano de instalação: 1935
- ☞ Área do município (km<sup>2</sup>): 1.006,19
- ☞ Densidade Demográfica, 2018 (hab./km<sup>2</sup>): 26,29.
- ☞ Taxa de Urbanização, 2010 (%): 44,57.
- ☞ Distância à Capital (km): 260
- ☞ IDHM (2010): 0,805
- ☞ IDH Renda (2010): 0,514
- ☞ IDH – longevidade (2010): 0,762
- ☞ IDH – Educação (2010): 0,479
- ☞ PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE:
  - O Plano Municipal de Saúde existente foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 12 de junho de 2019 com vigência até 2022. Este atualmente em fase de elaboração representa a necessidade de readequação e construção social do Plano existente
  - ☞ Posição no Plano Diretor de Regionalização – Município de Gestão Plena da ~~Atuação~~ Primária da Microrregião de Saúde de Chapadinha;
  - ☞ Posição no Plano Diretor de Regionalização das Urgências e Emergências – Base Descentralizada do SAMU 192 de referência Microrregião de Saúde de Chapadinha.
  - ☞ Comissão Intergestora Regional de Chapadinha;
  - ☞ Território da Cidadania – Baixo Parnaíba Maranhense

Fonte: SIMBRASIL – 2003/SMS São Bernardo/PDR Estado do Maranhão

## Limites

O município está localizado na microrregião do Baixo São Bernardo Maranhense, e tendo como limites: ao norte o município de Santana do Maranhão, ao sul Araiões e Água Doce do Maranhão, a leste Santa Quitéria do Maranhão, e a oeste Magalhães de Almeida.

# SUMÁRIO

<b>I</b>	Apresentação .....	10
<b>II</b>	Introdução .....	14
<b>III</b>	Instrumentos Legais .....	16
<b>IV</b>	Estrutura do Plano Municipal de Saúde – 2022-2025.....	19
<b>V</b>	Objetivos .....	21
<b>VI</b>	São Bernardo do Maranhão: Fragmentos de sua História.....	22
<b>VII</b>	Caracterização do Município .....	28
	VII.1 – Situação Geográfica .....	28
	VII.2 – Economia Local .....	33
	VII.3 –Organização Social.....	40
<b>VIII</b>	Análise da Situação de Saúde de São Bernardo do Maranhão.....	85
<b>IX</b>	Indicadores Epidemiológicos.....	124
	IX.1 – Indicadores de Morbidade .....	124
	IX.2 – Situação de Saúde – Análise da Rede Assistencial .....	153
<b>X</b>	Compromisso da Gestão Municipal de São Bernardo do Maranhão na área de Saúde e o Modelo de Gestão e Atenção a Saúde .....	198
	X1 –Eixos Programáticos .....	198
	X2 – Propostas Estratégicas.....	200
	X3 – Modelo de Gestão e Atenção a Saúde .....	202
<b>XI</b>	Objetivos, Diretrizes e Metas para o período 2022-2025 .....	205
	XI.1 – Formulação dos Compromissos de Gestão.....	205
	1º Eixo – Gestão da Saúde .....	206
	2º Eixo – Qualificação da Atenção Integral a Saúde.....	212
	3º Eixo –Vigilância em Saúde .....	222
<b>XII</b>	Monitoramento e Avaliação do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 .....	229
	XII.1 – Passos do Processo de Monitoramento e Avaliação.....	231
<b>XIII</b>	Referências Bibliográficas .....	241
	Anexo.....	244

# APRESENTAÇÃO

Apresentamos à população do município São Bernardo do Maranhão e aos trabalhadores em luta cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS), o Plano Municipal de Saúde de São Bernardo para o período 2022-2025. Instrumento que sintetiza as intenções e resultados a serem alcançados durante a atual gestão, expressos nas políticas e compromissos de saúde na esfera municipal.

Sua elaboração partiu da participação efetiva do Controle Social do SUS do município e de uma análise sobre a situação da saúde do município, com identificação e priorização dos principais problemas, à fim de subsidiar o planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação das ações de saúde, considerando a diversidade e a magnitude territorial do mesmo.

Esperamos que este Plano contribua significativamente para construirmos juntos políticas públicas que melhorem as condições de vida e saúde da população luís-correense.

O Plano Municipal de Saúde do município de São Bernardo do Maranhão (PMS) 2022-2025, como instrumento magno da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei Federal n.º 8.080, de setembro de 1990, e regulamentado pelo Decreto Presidencial n.º 7.508/2011 e pela Lei Complementar n.º 141/2012, explicita os compromissos da gestão municipal para o setor da saúde num recorte temporal de quatro anos e reflete as necessidades de saúde da população, conforme preconiza a Portaria GM-MS n.º 2.135/2013.

A produção deste documento tomou como referência o processo de construção com os atores sociais do município, cujos eixos estruturantes são a qualificação das práticas de gestão e do cuidado em saúde, ancorado na perspectiva das redes temáticas de atenção, fundamentadas na portaria n.º 4.279/2010.

O processo se deu por meio de pré-conferências e Conferência de Saúde, e de um conjunto de oficinas focadas na problematização da situação de saúde articulada com o enfrentamento de desafios, envolvendo gestores, profissionais e conselheiros de saúde, num processo participativo, com a finalidade de capilarizar o território.

Salientamos a importância das combinações dialogadas com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2018-2021, do projeto de Governo 2022-2025, com o Plano Plurianual (PPA), com o Mapa Estratégico da Secretaria Municipal da Saúde e com as proposições da 10ª Conferência Municipal da Saúde de 2021, que subsidiaram a definição de diretrizes da gestão municipal de saúde para o período de implementação do plano.

Inicialmente, são apresentadas neste documento, a trajetória de construção e a análise situacional da situação da saúde do município de São Bernardo do Maranhão. Destacamos ainda, a previsão de investimentos para a expansão e melhoria da infraestrutura da rede, visando à ampliação do acesso, bem como uma síntese do processo de monitoramento e avaliação proposto para seu acompanhamento.

Considerando o cenário atual e os desafios postos, a Secretaria Municipal da Saúde de São Bernardo do Maranhão tem na condução do sistema de saúde a tarefa de viabilizar a atenção em redes que garanta a gestão do cuidado na interface da Rede de Atenção Primária com os pontos de atenção secundários e terciários, sobretudo para os extratos sociais mais vulneráveis de nossa cidade e se compromete a atuar com este novo olhar, à partir da construção do Plano Municipal de Saúde 2022-2025.

Este por sua vez está alinhado ao Plano Plurianual (PPA) no eixo "*melhoria da qualidade de vida e justiça social*". Este eixo versa sobre a melhoria da qualidade de vida do cidadão luís-correieense e sustentabilidade social, compreendendo a melhoria da saúde, educação, cultura, inserção social e produtiva, mobilidade e acessibilidade, segurança, justiça, equidade, preservação dos direitos humanos e integração social. Um conceito, portanto amplo e intersetorial que convoca os mais distintos setores a uma ação mais vigorosa e focada.

O município de São Bernardo do Maranhão, a partir de 2017, comprometeu-se a estruturar, implementar e gerir a Política Municipal de Saúde, a partir das Redes de Atenção à Saúde (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010), compreendida como estratégia focada na superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e no aperfeiçoamento do funcionamento político institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Fundamenta-se na compreensão da Atenção Primária à Saúde como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde sendo coordenadora das Redes de Atenção e ordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, perseguindo a atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Quanto aos processos, foi pactuada a organização e a implementação das Redes Temáticas de Atenção: Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha) (Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria nº 1.600 de 07 de Julho

de 2011), Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011), Rede de Atenção às Condições Crônicas (Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013) e Rede de Atenção Oncológica (Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013), bem como o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e assistência farmacêutica. Outrossim, foi pautado o fortalecimento da Vigilância em Saúde, à partir da integração das vigilâncias (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental) e da Saúde do Trabalhador. Feitas estas considerações, pontuamos que a atual conjuntura brasileira vem sendo impulsionada por políticas públicas inovadoras que combinam crescimento econômico com redução das desigualdades sociais, regionais e locais. São Bernardo do Maranhão se insere neste processo e essas políticas estão balizadas na retomada da capacidade dos governos de planejarem e agirem visando, sobretudo, garantir os direitos dos que se encontram em situação de vulnerabilidade e exclusão.

A estratégia de aprofundamento desse cenário de modernização requer um Estado indutor e promotor das mudanças e a área da saúde tem também esse protagonismo, à partir de políticas públicas construídas por meio do permanente diálogo social e do pacto federativo, pautado nos desafios de se buscar novas formas de atuação do Estado.

Ao apresentarmos este plano, renovamos também nossas apostas no futuro, esperando melhores dias, e o nosso agradecimento a todos aqueles e aquelas que se empenharam em sua produção e execução, reafirmando nosso compromisso com a ética do cuidado e com a procura da justiça. Estamos certos de que, ao atualizarmos o Plano Municipal de Saúde com esta intensa participação social, estamos criando condições para a efetivação do princípio da equidade, tão caro a todos e todas que lutam permanentemente pelo aprimoramento do SUS, pela consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e por um mundo mais pacífico e generoso.

**HAROLDO AIRES CASTRO**  
Secretário Municipal da Saúde

# INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. O resultado final dessa conferência expresso em seu Relatório definiu a saúde “como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde”. O Relatório Final da 8ª CNS serviu de base para discussões na Assembléia Nacional Constituinte em 1987.

O debate entre as diversas propostas em relação ao setor Saúde apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte, quando da aprovação da Constituição Federal de 1988 resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 cita que:

*[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).*

Esse artigo define a universalidade da cobertura do SUS. Dentre as ações definidas na Constituição Federal o SUS é definido como sendo de:

*[...] relevância pública, cabendo ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde. As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988).*

Temos pela frente a missão de promover políticas equânimes que efetivem inclusão social, que reduzam as desigualdades e a violência que enfeiam nossa cidade, pressupõe partilhar das responsabilidades com o que é nosso: a construção de um espaço público urbano que redesenhe uma cidade feita por todos e para todos. Inclui a construção de uma gestão participativa que também capture as singularidades do nosso saber ser, a resistência de uma gente de humanidade feita de água, sal e muita luta.

A gestão participativa da São Bernardo do Maranhão "Um novo tempo" quer inaugurar uma nova urbanidade, em que possamos transcender os poderes e interesses individuais para incluir toda a coletividade, especialmente os mais vulneráveis. Assim, é que propomos o exercício do compromisso político de reintegrar o povo à possibilidade de reconstruir uma cidade mais justa, democrática e sustentável, onde a efetivação das políticas públicas assegure a distribuição da riqueza, da cultura, do conhecimento e da oportunidade de vivenciá-la com alegria e qualidade de vida.

Tantos desafios para esta cidade que merece proteger os miseráveis que cruzam o tempo de suas esquinas, abrigar o riso de suas crianças numa ciranda que abraça cada praça, preservar o patrimônio fortalecendo os movimentos de resistência da população às mudanças passageiras, na tentativa de manter ou ressignificar a essência dos lugares e costumes que ainda testemunham uma história de 83 anos.

É entendimento, portanto da atual Gestão da Secretária Municipal da Saúde de São Bernardo do Maranhão, que o poder público municipal é também responsável pela garantia dessas políticas e pelos agravos à saúde de seus munícipes, seja de forma individual e/ou coletiva, tratando-se, portanto de uma responsabilidade política, da qual não se pode furtar. As Diretrizes previstas neste Plano Municipal de Saúde, foram subsidiadas pela 10ª *Conferência Municipal da Saúde* realizada no dia 21 de dezembro de 2021, na qual foram definidas as diretrizes para 04 (quatro) anos de governo.

# OBJETIVOS

## *I - OBJETIVO GERAL*

Implementação da *Gestão do Sistema Municipal de Saúde local*, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

## *II - OBJETIVOS ESPECÍFICOS*

- Impulsionar, reafirmar e buscar a efetividade dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde garantidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde;
- Fortalecer a Rede de Atenção Primária a Saúde tornando-a coordenadora e ordenadora do cuidado dentro do Sistema, através da promoção, proteção e recuperação da saúde da população;
- Procurar assegurar a aplicabilidade dos princípios doutrinários do SUS: acesso universal, equidade e integralidade da assistência através das ações e serviços desenvolvidos pelo Sistema local de Saúde segundo a *Lei Orgânica de Saúde 8.080/90*;
- Implementação dos serviços de Vigilância à Saúde com ênfase na Vigilância Sanitária, na Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças e na Vigilância Ambiental e Controle de Endemias em acordo com a Programação Nacional de Vigilância em Saúde tendo como foco a descentralização de suas ações dentro do município;
- Instituir parâmetros assistenciais para o processo de avaliação das ações e serviços a serem desenvolvidos e/ou implantados no município;
- Fortalecer o Controle Social das políticas de saúde desenvolvidas pelo Sistema local de Saúde segundo a *Lei Orgânica de Saúde 8.142/90*;
- Estabelecer fluxos e protocolos que reorganizem o sistema de referência e contra referência na Rede Assistencial de saúde do município em todos os serviços e níveis de assistência;
- Ampliar os níveis de complexidade da Assistência do Sistema de Saúde Local.

# I. ANÁLISE SITUACIONAL

## II. CONDIÇÕES SÓCIO-SANITÁRIAS

### II.1. ASPECTOS POLÍTICOS E CULTURAIS

#### I.1.1.1. FRAGMENTOS DE SUA HISTÓRIA

#### DOS ÍNDIOS AO STATUS DE VILA

Muito se tem especulado sobre o marco inicial da civilização no território em que hoje se encontra instalado o município de São Bernardo. Entretanto, nada se pode afirmar categoricamente, em vista da ausência de documentação. Permanece a tradição de que as primeiras investidas no território municipal se processaram através dos padres jesuítas, no século XVIII.

Realmente, no ano de 1700, impulsionados pelo sublime ideal lançaram-se à tarefa de catequizar índios, para o que tivessem de se embrenhar por densas florestas e inóspitas paragens, chegando até o local onde é hoje a cidade de São Bernardo. O sítio que escolheram para ponto de partida de suas incursões pelas circunvizinhanças acha-se à margem de um pequeno rio a que deram o nome de Buriti.

Como ser natural, aí plantaram os padres, como marco assinalador de seus propósitos evangelizadores, uma igreja, edificada sob o patrocínio e invocação de São Bernardo, a qual em breve desapareceu, surgindo uma outra, em 1798, de estilo simples, colonial, e com uma torre de relativa altura. Ainda hoje existente, essa igreja que tomou o nome de Matriz, em virtude de aquele tempo, servir de sede da circunscrição Jesuíta, permanece, em nossos dias, como vivo atestado da ação civilizadora daqueles padres.

Com a construção do templo, lançaram-se os Jesuítas, auxiliados por outros elementos, especialmente negros cativos, à tarefa de devassar a terra descoberta, cujo domínio se estende até a margem do Rio Parnaíba, na Boca do Bebedouro de São Pedro, foz do igarapé São José, lagoas Bacuri e Santo Agostinho, onde, ainda em nossos dias, podem ser encontrados eloqüentes vestígios da ação eclesiástica, como uma grande feitoria e fazenda de criação de gado bovino, atualmente de propriedade do fazendeiro Dácio Almeida.

Para que os Jesuítas fossem bem sucedidos na colonização das novas terra, foram também ajudados, enormemente, pelo indígena, que se supõe serem os índios gamelas do tribo tupinambás que, como bons pescadores, habitavam, de preferência, as margens dos rios e lagoas.

Devassado o território, deu-se início à exploração das terras, por demais férteis, através da intensificação da agricultura e da pecuária que mesmo no dias presentes, continuam a se constituir na principais fontes de riqueza municipal.

Gentílico: bernardense

### *1.1.1.2. FORMAÇÃO ADMINISTRATIVA*

Distrito criado com a denominação de Bernardo do Parnaíba, pela lei provincial nº 121, de 04-10-1841, subordinado ao município de Caxias.

Elevado à categoria de vila com a denominação de São Bernardo do Parnaíba, pela lei provincial nº 550, de 30-07-1859, desmembrado de Caxias. Sede na atual vila de São Bernardo do Parnaíba.

Pela lei municipal nº 30, de 26-09-1910, são criados os distritos de Melancias e Santa Quitéria e anexado ao município de São Bernardo.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911 é constituído de 3 distritos: São Bernardo do Parnaíba, Melancias e Santa Quitéria. Pelo decreto estadual nº 75, de 22-04-1931, é extinto o município de São Bernardo do Parnaíba, sendo seu território anexado ao novo município de Santa Quitéria.

Elevado novamente a categoria de município pelo decreto estadual nº 235, de 07-01-1932. Sob o mesmo decreto extingui o município de Santa Quitéria.

Pelo decreto estadual nº 539, de 16-12-1933, são extintos os municípios de São Bernardo e Santa Quitéria, sendo seus territórios anexados ao município de Brejo. Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, São Bernardo figura como distrito no município de Brejo. Elevado novamente à categoria de município com a denominação de São Bernardo, pela lei estadual nº 875, de 15-07-1935, desmembrado de Brejo.

Em divisão territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937, o município aparece constituído de 2 distritos: São Bernardo e Magalhães de Almeida.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1950. Pela lei estadual nº 771, de 01-09-1952, desmembra do município de São Bernardo o distrito de Magalhães de Almeida. Elevado à categoria de município.

Em divisão territorial datada de I-VII-1960. o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2005.

Gentílico: bernardense

### *I.1.1.3. ORGANIZAÇÃO SOCIAL*

Em sua organização social São Bernardo dispõe de:

- I. Igrejas distribuídas em religiões diferentes
- II. Clubes distribuídos nas zonas urbana e rural do município, entre eles destaque para;
- III. Associações de Moradores bem organizadas;
- IV. Sindicatos legalizados.

#### *I.1.1.3.1. Cultura*

Sendo assim, ainda persistem as tradições de vários festejos religiosos que mobilizam boa parte da população, principalmente na festa do Padroeiro do Município, São Bernardo, realizada de 10 a 20 de agosto.

Além desses, temos ainda outros festejos, espalhados pelos vários povoados.

As principais festas cívicas são:

- Independência do Brasil – comemorada em 07 de setembro, com desfiles de todas as escolas pelas ruas da cidade;

➤ Aniversário da cidade, em 29 de março que se comemora a emancipação política do município, devido à participação decisiva em sua história.

#### *1.1.1.3.2. Religião*

Mesmo havendo um crescimento do número de cultos evangélicos no Brasil, já chegado a 15,4% dos brasileiros, segundo o Censo IBGE de 2000, ainda assim o país continua a ser predominantemente católico, quando no mesmo censo, 73,3% dos entrevistados responderam pertencer a essa religião dentro do município.

## *1.1.2. PERFIL DEMOGRÁFICO*

São Bernardo é um dos quatorze municípios da microrregião de Chapadinha, está localizado microrregião do Baixo Parnaíba Maranhense, possui uma área de 1.006,657 Km<sup>2</sup>, limitando-se ao norte o município de Santana do Maranhão, ao sul Araiões e Água Doce do Maranhão, a leste Santa Quitéria do Maranhão, e a oeste Magalhães de Almeida. Tem fácil acesso a partir de São Luís que fica a 260 km pela BR- MA O34. As estradas em torno do município têm excelente trafegabilidade.

O município está em crescimento devido ao fluxo migratório de trabalhadores oriundos de outras cidades e ao processo decorrente da criação de projetos de assentamentos. O município, porém não estava completamente estruturado para esta rápida expansão demográfica gerando-se em consequência disto alguns bolsões de pobreza e de miséria absoluta na periferia. Esta população, em sua grande maioria, está fora das perspectivas de mercado de trabalho, não dispendo em seu habitat de mínima infraestrutura de saneamento, caracterizado por áreas de invasões totalmente insalubres.

localiza-se na bacia hidrográfica do Rio Parnaíba e é cortada por este que se divide em vários braços formando o famoso Delta do Parnaíba, o único em mar aberto das Américas e o terceiro maior do mundo, só perdendo para o do Nilo no Egito e o do Mekong no sudeste asiático.

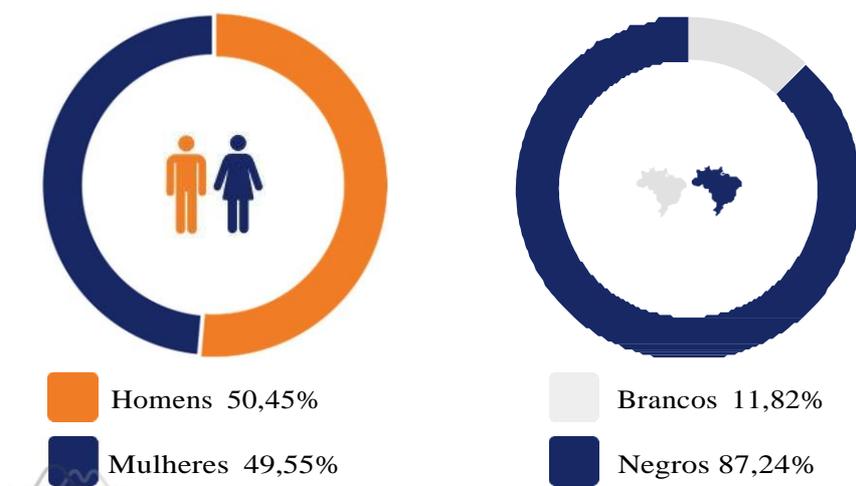
### *1.1.2.1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS*

De acordo com as estimativas de 2017, a população do município - São Bernardo - era de 28.208 pessoas, sendo composta, em sua maioria, por homens e negros.

Entre 2013 e 2017, a população do município - São Bernardo - registrou um aumento de 3,07%. No mesmo período, a UF - Maranhão - registrou um aumento de 3,03%.

A tabela mostra a população total do município e a sua composição por sexo e cores nessas dois anos.

Figura I - População por sexo e cor no município - São Bernardo do Maranhão/MA – 2017



Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Estimativa populacional FJP (2017). Obs.: Não foram consideradas as categorias de cor/raça amarela e indígena

Tabela I - População total por sexo e cor no município - São Bernardo do Maranhão/MA - 2013 e 2017

	População	% do Total	População	% do Total
	2013	2013	2017	2017
<b>População total</b>	27.369	100,00	28.208	100,00
<b>Mulher</b>	13.563	49,56	13.978	49,55
<b>Homem</b>	13.806	50,44	14.230	50,45
<b>Negro</b>	23.877	87,24	24.609	87,24
<b>Branco</b>	3.235	11,82	3.334	11,82

Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Estimativa populacional FJP (2013 e 2017). Obs.: Não foram consideradas as categorias de cor/raça amarela e indígena

Tabela II - População residente por Sexo segundo Faixa Etária - São Bernardo do Maranhão/MA - 2021

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
<b>TOTAL</b>	14.149	14.676	28.825
0 a 4 anos	1.417	1.354	2.771
5 a 9 anos	1.333	1.264	2.597
10 a 14 anos	1.358	1.300	2.658
15 a 19 anos	1.331	1.318	2.649
20 a 29 anos	2.407	2.658	5.065
30 a 39 anos	2.179	2.402	4.581
40 a 49 anos	1.607	1.659	3.266
50 a 59 anos	1.140	1.115	2.255
60 a 69 anos	724	786	1.510
70 a 79 anos	421	512	933
80 anos e mais	232	308	540

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Tabela III - População residente por Unidade da Federação segundo Ano - São Bernardo do Maranhão/MA – 2012-2021

Ano	População
2012	27.382
2013	27.534
2014	27.963
2015	28.860
2016	28.018
2017	28.177
2018	28.343
2019	28.507
2020	28.667
2021	28.825

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Os dados populacionais apresentados nas Tabelas acima, ainda não refletem nossa realidade, porque ainda estamos em fase de atualização de nossas informações no Sistema de Cadastro Domiciliar e Individual do e-SUS AB Território, para adequação à Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

#### *1.1.2.1.1. Estrutura Etária*

Segundo as informações do Censo Demográfico, a razão de dependência total no município passou de 86,06%, em 2000, para 67,23% em 2010, e a proporção de idosos, de 5,98% para 6,90%.

Já na UF, a razão de dependência passou de 72,91% para 58,65%, e a proporção de idosos, de 4,88% para 6,02% no mesmo período.

Tabela IV - Estrutura etária da população no município - São Bernardo do Maranhão/MA - 2000 e 2010

Estrutura Etária	População	% do Total	População	% do Total
	2000	2000	2010	2010
Menor de 15 anos	9.150	40,27	8.818	33,31
15 a 64 anos	12.221	53,75	15.832	59,80
65 anos ou mais	1.359	5,98	1.826	6,90
Razão de dependência	86,06	-	67,23	-
Taxa de envelhecimento	5,98	-	6,90	-

Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censos Demográficos (2000 e 2010)

### *1.1.2.1.2. Longevidade, mortalidade e fecundidade*

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do IDHM e faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e Bem-estar. O valor dessa variável no município - São Bernardo - era de 62,48 anos, em 2000, e de 70,70 anos, em 2010. Na UF - Maranhão -, a esperança de vida ao nascer era 63,92 anos em 2000, e de 70,40 anos, em 2010.

A taxa de mortalidade infantil, definida como o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade para cada mil nascidos vivos, passou de 51,47 por mil nascidos vivos em 2000 para 27,20 por mil nascidos vivos em 2010 no município. Na UF, essa taxa passou de 46,53 para 28,03 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo período.

A tabela a seguir mostra as esperanças de vida ao nascer e as taxas de mortalidade infantil total e desagregadas por sexo e cor para os anos de 2000 e 2010.

Tabela V - Longevidade e mortalidade, por sexo e cor e situação de domicílio no município - São Bernardo do Maranhão/MA - 2000 e 2010.

Total	Total	Negros	Branco	Mulheres	Homens	Rural	Urbano
Indicadores	2000	2010	2010	2010	2010	2010	2010
Mortalidade infantil	51,47	27,20	-	-	-	-	-
Esperança de vida ao nascer	62,40	70,70	-	-	-	-	-

Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 2000 e 2010.

### *1.1.2.1.3. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)*

A partir dos dados do Censo Demográfico, o gráfico e a tabela mostram que o IDHM do município - São Bernardo - era 0,374, em 2000, e passou para 0,572, em 2010. Em termos relativos, a evolução do índice foi de 52,94% no município.

Figura II - Valor do IDHM no município - São Bernardo do Maranhão/MA - 1991,2000 e 2010

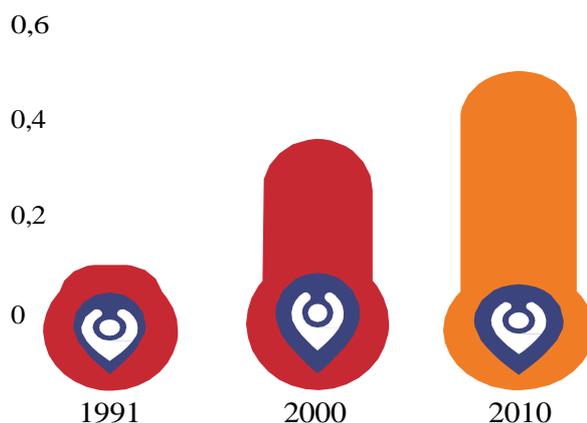


Tabela VI - IDHM e seus indicadores no município - São Bernardo do Maranhão/MA - 2000 e 2010

Total	Total	Negros	Branco	Mulheres	Homens	Rural	Urbano
Indicadores	2000	2010	2010	2010	2010	2010	2010
IDHM	0,374	0,572	-	-	-	-	-
IDHM Educação	0,211	0,479	-	-	-	-	-
% de 4 a 5 anos na escola	42,47	93,49	-	-	-	-	-
% de 11 a 13 anos de idade n...	17,62	76,42	-	-	-	-	-
% de 15 a 17 anos de idade c...	9,09	47,21	-	-	-	-	-
% de 18 a 20 anos de idade c...	2,19	16,29	-	-	-	-	-
IDHM Longevidade	0,625	0,762	-	-	-	-	-
Esperança de vida ao nascer	62,48	70,70	-	-	-	-	-
IDHM Renda	0,398	0,514	-	-	-	-	-
Renda per capita	95,00	196,57	-	-	-	-	-

Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censos Demográficos (2000 e 2010)

#### *1.1.2.1.3.1. Evolução*

Como evidenciado anteriormente, o IDHM do município - São Bernardo - apresentou aumento entre os anos de 2000 e 2010, enquanto o IDHM da UF - Maranhão - passou de 0,479 para 0,639. Neste período, a evolução do índice foi de 52,94% no município, e 34,24% na UF.

Ao considerar as dimensões que compõem o IDHM, também entre 2000 e 2010, verifica-se que o IDHM Longevidade apresentou alteração 21,92%, o IDHM Educação apresentou alteração 127,01% e IDHM Renda apresentou alteração 29,15%.

O gráfico a baixo permite acompanhar a evolução do IDHM e suas três dimensões para o município - São Bernardo - e para a UF - Maranhão - nos anos de 1991, 2000 e 2010.

Figura III - Evolução do IDHM no município - São Bernardo do Maranhão/ MA -1991, 2000 e 2010



#### *1.1.2.1.3.2. Ranking*

Em 2010 o IDHM do município - São Bernardo – ocupava 4802ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros e a 107ª posição entre os municípios de seu estado (UF).

#### *1.1.2.1.4. Indicadores de Vulnerabilidade Social*

A Vulnerabilidade Social diz respeito à suscetibilidade à pobreza, e é expressa por variáveis relacionadas à renda, à educação, ao trabalho e à moradia das pessoas e famílias em situação vulnerável. Para estas quatro dimensões de indicadores mencionadas, destacam-se os resultados apresentados na tabela a seguir.

Tabela VII - Vulnerabilidade Social São Bernardo do Maranhão/MA

Indicadores	Total	Total
	2000	2010
<b>Crianças e Jovens</b>		
% de crianças de 0 a 5 anos de idade que não frequentam a escola	83,73	54,00
% de 15 a 24 anos de idade que não estudam nem trabalham em domicílios vulneráveis à pobreza	24,43	26,47
% de crianças com até 14 anos de idade extremamente pobres	73,41	44,89
<b>Adultos</b>		
% de pessoas de 18 anos ou mais sem ensino fundamental completo e em ocupação informal	94,21	81,11
% de mães chefes de família, sem fundamental completo e com pelo menos um filho menor de 15 anos...	82,03	66,24
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	16,75	22,69
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho	-	2,51
<b>Condição de Moradia</b>		
% da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada	15,59	46,32

Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censos Demográficos (2000 e 2010)

A situação da vulnerabilidade social no município - São Bernardo - pode ser analisada pela dinâmica de alguns indicadores: houve redução no percentual de crianças extremamente pobres, que passou de 73,41% para 44,89%, entre 2000 e 2010; o percentual de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos, no mesmo período, passou de 16,75% para 22,69%.

Neste mesmo período, é possível perceber que houve crescimento no percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza, que passou de 24,43% para 26,47%.

Por último, houve crescimento no percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada no município. Em 2000, o percentual era de 15,59% e, em 2010, o indicador registrou 46,32%.

### *1.1.2.1.5. Caracterização Socioeconômica*

#### *1.1.2.1.5.1. Existência de Conselhos Administrativos (Parceiros)*

- ❖ Conselho Municipal do CAE;
- ❖ Conselho Municipal do FUNDEB;
- ❖ Conselho Municipal de Educação;
- ❖ Conselho Municipal de Saúde;
- ❖ Conselho Municipal de Assistência Social;
- ❖ Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente;
- ❖ Conselho Tutelar.

Fonte: SIMBRASIL, 2003.

## 1.1.3. CONDIÇÕES AMBIENTAIS

### 1.1.3.1. SANEAMENTO

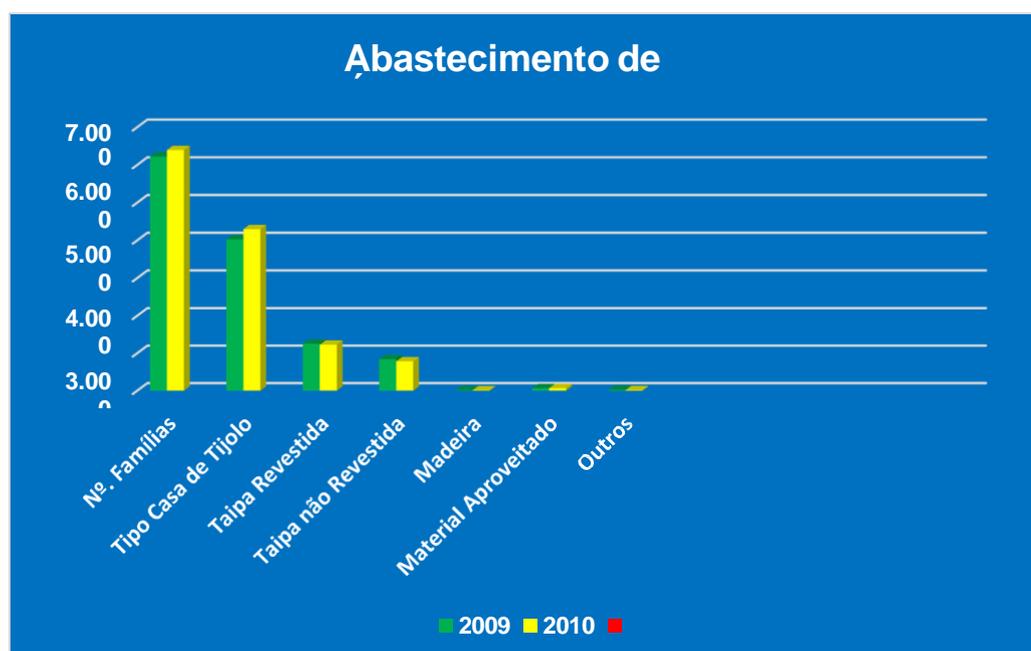
#### 1.1.3.1.1. Indicadores de Saneamento

Na área de Saneamento apresentaremos a seguir alguns resultados dos indicadores municipais.

Tabela VIII – Moradores por Situação segundo Abastecimento D'água - 2010

Abastecimento de água	Urbana	Rural	Total
<b>TOTAL</b>	<b>11.754</b>	<b>14.606</b>	<b>26.360</b>
Rede geral	6.442	5.681	12.123
.. Sem informação de canalização	6.442	5.681	12.123
Poço ou nascente (na propriedade)	810	1.188	1.998
.. Sem informação de canalização	810	1.188	1.998
Outra forma	4.502	7.737	12.239
.. Sem informação de canalização	4.502	7.737	12.239
.... Poço ou nascente fora da propriedade	4.394	5.869	10.263
.... Água da chuva armazenada de outra forma	-	03	03
.... Rio, açude, lago ou igarapé	53	1.706	1.759
.... Outra	55	159	214

Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

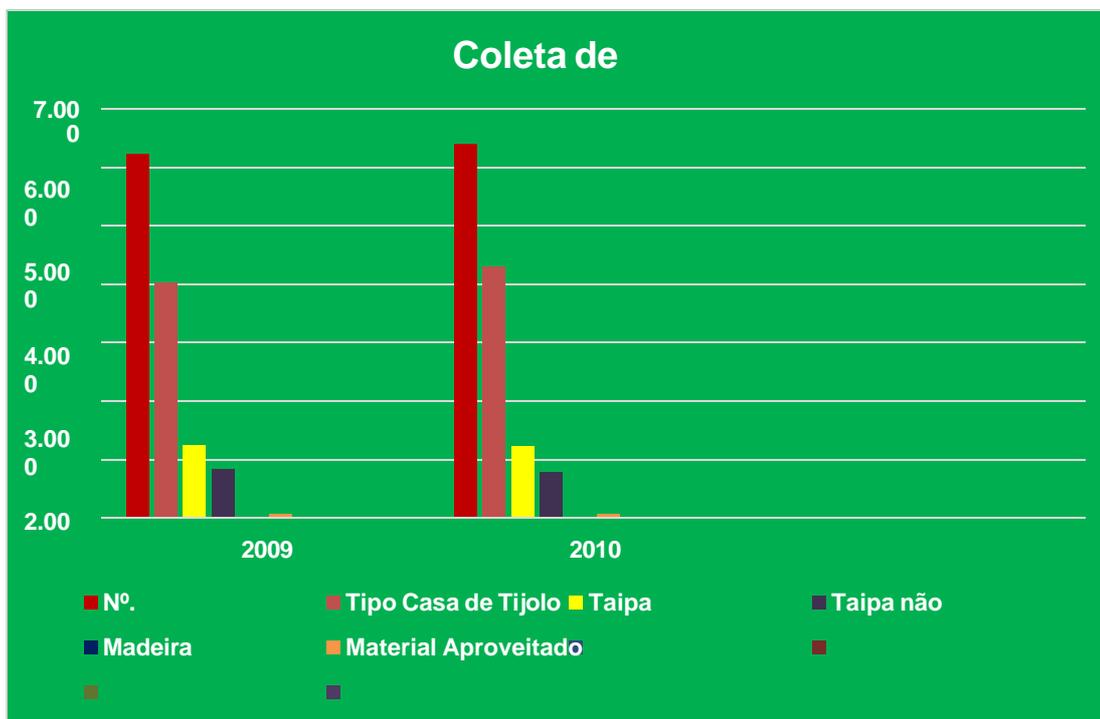


O acesso a água tratada representa um grande fator de risco em nosso município já que 54% de nossas famílias não têm acesso a rede de abastecimento.

Tabela IX - Moradores por Situação segundo Coleta de lixo – 2010

Coleta de lixo	Urbana	Rural	Total
<b>TOTAL</b>	<b>11.754</b>	<b>14.606</b>	<b>26.360</b>
Coletado	7.470	12	7.482
.. por serviço de limpeza	3.384	05	3.389
.. por caçamba de serviço de limpeza	4.086	07	4.093
Queimado (na propriedade)	3.741	12.553	16.294
Enterrado (na propriedade)	69	221	290
Jogado	441	1.747	2.188
.. em terreno baldio ou logradouro	437	1.736	2.173
.. em rio, lago ou mar	04	11	15
Outro destino	33	73	106

Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

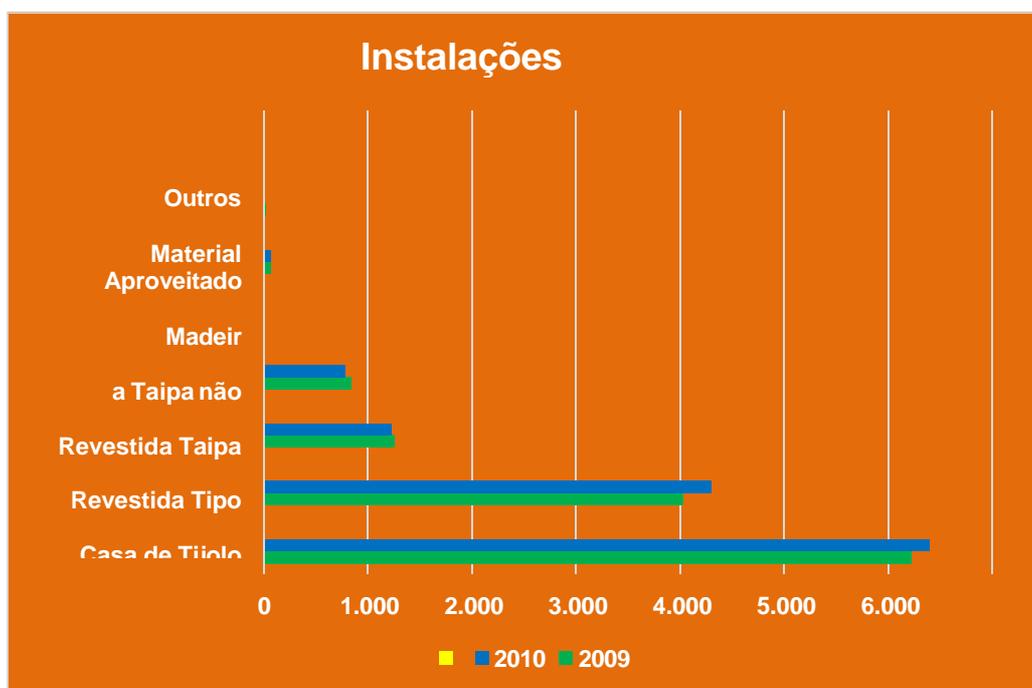


A planilha aponta 71,62% das famílias do município dando destino inadequado a seu lixo domiciliar. A limpeza publica da cidade é feita por varredores diariamente. O lixo é recolhido diariamente nas ruas de comércio e semanalmente nas ruas residenciais por caçambas. O destino do lixo coletado é predominantemente a céu aberto.

Tabela X – Moradores por Situação segundo Instalações sanitárias (detalhada) - 2010

Instal.sanitárias (detalhada)	Urbana	Rural	Total
<b>TOTAL</b>	<b>11.754</b>	<b>14.606</b>	<b>26.360</b>
Rede geral de esgoto ou pluvial	85	14	99
Fossa séptica	1.821	1.000	2.821
Fossa rudimendar	7.824	4.577	12.401
Vala	689	854	1.543
Rio, lago ou mar	-	20	20
Outro escoadouro	433	2.104	2.537
Não tem instalação sanitária	902	6.037	6.939

Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)



A planilha nos apresenta outro agravante, 88,92% das famílias destinam inadequadamente seus dejetos líquidos. O que representa também um grande fator de risco às nossas famílias. Cabe uma observação, existe um erro de registro que aponta 1,2% da população com acesso a rede de esgotos, quando não existe a presença deste no município.

#### a – Saneamento nas Escolas

O município de São Bernardo do Maranhão possui Escolas estruturadas com instalações adequadas de abastecimento de água, com instalações adequadas de destino dos dejetos, com recipientes adequados para acondicionamento do lixo e com coleta regular de lixo na maioria delas.

#### b – Saneamento dos Estabelecimentos de Saúde

O município possui 16 (dezesseis) estabelecimentos de Saúde e 01 (uma) Clínica Especializada/Ambulatório Especializado de gestão estadual, estruturados com instalações adequadas de abastecimento de água e de destino dos dejetos e com recipientes em quantidades suficientes para acondicionamento do lixo e com coleta regular de lixo.

O déficit de Saneamento (básico e ambiental) aponta uma necessidade de reorganização da infra-estrutura do município, já que 85% dos agravos a saúde da população são decorrentes da carência de saneamento.

Com os dados fornecidos pela CAEMA - MA verifica-se que apenas 46% das residências do município estão ligadas à Rede de Abastecimento Público com água tratada.

Inobstante os dados, observa-se que a Rede de Abastecimento Público de água a esta população é irregular, já que em algumas áreas mesmo existindo as instalações ligando os domicílios à rede de abastecimento, a água não chega aos mesmos, sendo muito comum à utilização por esses de poços e cacimbas ou cacimbões, sem a observância de princípios sanitários e higiênicos que garantam a qualidade da água utilizada.

Problema muito mais sério é a inexistência da rede de esgotos no município, permanecendo os esgotos a céu aberto, predominando elevado número de fossas negras. Segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica/SIAB/SESA, o destino dos dejetos no município demonstra que 88,92% dos dejetos têm destino inadequado.

Além disso, tal situação é agravada pela alagação de algumas áreas na época de inverno (estação de chuvas), que atingem áreas extensas. Isoladamente, inúmeras residências têm seus quintais atingidos pela água que extravasa de fossas e esgotos manuais, tomando extensas áreas da cidade.

### 1.1.3.2. HABITAÇÃO

Tabela XI - Domicílios particulares permanentes por tipo de material das paredes externas - 2010

Domicílios particulares permanentes rurais	3.401	domicílios
Domicílios particulares permanentes rurais por tipo de material das paredes externas - Alvenaria com revestimento	1.434	Domicílios
Domicílios particulares permanentes rurais por tipo de material das paredes externas - Alvenaria sem revestimento	1.070	Domicílios
Domicílios particulares permanentes rurais por tipo de material das paredes externas - Madeira aparelhada	-	Domicílios
Domicílios particulares permanentes rurais por tipo de material das paredes externas - Madeira aproveitada	-	Domicílios
Domicílios particulares permanentes rurais por tipo de material das paredes externas - Outro material	232	Domicílios
Domicílios particulares permanentes rurais por tipo de material das paredes externas - Palha	-	Domicílios
Domicílios particulares permanentes rurais por tipo de material das paredes externas - Sem parede	-	Domicílios
Domicílios particulares permanentes rurais por tipo de material das paredes externas - Taipa não revestida	327	domicílios
Domicílios particulares permanentes rurais por tipo de material das paredes externas - Taipa revestida	338	domicílios
<b>Domicílios particulares permanentes urbanos</b>	<b>2.888</b>	<b>domicílios</b>
Domicílios particulares permanentes urbanos por tipo de material das paredes externas - Alvenaria com revestimento	1.829	domicílios
Domicílios particulares permanentes urbanos por tipo de material das paredes externas - Alvenaria sem revestimento	883	domicílios
Domicílios particulares permanentes urbanos por tipo de material das paredes externas - Madeira aparelhada	-	domicílios
Domicílios particulares permanentes urbanos por tipo de material das paredes externas - Madeira aproveitada	-	domicílios
Domicílios particulares permanentes urbanos por tipo de material das paredes externas - Outro material	71	domicílios
Domicílios particulares permanentes urbanos por tipo de material das paredes externas - Palha	12	domicílios
Domicílios particulares permanentes urbanos por tipo de	-	domicílios

material das paredes externas - Sem parede		
Domicílios particulares permanentes urbanos por tipo de material das paredes externas - Taipa não revestida	72	domicílios
Domicílios particulares permanentes urbanos por tipo de material das paredes externas - Taipa revestida	20	domicílios

Fonte: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

O Município de São Bernardo do Maranhão conta segundo o Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB (2010) com 7.152 domicílios em todo o município, sendo 72,93% das construções em alvenaria e 27,07% das construções em outros materiais. Quanto a este tipo de infra-estrutura o município detém um bom padrão de suas habitações.

A existência de casas construídas com outros materiais se deve ao alto custo da construção civil fazendo com que a população de baixa renda acabe construindo casas, com materiais de que dispõe. Grande parte das construções está localizada em áreas baixas sujeitas a alagações no tempo das chuvas.

Ainda Sobre as condições de habitação da população, entre os anos de 2013 e 2017, houve crescimento no percentual da população residente em domicílios com abastecimento de água, abarcando, em 2017, 49,68%.

Em relação ao acesso à rede de esgotamento sanitário, nota-se que não houve alteração entre 2013 e 2017, com o serviço sendo disponibilizado para 0,10% da população em 2017.

No percentual da população em domicílios com coleta de resíduos sólidos, destaca-se 7 que não houve alteração no período, alcançando 96,79% da população em 2015.

Figura IV - Percentual de domicílios com água, esgoto e com coleta de lixo no município São Bernardo do Maranhão/MA - 2017

Água encanada: 49,68%

Esgoto: 0,10

Coleta de lixo: 96,79%



Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: SNIS (2017)

### *1.1.3.3. MEIO AMBIENTE*

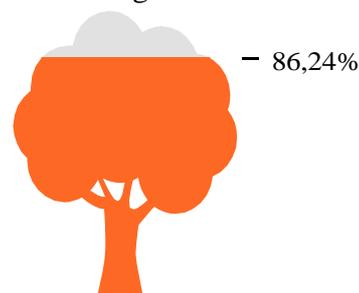
O gráfico a baixo mostra que no município - São Bernardo - no ano de 2017, a porcentagem de cobertura vegetal por flora nativa era de 86,24% de seu território. Já a concentração de focos de calor, ou seja, a participação do município no total de queimadas no Brasil, neste mesmo ano era de 0,29 por mil.

Figura V - Concentração dos focos de calor e cobertura vegetal por flora nativa no município - São Bernardo do Maranhão/MA - 2017

Concentração dos focos de calor



Cobertura vegetal nativa



Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE). Programa Queimadas, Projeto MapBiomias (2017)

### *1.1.3.4. LAZER*

#### *1.1.3.4.1. Festas*

Sendo assim, ainda persistem as tradições de vários festejos religiosos que mobilizam boa parte da população, principalmente na festa do Padroeiro do Município, São Bernardo, realizada de 10 a 20 de agosto.

Além desses, temos ainda outros festejos, espalhados pêlos vários povoados.

As principais festas cívicas são:

- Independência do Brasil – comemorada em 07 de setembro, com desfiles de todas as escolas pelas ruas da cidade;
- Aniversario da cidade, em 29 de março que se comemora a emancipação política do município, devido à participação decisiva em sua história.

### *1.1.3.5. TRANSPORTE*

Tem fácil acesso a partir de São Luís que fica a 260 km. Em relação à sua localização, o município apresenta uma facilidade enorme de comunicação com os demais municípios da região e com o estado do Piauí, através da grande disponibilidade de transporte rodoviário.

#### *a) Ônibus*

O município de São Bernardo tem seu transporte coletivo feito através de Transportes Alternativos, com vans e micro-ônibus, é apontado como um dos principais problemas da cidade.

Tabela XII – Frota 2012-2021

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Veículo	2.387	2.784	3.042	3.205	3.295	3.384	3.469	3.530	3.591	3.681	32.368
<b>Tipo</b>											
Automóvel	262	294	335	376	396	409	447	465	499	566	4.049
Caminhão	82	88	87	93	94	94	90	87	89	84	888
Caminhão trator	02	04	05	07	07	07	07	07	10	11	67
Caminhonete	153	171	192	194	207	213	230	240	249	253	2.102
Camioneta	09	11	14	13	14	14	16	16	16	18	141
Ciclomotor	00	00	00	00	00	00	01	01	01	01	04
Micro-Ônibus	02	06	06	07	09	08	07	07	08	07	67
Motocicleta	1.665	1.963	2.126	2.217	2.254	2.306	2.333	2.357	2.364	2.374	21.959
Motoneta	194	217	243	257	269	281	283	293	297	304	2.638
Ônibus	09	16	18	20	21	25	25	205	25	25	209
Reboque	03	03	03	04	05	07	08	9	10	10	62
Semirreboque	02	05	06	09	09	09	09	09	12	14	84
Triciclo	01	01	01	01	01	01	02	02	02	02	14
Utilitário	03	05	06	07	09	10	11	12	09	12	84

Fonte: Ministério da Infraestrutura, Secretaria Nacional de Trânsito - SENATRAN - 2021

O que nos chama a atenção ao analisarmos a planilha em estudo é o expressivo número de veículos motocicletas e motonetas que respondem por 67,84% dos veículos registrados na frota municipal. Este tipo de veículo tem sido um dos responsáveis pelo elevado índice de morbimortalidade por causas externas violência no trânsito, atualmente um caso de saúde pública no município.

*b) Malha Viária*

A cidade é entrecortada pela Rodovia Estadual MA 034.

### *1.1.3.6. COMUNICAÇÃO*

Os serviços de comunicação são realizados através das emissoras de rádio, incluindo a Rádio comunitária local. O município dispõe ainda de linhas de telefone residenciais, orelhões, além da cobertura para conexão via satélite e nas modalidades fibra ótica e rádio. Como formas alternativas de comunicação existem as bicicletas e carros de som, os murais, e os cordéis.

### *1.1.3.7. SERVIÇOS DE UTILIDADE PÚBLICA*

O município é servido de rede elétrica, fornecida pela CEMAR (Companhia Energética do Maranhão)/EQUATORIAL Energia. O abastecimento de água é feito pela CAEMA (Companhia de Água e Esgoto do Maranhão) por alguns poços artesianos.

No setor das comunicações, São Bernardo possui uma Agência dos Correios, serviço de telefonia da OI fixo e TIM. Móvel. O município possui 02 canais próprios de radio FM.

O meio de transporte utilizado é o terrestre com variados tipos, dentre eles: carros particulares, motos, transporte coletivos, bicicletas, animais e ônibus de linha interurbana da Transbrasiliana, Boa Esperança e Guanabara. O município dispõe de um terminal rodoviário. Salientamos que o transporte no interior é realizado por iniciativa da comunidade local, ou seja, o município não dispõe de transporte urbano para as comunidades rurais.

São Bernardo esta recebendo uma rede de esgoto, na qual cobrirar 50% da area urbana do município.

São Bernardo é servida por uma rodovia estadual, a MA 034 (São Bernardo - São Luís) em bom estado de conservacao.

A cidade também possui uma rodoviária de onde saem onibus para diversas cidades do Brasil.

Existe 01 (um) único banco na cidade: o Banco do Brasil.

## 1.1.4. CONDIÇÕES SÓCIOECONÔMICAS

### 1.1.4.1. EDUCAÇÃO

Os Centros de Educação de São Bernardo destacam-se principalmente nos níveis fundamental e médio, atraindo pessoas das cidades da região.

O contingente de educando é atendido em sua maior parcela - 82,46% - pelo sistema público de ensino municipal e estadual.

#### 1.1.4.1.1. Fluxo escolar de crianças e jovens

O IDHM Educação é composto por cinco indicadores. Quatro deles se referem ao fluxo escolar de crianças e jovens, buscando medir até que ponto estão frequentando a escola na série adequada à sua idade. O quinto indicador refere-se à escolaridade da população adulta. A dimensão Educação, além de ser uma das três dimensões do IDHM, faz referência ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4 – Educação de Qualidade.

No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,75%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, era de 76,42%. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 47,21%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 16,29%.

Figura VI - Fluxo escolar por faixa etária no município - São Bernardo do Maranhão/MA - 2000 e 2010

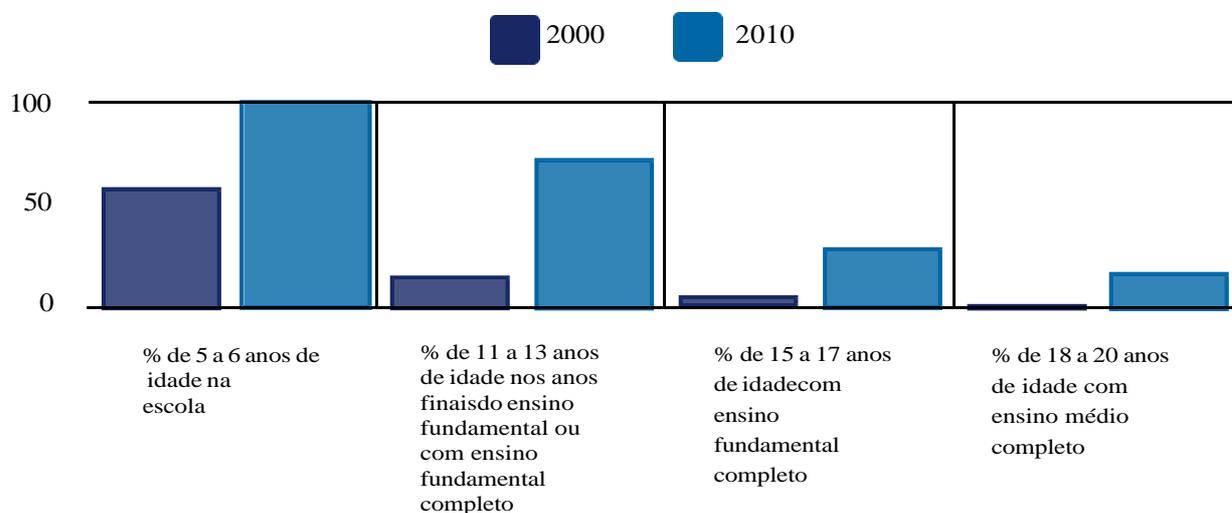
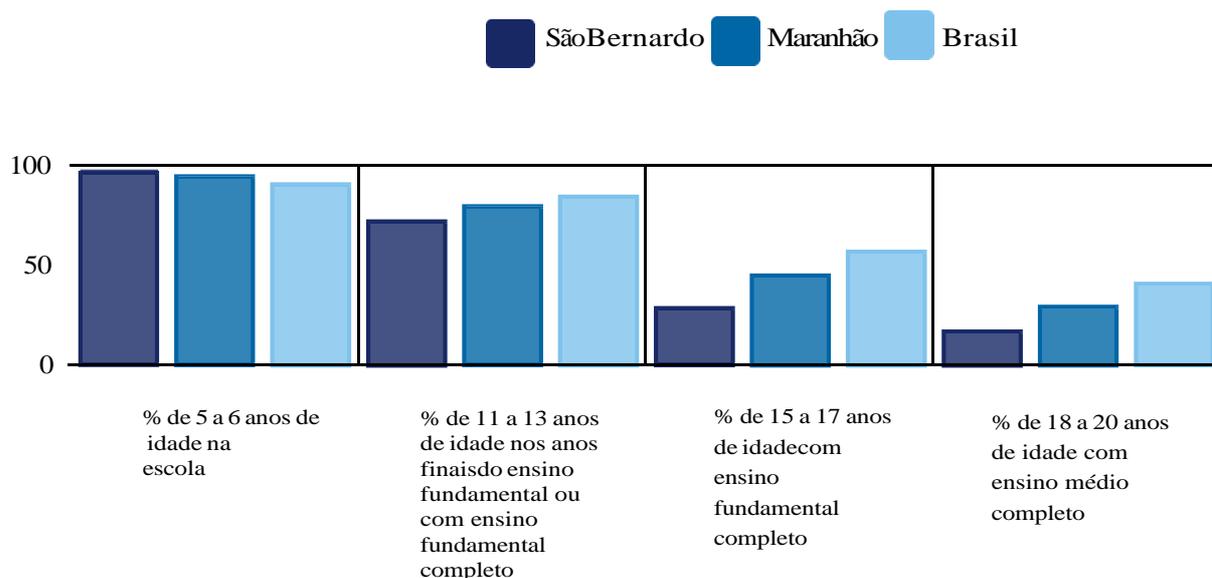


Figura VII - Fluxo escolar por faixa etária no município - São Bernardo do Maranhão/MA – e na UF – Maranhão 2010

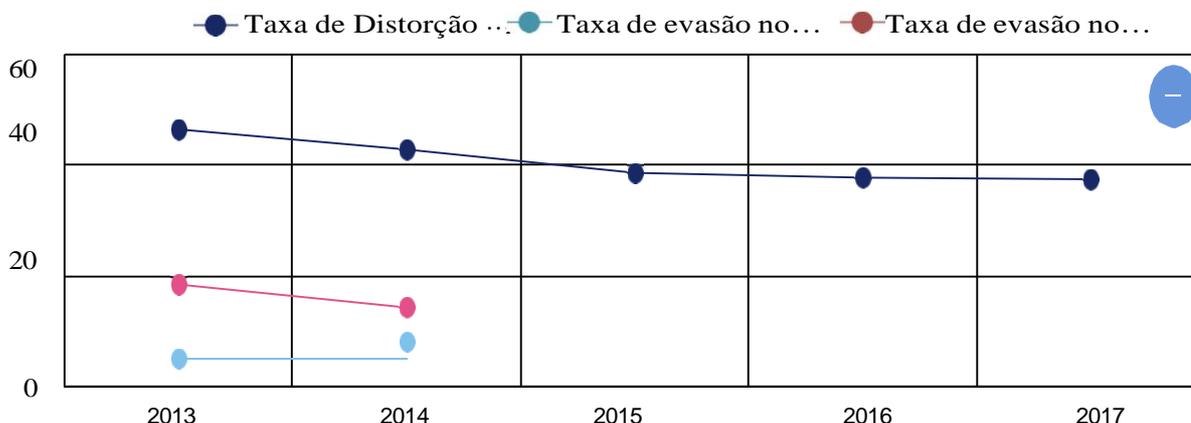


#### 1.1.4.1.2. Defasagem, distorção e evasão

Em 2000, 47,16% da população de 6 a 17 anos estavam cursando o ensino básico regular com menos de dois anos de defasagem idade- série. Em 2010, esse percentual era de 76,20%..

A taxa de Distorção idade-série no ensino médio no município era de 37,90%, em 2016, e passou para 37,60%, em 2017. Por sua vez, a taxa de evasão no fundamental foi de 5,20%, em 2013, para 8,20%, em 2014. A taxa de evasão no ensino médio foi de 18,60%, em 2013, e, em 2014, de 14,50%.

Figura VIII - Distorção idade-série no ensino médio e evasão no ensino fundamental e médio no município - São Bernardo do Maranhão/MA – 2013 a 2017

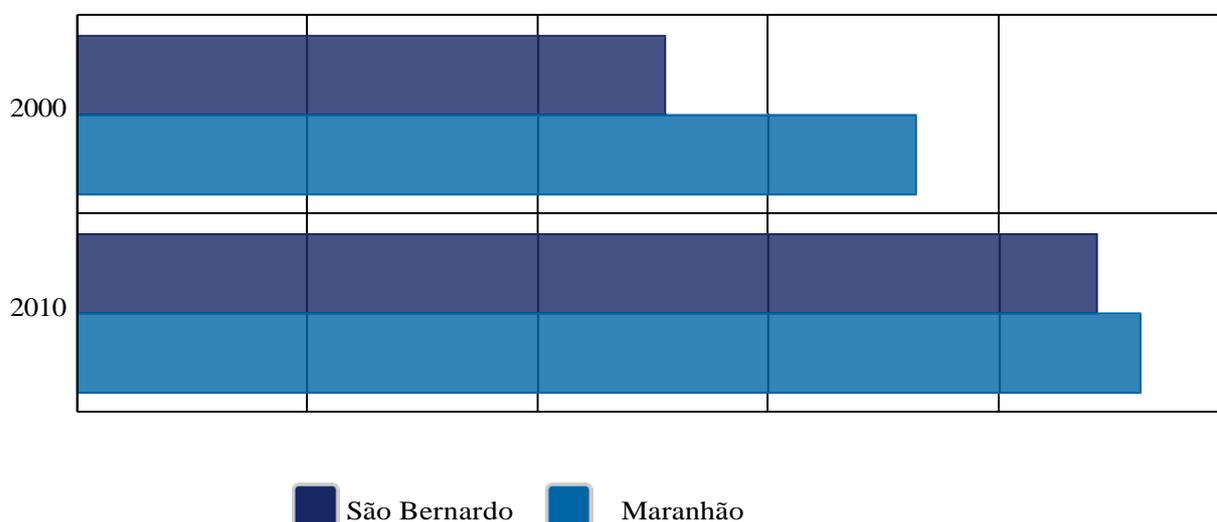


### *1.1.4.1.3. Expectativa de anos de estudo*

O indicador Expectativa de anos de estudo sintetiza a frequência escolar da população em idade escolar. Mais precisamente, ele indica o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência terá completado ao atingir a idade de 18 anos.

No município, esse indicador registrou 5,76 anos, em 2000, e 8,96 anos, em 2010, enquanto na UF registrou 6,87 anos e 9,26 anos, respectivamente.

Figura IX - Expectativa de anos de estudo no município - São Bernardo do Maranhão/MA - e na UF - Piauí - 2000 e 2010



### *1.1.4.1.4. Excolaridade da população adulta*

Outro indicador que compõe o IDHM Educação e mede a escolaridade da população adulta é o percentual da população de 18 anos ou mais com o ensino fundamental completo. Esse indicador reflete defasagens das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Entre 2000 e 2010, esse percentual passou de 15,82% para 31,25, no município, e de 26,49% para 44,36%, na UF.

Em 2010, considerando-se a população de 25 anos ou mais de idade no município - São Bernardo, 38,35% eram analfabetos, 24,72% tinham o ensino fundamental completo, 14,87% possuíam o ensino médio completo e 3,80%, o superior completo. Na UF, esses percentuais eram, respectivamente, 27,15%, 38,53%, 26,36% e 5,43%.

Figura X - Escolaridade da população de 25 anos ou mais de idade no município – São Bernardo do Maranhão/MA – 2010

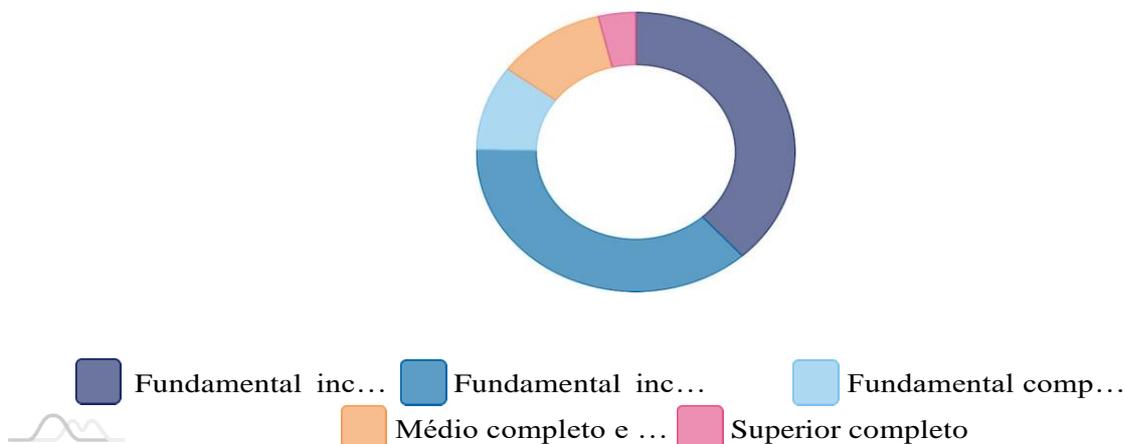


Tabela XIII - Outros indicadores de educação, por sexo e cor, calculados com base nos registros do Ministério da Educação - São Bernardo do Maranhão/MA – 2016 e 2017

Indicadores de Registros Administrativos	Total	Total	Negros	Branco	Mulheres	Homens
	2016	2017	2017	2017	2017	2017
Taxa de Distorção Idade-Série no médio	37,90	37,60	-	-	-	-
Taxa de evasão no ensino fundamental	5,20	8,20	-	-	-	-
IDEB anos finais do ensino fundamental	3,70	3,30	-	-	-	-
IDEB anos iniciais do ensino fundamental	4,80	4,40	-	-	-	-
% de alunos do ensino fundamental em escola...	30,45	13,75	13,94	15,29	13,95	13,56
% de alunos do ensino fundamental em escola...	51,16	40,42	39,90	59,24	41,69	39,26
% de alunos do ensino médio em escolas com l...	41,94	48,10	49,50	56,41	-	-
% de alunos do ensino médio em escolas com i...	68,12	73,21	71,13	82,05	-	-

Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censo Escolar - INEP (2016 e 2017).

## *I.1.4.2. RENDA*

### *I.1.4.1.1. Renda, pobreza e desigualdade*

#### *1. Nível de Renda*

Os valores da renda per capita mensal registrados, em 2000 e 2010, evidenciam que houve crescimento da renda no município - São Bernardo - entre os anos mencionados. A renda per capita mensal no município era de R\$ 95,00, em 2000, e de R\$ 196,57, em 2010, a preços de agosto de 2010

#### *2. Pobreza*

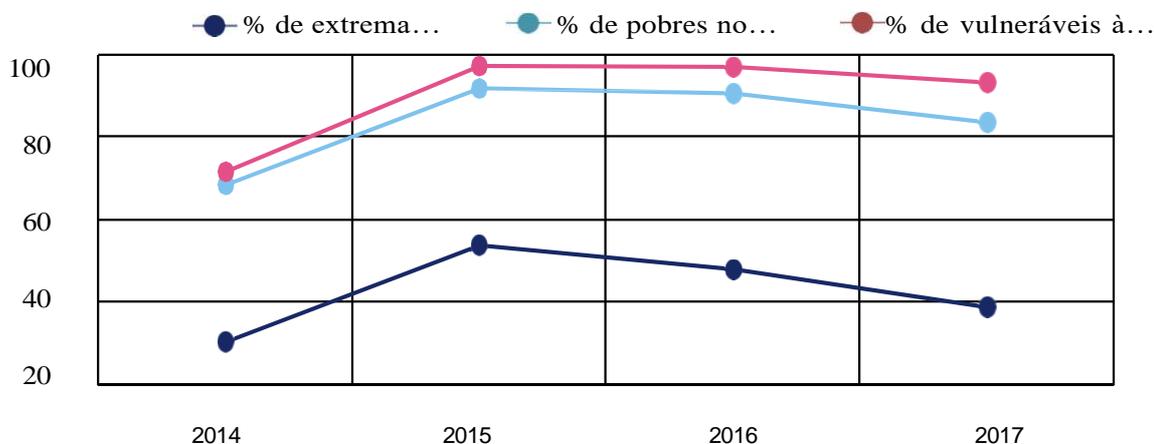
No Atlas do Desenvolvimento Humano, são consideradas extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza as pessoas com renda domiciliar per capita mensal inferior a R\$ 70,00, R\$ 140,00 e R\$ 255,00 (valores a preços de 01 de agosto de 2010), respectivamente. Dessa forma, em 2000, 59,42% da população do município eram extremamente pobres, 79,63% eram pobres e 92,21% eram vulneráveis à pobreza; em 2010, essas proporções eram, respectivamente, de 36,03%, 55,34% e 76,94%.

Analisando as informações do Cadastro Único (CadÚnico) do Governo Federal, a proporção de pessoas extremamente pobres (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 70,00) inscritas no CadÚnico, após o recebimento do Bolsa Família passou de 65,35%, em 2014, para 69,54%, em 2017. Já a proporção de pessoas pobres (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 140,00), inscritas no cadastro, após o recebimento do Bolsa Família, era de 84,38%, em 2014, e 91,93%, em 2017. Por fim, a proporção de pessoas vulneráveis à pobreza (com renda familiar per capita mensal inferior a R\$ 255,00), também inscritas no cadastro, após o recebimento do Bolsa Família, era de 85,94%, em 2014, e 96,73%, em 2017.

#### *3. Desigualdade de Renda*

O índice de Gini no município passou de 0,62, em 2000, para 0,59, em 2010, indicando, portanto, crescimento na desigualdade de renda.

Figura XI - Evolução das proporções de extremamente pobres, pobres e vulneráveis à pobreza inscritas no CadÚnico após o Bolsa Família no município - São Bernardo do Maranhão/MA - 2014 a 2017

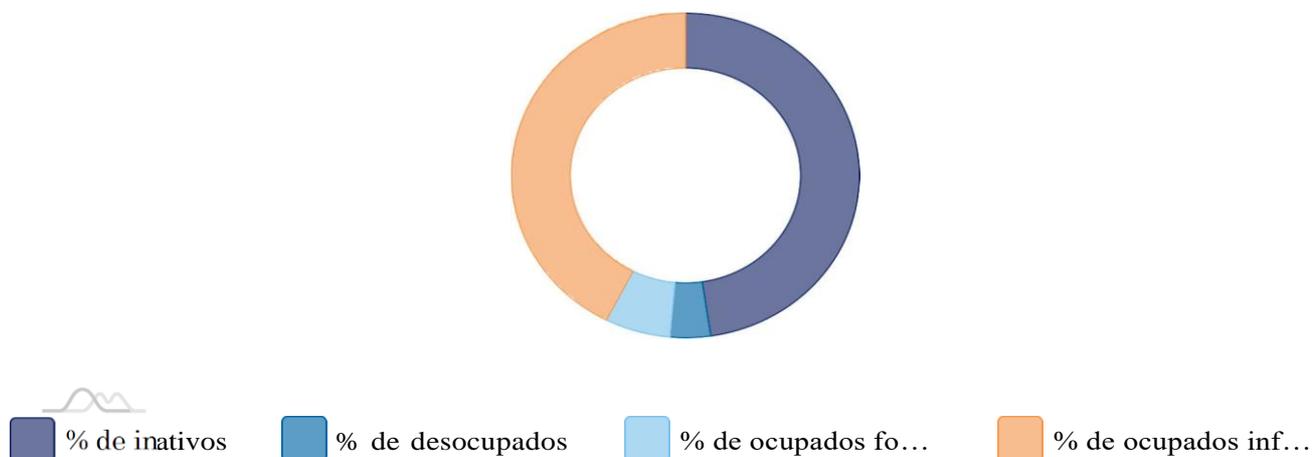


#### 4. Taxa e atividade e situação ocupacional

Na análise dos dados do Censo Demográfico, 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 no município, passou de 56,60% para 52,33%. Ao mesmo tempo, a taxa de desocupação nessa faixa etária, isto é, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada, passou de 8,07% para 7,13%.

No município, o grau de formalização entre a população ocupada de 18 anos ou mais de idade passou de 11,60%, em 2000, para 12,59%, em 2010

Figura XII - Situação ocupacional da população de 18 anos ou mais de idade no município - São Bernardo do Maranhão/MA - 2010



Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censo Demográfico (2010)

Tabela XIV - Situação ocupacional da população de 18 anos ou mais, por sexo e cor no município  
- São Bernardo do Maranhão/MA - 2000 e 2010

Total	Total	Negros	Branco	Mulheres	Homens
Situação de Ocupação	2000	2010	2010	2010	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais de idade 52,60	52,33	-	-	-	-
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais de idade 8,07	7,13	-	-	-	-
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais 11,60	12,59	-	-	-	-
Nível educacional dos ocupados					
% dos ocupados com ensino fundamental completo	17,56	40,15	-	-	-
% dos ocupados com ensino médio completo	10,89	23,55	-	-	-
Rendimento dos ocupados					
% dos ocupados com rendimento de até 1 salário mí...	91,34	71,56	-	-	-
% dos ocupados com rendimento de até 2 salários m...	97,08	93,27	-	-	-

Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censos Demográficos (2000 e 2010).

Tabela XV - Outros indicadores de renda, por sexo e cor, calculados com base em registros administrativos -São Bernardo do Maranhão/MA - 2015 e 2016

Indicadores de Registros Administrativos	Total	Total	Negros	Branco	Mulheres	Homens
	2015	2016	2016	2016	2016	2016
Produto Interno Bruto per capita (PIB per capi...	5,97	6,26	-	-	-	-
Participação da Indústria no Valor Adicionado	7,48	8,47	-	-	-	-
% de pessoas inscritas no Cadastro Único que ...	89,89	91,78	91,89	85,04	92,01	91,52
% de extremamente pobres no Cadastro Único...	74,13	69,54	69,64	64,57	70,05	68,96
% de pobres no Cadastro Único pós Bolsa Famí...	95,43	91,93	91,99	87,40	92,24	91,57
% de vulneráveis à pobreza no Cadastro Único ...	98,63	96,73	96,74	96,46	96,62	96,86

\* Informações referentes a pessoas cadastradas no CADUNICO após o Bolsa Família. Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: CadÚnico – MDH (2015 e 2016)



ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETÁRIO

As principais fontes de emprego e renda são: a Prefeitura Municipal, algumas instituições estaduais como escolas, CAEMA, CEMAR-EQUATORIAL - MA, os Benefícios de Prestação Continuada e Rurais, e os programas sociais do Governo Federal como Programa Bolsa Família - PBF e Benefício de Prestação Continuada - BPC. Os servidores recebem em média de 01 salário mínimo vigente no país.

## 1.1.5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Apresentaremos a seguir, uma análise sintética da situação de saúde de São Bernardo do Maranhão a partir dos seus indicadores epidemiológicos, apresentados aqui por série histórica. O período compreendido para análise se estende até o ano de 2020, somente para alguns Indicadores.

### 1.1.5.1. INDICADOR DE NATALIDADE

Esse indicador representa o número de nascidos vivos no período de um ano, excluindo o número de crianças que nasceram mortas ou que morreram logo após o nascimento. Representa a relação entre os nascimentos em um ano e o número total da população.

Tabela XVI – Número de Nascidos Vivos por residência mãe por Ano do nascimento segundo Município- 2011 a 2020

Município	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
TOTAL	503	499	471	479	465	428	445	437	424	384	4.535
211060 São Bernardo	503	499	471	479	465	428	445	437	424	384	4.535

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

No período em estudo tivemos uma Média Anual de nascimentos de 454 nascidos vivos.

Tabela XVII – Nascimento por Residência/Mãe por Local de ocorrência segundo Tipo de parto Período: 2011-2020

Tipo de parto	Hospital	Outro estabelecimento de Saúde	Domicílio	Outro	Total
TOTAL	4.496	01	33	05	4.535
Vaginal	2.775	-	33	05	2.813
Cesário	1.719	01	-	-	1.720
Ignorado	02	-	-	-	02

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Tabela XVIII – Nascimento por mãe residente por Idade da mãe segundo Tipo de parto  
 2011-2020

Tipo de parto	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	Total
TOTAL	70	1.061	1.388	1.090	624	251	47	04	4.535
Vaginal	47	699	873	662	354	148	27	03	2.813
Cesário	23	361	515	428	269	103	20	01	1.720
Ignorado	-	01	-	-	01	-	-	-	02

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

O indicador de saúde - proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar, tem como objetivos: avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais, analisar as variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos, contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado, subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança e destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

No período em estudo alcançamos a proporção de 62,03% de partos normais contra 37,97% de partos cesáreos, ficamos abaixo da taxa de cesáreos nacional que foi de 55% no mesmo ano. No ano também tivemos apenas 0,73% de partos domiciliares.

Nos chama também a atenção, que neste período em estudo foram registrados 1.131 partos em adolescentes, com uma proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos de 24,94%, dos quais 65,96% foram partos normais contra 34,04% partos cesáreos.

O indicador de saúde - proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar, tem como objetivos: avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais, analisar as variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos, contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado, subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança e destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

## *1.1.5.2. INDICADORES DE MORBIDADE*

A morbidade nos mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população, através de Indicadores de Morbidade. A morbidade é frequentemente estudada segundo quatro indicadores básicos: a incidência, a prevalência, a taxa de ataque e a distribuição proporcional.

No município o monitoramento da morbidade, vem sendo realizado através da notificação das doenças e dos agravos à saúde. As Unidades Básicas de Saúde a utilizam como instrumento de intervenção e bloqueio da cadeia de transmissão epidemiológica das doenças. Funcionando como porta de entrada estas Unidades, preenchem diariamente estas fichas de notificação. Logo a totalidade dessas Unidades irão digitar eletronicamente as fichas no PEC e-SUS AB, já que estamos envidando um grande esforço para descentralizar ao máximo as ações de Vigilância no município, adquirindo e instalando equipamentos de informática (computador pessoal com link para internet) em 100% das USF existentes na Rede Assistencial do município. Possibilitando uma redução nos índices de subnotificação e uma melhora da qualidade das investigações das Doenças de Notificação Compulsória - DNC e dos óbitos infantis e maternos que ocorrem no município.

### *1.1.5.2.1. Morbidade Geral*

Na planilha abaixo, apresentamos uma análise dos dados de Morbidade Hospitalar por Grupos de Causas e Faixa Etária no município de São Bernardo do Maranhão no ano de 2021.

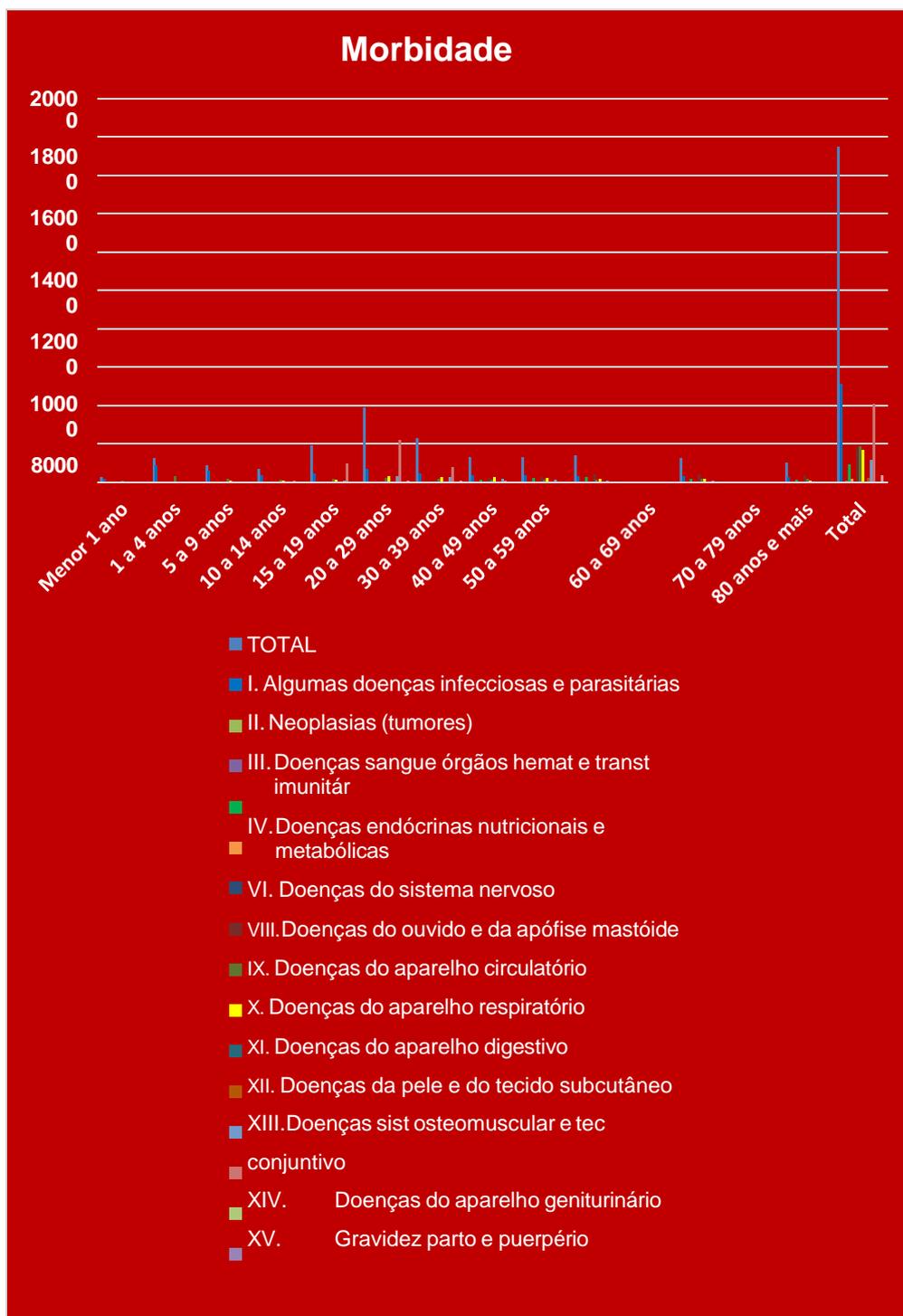
Tabela XIX – Morbidade Hospitalar por Grupos de Causas e Faixa Etária  
(Portal DATASUS Tabnet/SIH – 2012-2021)

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
<b>TOTAL</b>	262	1.258	886	692	1.917	3.900	2.283	1.302	1.303	1.394	1.270	1.004	17.471
<b>I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias</b>	156	881	600	358	436	668	463	333	335	317	303	240	5.090
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	-	-	01	-	-	-	01	01	-	-	-	-	03

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	03	06	10	08	13	05	06	04	10	09	74
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	06	06	03	08	09	23	50	117	194	240	167	111	934
VI. Doenças do sistema nervoso	06	33	29	14	22	17	19	17	06	07	06	01	177
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	03	02	02	-	05	05	02	01	01	-	-	21
IX. Doenças do aparelho circulatório	03	02	-	01	22	82	131	194	263	370	380	352	1.800
X. Doenças do aparelho respiratório	76	282	158	125	158	199	162	108	129	135	162	152	1.846
XI. Doenças do aparelho digestivo	08	31	52	55	133	303	277	235	198	173	146	79	1.690
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	01	03	05	03	03	01	03	03	01	01	04	-	28
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	01	-	-	03	12	27	31	46	22	25	10	10	187
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	04	10	25	39	90	305	266	146	103	70	64	38	1.160
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	67	974	2.178	804	60	01	01	-	-	4.085
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	01	-	-	-	-	-	-	-	01	01	01	04

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	01	06	07	10	46	80	57	35	44	47	17	11	361
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	01	02	04	01	-	-	02	-	-	10

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)



Em análise à planilha apresentada, se evidencia quatro grandes problemas de responsabilidade de nossa Rede de Atenção Básica que requerem um olhar diferenciado:

- 1 – Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (29,13%) – apontam a necessidade de implementar ações intra e intersetoriais de promoção e prevenção com o objetivo de modificar este quadro, já que estes agravos não deveriam ser evidentes no município;
- 2 - Gravidez parto e puerpério (23,27%) – grupo que por ser vulnerável, requer uma maior atenção e monitoramento de nossas equipes, principalmente por apresentar um maior número de indicadores de avaliação na Política do Previnir Brasil;
- 3 – Doenças do Aparelho Respiratório (10,57%) – apontam a necessidade de implementar ações intra e intersetoriais de promoção e prevenção com o objetivo de modificar este quadro, já que os principais causas destas enfermidades estão relacionadas às infecções virais, à poluição do ar e tabagismo, o uso inadequado de medicamentos, a ácaros, fungos, pelos de animais e pólen, a ambientes secos e/ou pouco ventilados e à falta de hidratação e má alimentação.

E por último as Doenças do Aparelho Circulatório (10,30%) – O que se observa é que as mortes causadas pelas doenças crônicas estão relacionadas à alimentação inadequada, sedentarismo, consumo abusivo de álcool, consumo de tabaco. Para reduzir estas doenças temos que pensar em como reduzir esses riscos, para tanto acreditamos que o Programa de Controle da Hipertensão Arterial, desenvolvido pela Atenção Básica tem um papel fundamental neste processo.

No período a faixa etária com maior percentual de comorbidades foi a de 20 a 29 anos com 22,32%.

Tabela XX – Morbidade Hospitalar por Internações por Ano atendimento segundo Capítulo CID-10 (Portal DATASUS Tabnet/SIH – 2012 - 2021)

Capítulo CID-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	128	1.808	1.919	1.920	1.955	1.960	1.609	1.240	1.172	1.826	1.934	17.471
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	33	384	676	560	429	673	518	343	331	626	517	5.090
II. Neoplasias (tumores)	-	-	-	-	02	-	01	-	-	-	-	03

Capítulo CID-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	05	03	11	20	08	16	02	03	03	03	74
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	11	97	85	86	103	116	56	42	44	140	154	934
VI. Doenças do sistema nervoso	01	15	16	14	26	23	19	11	15	21	16	177
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	03	01	03	02	01	-	03	08	21
IX. Doenças do aparelho circulatório	15	155	171	148	204	192	157	123	100	227	308	1.800
X. Doenças do aparelho respiratório	17	157	208	184	261	183	129	123	107	220	257	1.846
XI. Doenças do aparelho digestivo	15	193	145	223	217	276	224	111	84	92	110	1.690
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	01	06	05	05	01	-	-	09	01	28
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	3	10	5	5	9	2	1	-	44	108	187
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	14	207	101	175	167	124	77	57	70	77	91	1.160

Capítulo CID-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
XV. Gravidez parto e puerpério	22	592	496	482	463	295	356	401	371	301	306	4.085
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	01	-	-	01	-	02	-	-	04
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	-	06	20	44	53	50	25	45	63	55	361
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	02	08	-	-	-	-	-	-	10

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Em análise ao período em estudo, no ano de 2016 registrou-se o maior número de internações (11,22%). Estando neste ano, as principais causas relacionadas a: Doenças Infeciosas e Parasitárias, Gravidez parto e puerpério, Doenças do Aparelho Respiratório e as Doenças do Aparelho Circulatório.

#### *1.1.5.2.2. Morbidade Específica – Dados Epidemiológicos*

Na planilha abaixo, apresentamos uma análise dos dados de Morbidade específica através dos dados epidemiológicos dos Indicadores Pactuados pelo município de São Bernardo do Maranhão.

### I.1.5.2.1.1. Tuberculose

É uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. A doença é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch (em homenagem ao Dr. *Robert Koch*, descobridor da causa da doença).

Tabela XXI – Casos confirmados por Faixa Etária segundo Forma – 2012-2021

Forma	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-59	60-64	65-69	70-79	80 e +	Total
TOTAL	01	01	02	03	05	13	19	05	03	02	04	58
PULMONAR	01	-	-	02	05	09	19	05	03	02	03	49
EXTRA PULMONAR	-	01	02	01	-	04	-	-	-	-	01	09

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

Tabela XXII - Casos confirmados por Ano Diagnóstico segundo Forma – 2012-2021

Forma	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	05	05	06	01	07	08	07	02	04	13	58
PULMONAR	04	03	04	01	07	07	06	02	04	11	49
EXTRA PULMONAR	01	02	02	-	-	01	01	-	-	02	09

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

### I.1.5.2.1.2. Hanseníase

Conhecida como lepra ou mal de Lázaro, a Hanseníase é uma doença infecciosa, contagiosa, que afeta os nervos e a pele e é causada por um bacilo chamado *Mycobacterium leprae*.

Tabela XXIII - Frequência de Hanseníase por Faixa Etária segundo Forma Clínica Notificada 2012-2021

Form Clin Notif	0 a 14 anos	15 anos e mais	Total
TOTAL	02	33	35
Ign/Branco	-	01	01
INDETERMINADA	01	04	05
TUBERCULÓIDE	-	06	06
DIMORFA	-	09	09
VIRCHOWIANA	01	13	14

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

Na planilha em estudo, a Rede Assistencial do município, registrou 35 casos de Hanseníase, dos quais 40% na forma Virchowiana, e maior incidência na faixa etária de 15 anos e mais (37,14%)

Tabela XXIV - Frequência de Hanseníase por Ano Diagnóstico segundo Forma Clínica Notificada 2012-2021

Form Clin Notif	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	02	05	05	04	05	03	02	03	03	02	35
Ign/Branco	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01
Indeterminada	-	02	01	-	01	01	-	-	-	-	05
Tuberculóide	-	02	-	01	01	01	-	-	-	-	06
Dimorfa	01	-	01	01	01	01	-	02	02	-	09
Virchowiana	01	01	03	02	02	-	02	-	01	02	14

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

No período em estudo, 2013, 14 e 16 apresentaram os maiores registros de casos de Hanseníase 14,29%, com maior incidência das formas Tuberculóide e Virchowiana (40%).

Tabela XXV - Frequência de Hanseníase por Ano Diagnóstico segundo Avaliação, Incapacidade e Cura - 2012-2021

Aval Incap Cura	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	02	05	05	04	05	03	02	03	03	02	35
Em Branco	-	-	-	02	01	-	-	-	03	02	08
GRAU ZERO	02	04	05	02	04	03	01	02	-	-	24
GRAU I	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01
GRAU II	-	-	-	-	-	-	01	01	-	-	02

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

No período em estudo, 2013, 14 e 16 apresentaram os maiores registros de casos de Hanseníase 14,29%, com maior incidência para incapacidade de Grau Zero (68,57%).

### *1.1.5.2.1.3. Dengue*

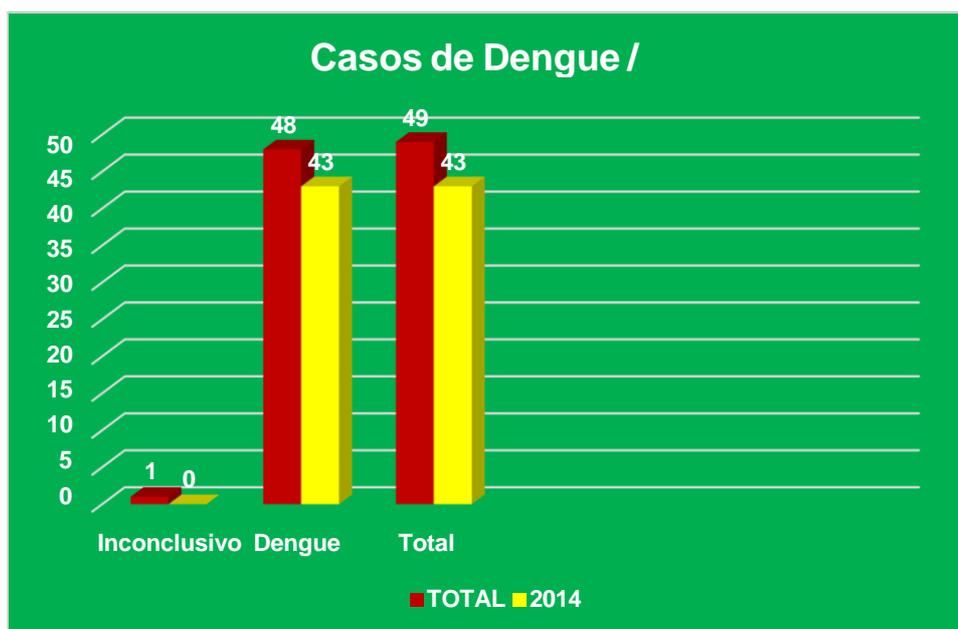
Doença infecciosa febril aguda, que pode se apresentar de forma benigna ou grave, dependendo de alguns fatores, entre eles: o vírus envolvido, infecção anterior pelo vírus da Dengue e fatores individuais como doenças crônicas (diabetes, asma brônquica, anemia falciforme).

A seguir apresentamos em tabelas e gráficos uma análise situacional da Dengue e do Zika Vírus em nosso município. Lembramos, no entanto que no período por déficit de recursos humanos trabalhamos com um número de Agentes de Controle de Endemias que não cobre 100% da população do município, portanto os resultados abaixo apresentados podem não representar a realidade do município.

Tabela XXVI - Casos Prováveis por Ano notificação segundo Município de notificação – 2014-2021

Município de notificação	2014	2015	2016	2017	2019	Total
TOTAL	43	03	01	01	01	49
211060 São Bernardo	43	03	01	01	01	49

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net



No período em análise, no ano de 2014 foram registrados por nossas Rede Assistencial o maior percentual de casos deste agravo (87,76%).

Tabela XXVII - Casos Prováveis de Dengue por Classificação Final segundo Ano notificação – 2014-2021

Ano notificação	Inconclusivo	Dengue	Total
TOTAL	01	48	49
2014	-	43	43
2015	-	03	03
2016	01	-	01
2017	-	01	01
2019	-	01	01

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

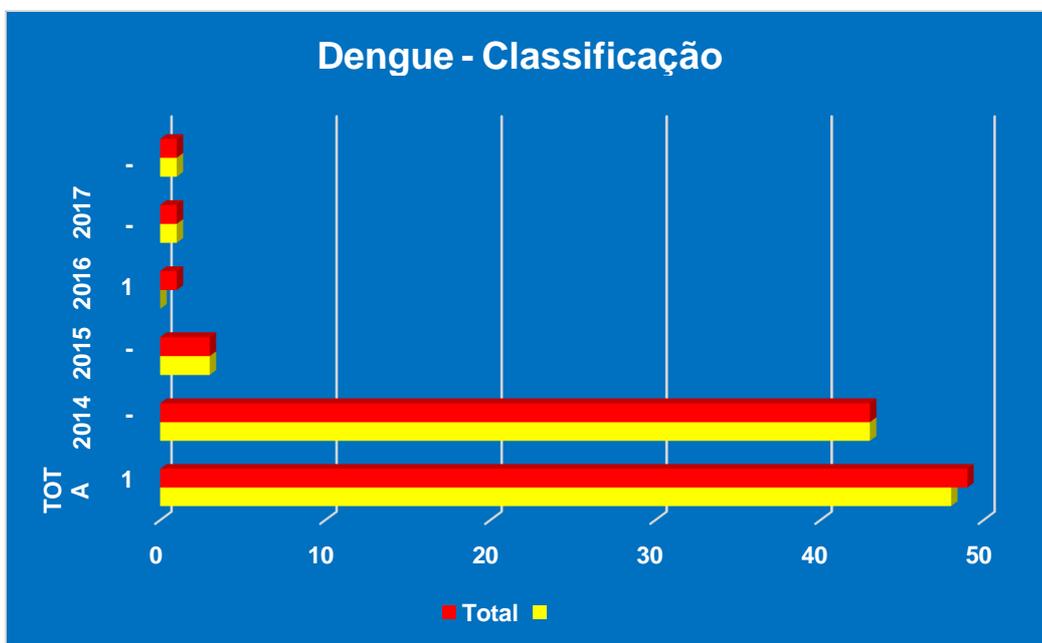


Tabela XXVIII - Casos Prováveis de Dengue por Ano notificação segundo Evolução São Bernardo - 2014 e 2021

Evolução	2014	2015	2016	2017	2019	Total
TOTAL	43	03	01	01	01	49
Ign/Branco	-	-	01	-	-	01
Cura	43	03	-	01	01	48

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

No período não se registrou óbito por Dengue em nossa Rede Assistencial.

Tabela XXIX - Todos os casos de Zika Vírus por Ano notificação segundo Classificação São Bernardo - 2016 e 2021

Classificação	2016	Total
TOTAL	01	01
Descartado	01	01

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

No período em estudo foi registrado por nossa Rede Assistencial apenas 01 único caso deste agravo, descartado laboratorialmente.

Tabela XXX - Casos Prováveis de Zika Vírus por Ano notificação segundo Evolução São Bernardo - 2016 e 2021

Evolução	2016	Total
TOTAL	01	01
Cura	01	01

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

No período em análise o único caso de Zika Vírus registrado evoluiu para cura.

#### 1.1.5.2.1.3. Sífilis em Gestantes

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária).

Tabela XXXI - Casos confirmados de Sífilis em Gestantes por Classificação Clínica segundo Ano de Diagnóstico - 2012-2021

Ano de Diagnóstico	Ign/Branco	Primária	Terciária	Latente	Total
TOTAL	06	09	07	02	24
2012	-	02	02	02	06
2014	01	-	-	-	01
2015	01	-	-	-	01
2016	01	-	01	-	02
2017	-	02	-	-	02
2018	01	01	02	-	04
2019	02	02	01	-	05
2020	-	02	01	-	03

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

Na planilha em estudo, a Rede Assistencial do município, registrou 24 casos de Sífilis em gestantes, dos quais 37,5% na forma Primária, e maior incidência no ano de 2012 (25%).

Tabela XXXII - Casos confirmados de Sífilis em Gestantes por Faixa Etária segundo Classificacao clínica - 2012-2021

Classificacao clínica	10-14	15-19	20-39	Total
<b>TOTAL</b>	01	05	18	24
Ign/Branco	-	-	06	06
Primária	01	01	07	09
Terciária	-	04	03	07
Latente	-	-	02	02

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

No período em estudo, dos 24 casos de Sífilis em gestantes registrados, 75% destes foram na faixa etária de 20-39 anos.

#### 1.1.5.2.1.4. Sífilis Congênita

Já a Sífilis Congênita é a infecção do feto pelo *Treponema pallidum*, transmitida por via placentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da doença em gestante não tratada ou inadequadamente tratada. A seguir apresenaremos a situação das mesma no município de São Bernardo do Maranhão.

Tabela XXXIII - Casos confirmados de Sífilis Congênita por Classificacao Final segundo Ano de Diagnóstico - 2012-2021

Ano Diagnóstico	Sífilis Congênita Recente	Total
<b>TOTAL</b>	13	13
2012	01	01
2013	01	01
2014	01	01
2015	02	02
2017	01	01
2018	02	02
2019	03	03
2020	02	02

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net

Na planilha em estudo, a Rede Assistencial do município, registrou 13 casos de Sífilis congênita, dos quais 100% classificados como Sífilis Congênita Recente, e maior incidência no ano de 2019 (23,08%)

### *I.1.5.3. INDICADORES DE MORTALIDADE*

A mortalidade representa o “peso” que os óbitos apresentam numa certa população. É representada principalmente pelos coeficientes ou taxas de mortalidade geral, mortalidade infantil, mortalidade por causa e a letalidade, apesar de haver muitos outros coeficientes de mortalidade bastante usados.

#### *I.1.5.3.1. Mortalidade Geral*

Na planilha abaixo, apresentamos uma análise dos dados de Mortalidade por Grupos de Causas e Faixa Etária no município de São Bernardo do Maranhão no período de 2011-2020.

Tabela XXXIV – Óbitos por Residência por Faixa Etária segundo Capítulo CID-10  
 Período - 2011-2020

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos mais	Total
<b>TOTAL</b>	56	09	04	08	19	59	84	76	102	152	235	389	1.193
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	02	-	-	-	-	02	04	03	04	09	04	10	38
II. Neoplasias (tumores)	-	01	01	03	01	01	11	13	18	22	33	34	138
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	01	03	-	-	-	-	-	01	-	01	-	03	09
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	01	-	01	-	02	-	04	09	25	41	56	139
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	-	01	04	03	03	02	02	13

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos mais	Total
VI. Doenças do sistema nervoso	02	-	-	-	-	02	02	-	-	-	05	04	15
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01
IX. Doenças do aparelho circulatório	-	02	-	-	01	02	09	19	24	48	96	201	402
X. Doenças do aparelho respiratório	04	02	-	-	01	03	07	04	05	14	21	20	81
XI. Doenças do aparelho digestivo	01	-	-	-	01	02	10	11	08	10	13	11	67
XIII. Doenças sist osteomusculares e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	-	-	01	01	01	01	03	02	05	09	23
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	-	01	01	01	-	-	-	-	03
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	12	-	01	-	-	-	-	-	-	-	01	-	14
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	02	-	01	01	02	02	02	-	09	06	09	33	67
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	01	03	12	40	36	15	20	13	03	06	149

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM – 2011-2020)



Na Planilha em estudo se apresentam no município, como primeira causa de Morbimortalidade no período de 2011 a 2020, as Doenças do Aparelho Circulatório (33,70%), seguindo uma tendência do perfil nacional, que o derrame, infarto do miocárdio e homicídio ocupam os três primeiros lugares no ranking das causas de morte no Brasil. No município temos também como primeira causa de morbimortalidade as Doenças do aparelho circulatório. O que se observa é que as mortes causadas pelas doenças crônicas estão relacionadas à alimentação inadequada, sedentarismo, consumo abusivo de álcool, consumo de tabaco. Para reduzir estas doenças temos que pensar em como reduzir esses riscos, para tanto acreditamos que o Programa de Controle da Hipertensão Arterial, desenvolvido pela Atenção Básica tem um papel fundamental neste processo.

Segundo os dados deste estudo realizado pelo Ministério da saúde, nos homens, as principais causas são infarto, derrame, homicídio e acidentes de trânsito. Já as mulheres morrem mais de derrame, infarto, diabetes e hipertensão. Nas mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) 23% das mortes são causadas por câncer. As mulheres brancas morrem mais de acidentes de trânsito, derrames e câncer de mama, segundo a pesquisa. Já as mulheres pretas morrem mais de derrames, AIDS e infarto. As mulheres pardas morrem mais de derrames, homicídios e acidentes de trânsito.

Outra necessidade percebida na planilha em estudo, é a de intensificar as ações de promoção e prevenção relacionadas as Causas externas de morbidade e mortalidade (12,49%), sendo os acidentes de trânsito as causas mais evidentes, requerendo desta forma a implementação de ações de promoção e preventivas

A planilha nos aponta como terceira causa de mortalidade as Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (11,65%), que estão diretamente relacionadas com a produção de hormônios como diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, osteoporose e outros agravos e originam-se a partir de vários fatores. As metabólicas causam alteração no funcionamento geral do organismo. Seja por alterações das reações químicas ou da velocidade que elas ocorrem. Já as endócrinas estão relacionadas a algum mau funcionamento do corpo, e as disfunções podem vir do pâncreas, da hipófise, da tireoide ou das glândulas suprarrenais, que podem estar sofrendo pela falta ou pelo excesso de substâncias produzidas por uma glândula de secreção endócrina que provoca uma ação fisiológica específica em diversos órgãos. Porém ambas podem ser prevenidas ou controladas por nossa Rede de Atenção Básica.

Tabela XXXV – Óbitos por Residência por Ano do Óbito segundo Capítulo CID-10  
 2011-2020

Capítulo CID-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>115</b>	<b>108</b>	<b>101</b>	<b>121</b>	<b>122</b>	<b>126</b>	<b>140</b>	<b>122</b>	<b>125</b>	<b>1.193</b>
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	02	05	02	02	02	03	03	03	03	13	38
II. Neoplasias (tumores)	07	18	13	06	20	15	16	16	16	11	138
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	01	02	-	01	01	-	01	01	-	02	09
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	09	11	15	14	10	09	19	22	16	14	139
V. Transtornos mentais e comportamenta is	03	-	01	02	03	02	02	-	-	-	13
VI. Doenças do sistema nervoso	02	01	01	-	02	02	02	03	01	01	15
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01
IX. Doenças do aparelho circulatório	45	36	43	30	33	50	45	40	47	33	402
X. Doenças do aparelho respiratório	06	09	06	05	06	11	02	15	11	10	81
XI. Doenças do aparelho digestivo	08	04	03	06	10	07	11	07	05	06	67
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	--	-	-	-	-	-	-	-	01	01
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	01

Capítulo CID-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	02	-	-	01	03	02	02	06	05	02	23
XV. Gravidez parto e puerpério	01	-	-	01	-	-	-	-	01	-	03
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	04	07	03	03	03	02	01	03	01	05	32
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	02	01	02	03	01	03	-	02	14
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	08	08	06	06	04	04	06	08	06	11	67
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	15	14	13	23	22	12	15	13	09	13	149

Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM – 2011-2020)

Na Planilha em estudo, ao longo destes dez anos o ano que registrou o maior número de óbitos foi 2018 com 11,75% destes

Tabela XXXVI – Número de Casos Confirmados, Óbitos e Taxa de Incidência e Mortalidade por Residência – COVID 19  
Período - 2020-2021

Município	Confirmados	Incidência	Óbitos	Letalidade
São Bernardo do Maranhão	928	3.255	14	1,21%

Fonte: DUVAS/SESAPI

### *1.1.5.3.1. Mortalidade Específica*

Na planilha abaixo, apresentamos uma análise dos dados de Mortalidade específica através dos dados epidemiológicos dos Indicadores Pactuados pelo município de São Bernardo do Maranhão.

#### *1.1.5.3.1.1. Óbitos Maternos*

Embora o país tenha reduzido o óbito materno em 8,4% entre 2017 e 2018 a Razão de Mortalidade Materna (RMM), é um dos principais indicadores de qualidade de atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo. Em 2018, a RMM no país foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto no ano anterior era de 64,5. Os números estão em boletim epidemiológico do Ministério da Saúde divulgados na mesma semana em que se comemora o Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna.

Óbito materno é definido como a morte de uma mulher, ocorrida durante a gestação, parto ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, por qualquer causa relacionada com a gravidez, não incluídas causas acidentais ou incidentais. Porém, nem todo óbito materno é registrado corretamente no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Muitas vezes, as causas declaradas registram a causa terminal das afecções ou lesões que sobrevieram por último na sucessão dos eventos que culminaram com a morte, o que mascara a causa básica e dificulta a identificação do óbito materno. Por esse motivo, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) é calculada pelo Ministério da Saúde utilizando fatores de correção.

No Brasil, de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no SIM, sendo que aproximadamente 67% decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

As causas obstétricas indiretas resultam de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período. De 1996 a 2018, essas causas foram responsáveis por 29% das mortes maternas e o restante foi classificado como causas obstétricas inespecíficas.

Em média, por ano, ocorreram 1.176 óbitos maternos diretos e 465 óbitos maternos indiretos. Chama a atenção, em 2009, o surto de influenza A (H1N1) que contribuiu para o aumento de óbitos maternos por causas obstétricas indiretas.

Entre os óbitos maternos ocorridos no Brasil, de 1996 a 2018, as causas obstétricas diretas que se destacaram foram: hipertensão (8.186 óbitos), hemorragia (5.160 óbitos), infecção puerperal (2.624 óbitos) e aborto (1.896 óbitos). Por sua vez, as causas obstétricas indiretas que se destacaram foram: Doenças do Aparelho Circulatório (2.848 óbitos), Doenças do Aparelho Respiratório (1.748 óbitos), AIDS (1.108 óbitos) e Doenças Infecciosas e Parasitárias Maternas (839 óbitos).

No Brasil, em 2018, foram registrados 13 óbitos maternos de meninas com idade entre 10 e 14 anos e 17 óbitos maternos de mulheres com idade entre 45 e 49 anos, faixas etárias consideradas extremas para a fecundidade. São Bernardo do Maranhão vem mantendo no período a média anual de 2 óbitos, na faixa etária de 20 a 29 anos.

Tabela XXXVII – Óbitos maternos por Ano do Óbito segundo Capítulo CID-10 2011 e 2020

Capítulo CID-10	2011	2014	2019	Total
TOTAL	01	01	01	03
XV. Gravidez parto e puerpério	01	01	01	03

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

Tabela XXXVIII – Óbitos maternos por Faixa Etária segundo Capítulo CID-10 – 2011-2020

Capítulo CID-10	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	Total
TOTAL	01	01	01	03
XV. Gravidez parto e puerpério	01	01	01	03

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

#### 1.1.5.3.1.2. Óbitos de Mulheres em Idade Fértil

A fase reprodutiva da mulher é todo o período em que ela pode ter filhos. Nessa fase, dúvidas sobre fertilidade, primeira gravidez e métodos anticoncepcionais podem gerar muitas perguntas. A fase reprodutiva da mulher é um período marcado pelo nascimento dos filhos e que se estende até a menopausa.

A saúde das mulheres durante os anos férteis ou reprodutivos (entre 15 e 49 anos) é relevante não apenas para as mulheres em si, mas pelo impacto na saúde e no desenvolvimento da próxima geração. Muitos dos desafios de saúde encontrados nesta faixa etária, apenas as meninas e mulheres jovens enfrentam.

Tabela XXXIX – Óbitos em Mulheres Idade Fértil por Ano do Óbito segundo Capítulo CID-10  
 2011-2020

Capítulo CID-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<b>TOTAL</b>	06	06	08	06	07	10	07	01	07	08	66
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	01	-	01	-	01	01	-	-	01	05
II. Neoplasias (tumores)	02	05	01	-	02	01	-	-	02	02	15
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	01	-	-	01	01	-	-	-	03
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01
IX. Doenças do aparelho circulatório	01	-	03	01	02	02	02	-	02	02	15
X. Doenças do aparelho respiratório	-	-	-	-	01	03	-	-	01	-	05
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	01	-	-	-	02	-	-	01	04
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	01	-	-	-	01	-	-	01	01	01	05
XV. Gravidez parto e puerpério	01	-	-	01	-	-	-	-	01	-	03
XVIII. Sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	02	03	01	01	-	-	-	-	07

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

No período de 2011 a 2020 o município teve uma média anual de 07 óbitos de mulheres em Idade Fértil, com maior percentual de óbitos relacionados às Neoplasias e às Doenças do Aparelho Circulatório (22,73% cada). O ano de 2016 apresentou o maior percentual (15,15%) de óbitos registrados no período.

Tabela XL – Óbitos mulheres Idade Fértil por Faixa Etária segundo Capítulo CID-10  
 Período: 2011-2020

Capítulo CID-10	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	Total
TOTAL	06	12	22	26	66
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	01	04	-	05
II. Neoplasias (tumores)	01	-	07	07	15
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	01	-	02	03
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	01	01
VI. Doenças do sistema nervoso	-	01	-	-	01
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	01	01
IX. Doenças do aparelho circulatório	01	02	03	09	15
X. Doenças do aparelho respiratório	01	-	03	01	05
XI. Doenças do aparelho digestivo	01	-	01	02	04
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	01	02	01	01	05
XV. Gravidez parto e puerpério	-	01	01	01	03
XVIII. Sintomas e achados anormais em clínica e laboratório	01	-	-	-	01
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	04	02	01	07

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

O município registrou no período 66 óbitos de mulheres em Idade Fértil, com maior percentual de óbitos na faixa etária de 40 a 49 anos (39,39%).

#### 1.1.5.3.1.3. Óbitos Infantis

A mortalidade infantil reflete o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Compreende a soma dos óbitos ocorridos nos períodos *neonatal precoce* (0-6 dias de vida), *neonatal tardio* (7-27 dias) e *pós-neonatal* (28 dias e mais).

Esta mortalidade estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em *altas* (50 ou mais), *médias* (20-49) e *baixas* (menos de 20), em função da proximidade ou distância de valores já alcançados em sociedades mais desenvolvidas. Esses parâmetros devem ser periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico.

Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. Taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos.

Tabela XLI – Óbitos Infantis por Residência por Ano do Óbito segundo Capítulo CID-10  
 2011 e 2020

Capítulo CID-10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<b>TOTAL</b>	<b>05</b>	<b>10</b>	<b>06</b>	<b>04</b>	<b>06</b>	<b>06</b>	<b>02</b>	<b>05</b>	<b>04</b>	<b>08</b>	<b>56</b>
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	01	-	-	-	-	-	01	-	02
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	-	-	01	-	-	-	01	-	02
X. Doenças do aparelho respiratório	01	02	-	-	-	01	-	-	-	-	04
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	04	07	03	03	03	02	01	03	01	05	32
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	-	-	02	-	02	03	01	02	-	02	12
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01	02

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

No período em estudo, as afecções originadas no período perinatal, se apresentam como principais causas de mortalidade infantil (57,14%), evidenciadas por causas e/ou transtornos maternos por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (P00-P04); pela duração da gestação e crescimento fetal (P05-P08); por agravos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal.

Tabela XLII – Óbitos Infantis Residência por Faixa etária 1 segundo Capítulo CID-10  
 Período: 2011-2020

Capítulo CID-10	0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 a 364 dias	Total
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>08</b>	<b>16</b>	<b>56</b>
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	02	02
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	01	01
VI. Doenças do sistema nervoso	-	-	02	02
X. Doenças do aparelho respiratório	01	-	03	04
XI. Doenças do aparelho digestivo	01	-	-	01
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	25	05	02	32
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	05	03	04	12
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	-	-	02	02

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

A Mortalidade Infantil é um importante indicador de saúde e condições de vida de uma população. Com o cálculo da sua taxa, estima-se o risco de um nascido vivo morrer antes de chegar a um ano de vida.

A Taxa de Mortalidade Infantil, representa o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. No período de 2011 a 2020 a Taxa de Mortalidade Infantil do município de São Bernardo do Maranhão ficou em 56 óbitos.

Tabela XLIII – Taxa de Mortalidade Infantil no período de 2011 - 2020

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL											
Município	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	MÉDIA ANUAL
220770 São Bernardo do Maranhão	05	10	06	04	06	06	02	05	04	08	5,6

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

*1.1.5.3.1.4. Óbitos por Causas Externas*

A mortalidade por Causas Externas reflete as mortes causadas por fatores externos como uma morte “não natural”, provocada por uma intervenção voluntária, como por exemplo, o homicídio ou suicídio, ou por uma causa extremamente brutal, como um acidente de trânsito (CHESNAIS,2003). Conforme apresentado na tabela abaixo, o município teve uma média anual de 15 óbitos por causas externas no período, com maior percentual para acidentes (63,76%), dentre os quais os oriundos de transporte sendo os mais evidentes com 74,74%.

Tabela XLIV – Óbitos por Residência por Ano do Óbito segundo Grupo CID-10 no período de 2011 - 2020

Grupo CID10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
<b>TOTAL</b>	15	14	13	23	22	12	15	13	09	13	149
<b>Acidentes</b>	11	10	09	15	08	09	10	07	06	10	95
. Acidentes de transporte	07	08	08	10	08	07	05	05	05	08	71
... Pedestre traumatizado em um acidente de transp	02	01	01	01	-	-	01	-	-	-	06
... Ciclista traumatizado em um acidente de transp	-	-	01	-	-	-	01	-	-	-	02
... Motociclista traumat em um acidente de transpo	05	06	02	06	07	05	03	04	04	05	47
... Ocupante automóvel traumat acidente transporte	-	-	01	01	-	-	-	-	-	-	02
... Ocupante ônibus traumat acidente de transporte	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01
... Outros acidentes de transporte terrestre	-	01	03	02	-	01	-	01	01	02	11
... Acidentes de transporte por água	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01
... Outros acidentes de transporte e os não especi	-	-	-	-	-	01	-	-	-	-	01
. Outras causas externas de traumatismos acidentai	04	02	01	05	-	02	05	02	01	02	24
... Quedas	-	-	-	-	-	-	01	01	-	01	03
... Exposição a forças mecânicas inanimadas	01	-	-	01	-	-	-	-	-	-	02
... Afogamento e submersão acidentais	01	01	01	-	-	01	01	01	-	-	06
... Expos corr elétr,	01	-	-	01	-	01	02	-	01	-	06

Grupo CID10	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
radiação e temp press extrem											
... Contato com animais e plantas venenosos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01
... Exposição às forças da natureza	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
... Exposição acidental a outr fatores e aos não e	01	01	-	02	-	-	01	-	-	-	05
Lesões autoprovocadas intencionalmente	-	02	-	02	03	-	02	01	01	-	11
Agressões	02	02	03	04	11	03	03	04	02	03	37
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	02	-	01	02	-	-	-	01	-	-	06

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

Segundo a tabela a seguir, o município registrou 149 óbitos por Causas Externas no período, com maior percentual de óbitos na faixa etária de 20 a 29 anos (26,85%).

Tabela XLV – Óbitos por Causas externas por Residência por Faixa Etária segundo Grupo CID10 – 2011-2020

Grupo CID10	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
<b>TOTAL</b>	01	03	12	40	36	15	20	13	03	06	149
<b>Acidentes</b>	01	02	08	28	23	11	11	06	02	03	95
. Acidentes de transporte	-	01	07	23	21	05	07	06	01	-	71
... Pedestre traumatizado em um acidente de transp	-	-	01	-	01	01	02	01	-	-	06
... Ciclista traumatizado em um acidente de transp	-	-	-	-	-	-	01	01	-	-	02
... Motociclista traumat em um acidente de transpo	-	-	05	19	14	04	02	02	01	-	47
... Ocupante automóvel traumat acidente transporte	-	-	-	01	01	-	-	-	-	-	02
... Ocupante ônibus traumat acidente de transporte	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01
... Outros acidentes de transporte	-	-	01	02	04	-	02	02	-	-	11

Grupo CID10	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
terrestre											
... Acidentes de transporte por água	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	01
... Outros acidentes de transporte e os não especi	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01
. Outras causas externas de traumatismos acidentai	01	01	01	05	02	06	04	-	01	03	24
... Quedas	-	-	-	-	-	01	-	-	-	02	03
... Exposição a forças mecânicas inanimadas	-	-	-	-	-	-	01	-	01	-	02
... Afogamento e submersão acidentais	-	-	01	01	01	02	01	-	-	-	06
... Expos corr elétr, radiação e temp press extrem	-	01	-	02	-	02	01	-	-	-	06
... Contato com animais e plantas venenosos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	01
... Exposição às forças da natureza	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-	01
... Exposição acidental a outr fatores e aos não e	01	-	-	02	01	01	-	-	-	-	05
Lesões autoprovocadas intencionalmente	-	-	01	01	02	01	03	02	-	01	11
Agressões	-	01	03	09	09	02	05	05	01	02	37
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	-	-	-	02	02	01	01	-	-	-	06

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

### *1.1.5.4. INDICADOR DE COBERTURA VACINAL*

Esse indicador representa o a porcentagem de pessoas completamente vacinadas dentro do total de pessoas que precisam ser vacinadas. A cobertura indica quando o país consegue completar a imunização das diversas doenças. Para além, é a garantia de que doenças já erradicadas e controladas, como varíola e poliomielite, não voltem a causar vítimas no país.

Hoje em dia, o maior responsável pelas vacinações do país é o Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), formulado em 1973, tem o objetivo de coordenar as ações e oferecer vacinas, imunobiológicos, soros e imunoglobulinas à população.

Com esse fim, o PNI define calendários de vacinação considerando a situação epidemiológica nos locais, definindo as idades alvo de cada uma das campanhas. Atualmente são distribuídos 48 imunobiológicos anualmente pelo Programa. Destes, 20 são vacinas destinadas às crianças, adolescentes, adultos, idosos e/ou gestantes.

Tabela XLII – Coberturas Vacinais por Ano segundo Imuno  
 Período: 2012-2021

Imuno	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Total	76,15	92,65	90,43	113,41	57,30	72,12	80,03	76,90	76,49	63,00	79,34
BCG	103,92	118,69	95,99	113,80	91,77	123,21	159,58	114,38	55,73	63,21	104,19
Hepatite B em crianças até 30 dias	-	-	91,38	110,83	102,11	119,41	139,72	119,78	52,81	66,75	88,33
Rotavírus Humano	96,42	123,46	95,99	108,28	91,56	79,32	100,47	102,25	102,92	78,54	98,15
Meningococo C	89,93	130,22	95,99	116,56	93,46	93,46	103,97	96,18	105,39	70,28	99,73
Hepatite B	89,93	123,26	97,19	106,58	90,72	83,33	100,70	67,19	58,88	80,66	90,40
Penta	22,53	123,26	97,19	106,37	89,66	83,33	100,70	67,19	58,88	80,66	81,95
Pneumocócica	88,23	127,44	96,19	108,07	101,48	96,20	107,94	105,39	110,34	82,08	102,21
Poliomielite	90,10	122,47	101,80	110,83	91,98	81,43	99,07	85,17	99,33	72,17	95,75
Poliomielite 4 anos	-	-	-	-	-	32,82	35,73	49,06	46,15	36,17	40,03
Febre Amarela	99,66	128,83	94,99	108,49	88,61	61,39	84,81	85,17	85,17	61,08	90,71
Hepatite A	-	-	26,85	107,64	73,00	79,96	84,11	90,56	97,75	69,81	68,70
Pneumocócica(1º ref)	-	115,31	84,37	109,34	84,81	85,65	85,98	91,24	108,99	73,11	93,51
Meningococo C (1º ref)	-	115,51	79,36	96,82	107,38	88,19	90,65	97,98	100,90	71,70	94,57
Poliomielite(1º ref)	-	108,35	95,19	90,87	78,06	66,88	57,01	80,45	77,08	61,32	80,23
Tríplice Viral D1	88,91	130,22	115,23	100,64	93,46	92,41	90,89	95,06	99,10	72,64	98,27
Tríplice Viral D2	-	92,84	104,21	86,84	77,22	71,10	69,63	88,76	87,64	54,48	81,98
Tetra Viral(SRC+VZ)	-	31,41	104,21	78,77	78,48	32,70	0,47	0,67	1,12	2,59	38,36
DTP	87,37	123,26	97,19	106,37	89,66	-	-	-	-	-	100,39
DTP REF (4 e 6 anos)	-	-	0,34	-	2,21	42,22	41,03	35,21	58,29	41,77	25,30
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	-	98,41	88,18	87,47	86,29	79,54	78,27	61,80	89,21	68,40	82,39

Imuno	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	-	60,24	74,75	60,30	28,27	19,83	44,30	53,38	60,00	64,86	51,75
dTpa gestante	-	13,12	38,08	35,46	25,11	18,35	43,88	52,95	50,56	60,61	37,05
Tetravalente (DTP/Hib) (TETRA)	64,85	112,52	99,20	103,82	3,38	-	-	-	-	-	76,83
Varicela	-	-	-	-	-	-	-	-	91,91	67,69	80,09
Ignorado	65,64	63,72	165,51	276,22	27,31	-	-	-	-	-	77,37

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

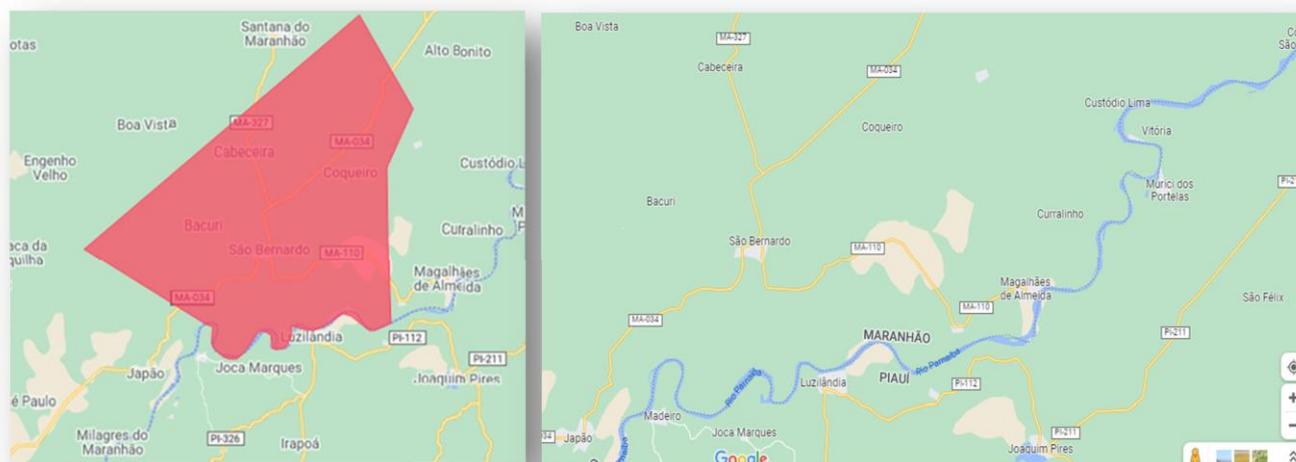
Apesar de toda a importância da vacinação, a situação do país atual não é animadora: a cobertura vem caindo ano após ano e, olhando as últimas décadas, nunca esteve tão baixa. A situação em 2020 foi crítica. Das coberturas apresentadas, 28% no período em estudo atingiram suas respectivas metas. A vacina de Hepatite B (para crianças até 30 dias), apenas 5% dos municípios conseguiram imunizar pelo menos 95% da população, alcançando, com isso, a proteção à doença.

O monitoramento das coberturas vacinais (CV) é uma atividade de rotina no âmbito da gestão do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no Ministério da Saúde (MS) e em grande parte das Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SESA). O monitoramento de CV é feito de modo contínuo e regular.

Uma cobertura vacinal adequada deve ser acima de 95% com exceção a vacina BCG e rotavírus que deve ser acima de 90% na população em um determinado território, assim há a garantia da homogeneidade, ou seja, a criação do cinturão epidemiológico em torno daquela comunidade e ou população. Nos últimos anos observa-se uma queda nas coberturas vacinais, por motivos diversos como a percepção de não ter ocorrências de doenças imunopreveníveis, as correntes contra a vacinação, a mudança do perfil da sociedade que adota uma postura mais imediatista do que preventiva, bem como carências de investimentos na Atenção Básica, especialmente em recursos humanos.

## I.2. ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

### Mapa do município de São Bernardo do Maranhão



São Bernardo é um dos quatorze municípios da microrregião de Chapadina, está localizado microrregião do Baixo Parnaíba Maranhense, possui uma área de 1.006,657 Km<sup>2</sup>, limitando-se ao norte o município de Santana do Maranhão, ao sul Araiões e Água Doce do Maranhão, a leste Santa Quitéria do Maranhão, e a oeste Magalhães de Almeida. Tem fácil acesso a partir de São Luís que fica a 260 km pela BR- MA O34. As estradas em torno do município têm boa trafegabilidade.

Nosso município está localizado na mesorregião Leste Maranhense e microregião Baixo Parnaíba Maranhense, tem uma população estimada de 28.825 habitantes. O município integra a IV Regional de Saúde do Estado com 11 municípios: Água Doce do Maranhão, Anapurus, Araiões, Brejo Chapadina – SEDE, Magalhães de Almeida, Mata Roma, Milagres do Maranhão, Paulino Neves, Santa Quitéria do Maranhão, Santana do Maranhão, São Bernardo e Tutóia, totalizando uma população de 256.172 habitantes (3,58% da população do Maranhão). Sendo 122.963 (48%) População masculina e 133.209 (52%) População feminina. O maior município do território é Chapadina e o menor é Milagres do Maranhão.



Tabela XLIII – Constituição dos municípios do Território de Chapadina -2021

Nº ORD.	TERRITÓRIO DE DESENVOLVIMENTO CHAPADINA	POPULAÇÃO
1.	Água Doce do Maranhão	12.731
2.	Anapurus	16.054
3.	Araioses	47.095
4.	Brejo	36.900
5.	Chapadina – SEDE	80.705
6.	Magalhães de Almeida	20.228
7.	Mata Roma	17.122
8.	Milagres do Maranhão	8.502
9.	Paulino Neves	16.295
10.	Santa Quitéria do Maranhão	25.884
11.	Santana do Maranhão	13.704
12.	São Bernardo	28.825
13.	Tutóia	59.927
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>256.172</b>

FONTE: IBGE/2021

## 1.2.1. REDE ASSISTENCIAL

O município de São Bernardo do Maranhão encontra-se habilitado segundo o Decreto 7.508, na Gestão Plena da Atenção Básica do Sistema Municipal, representando dentro do Plano Diretor de Regionalização do Estado/PDR 2004, um município Satélite da microrregião de saúde de Chapadina, garantindo Assistência Primária a municípes e Assistência de Média Complexidade a seus municípes e aos municípes de outros municípios da microrregião. Compõe a Comissão Intergestora Regional do município de Chapadina.

Garantimos acesso de nossos usuários aos demais serviços de média e alta complexidades, não existentes em nossa Rede Assistencial, através da Regulação de acesso com nossas referências Chapadina e São Luis, e asseguramos Transporte Eletivo ao Tratamento Fora do Domicílio – TFD aos usuários que necessitarem, além do transporte de pacientes com urgências e emergências através do serviço pré-hospitalar realizado por nossas Ambulâncias Tipo A..

A Rede Assistencial Básica de Saúde, segundo os parâmetros do Programa Previnde Brasil (PT. 2979/2019), conta com 09 Unidades Básicas de Saúde, sendo 02 equipes atuando na Zona Urbana e 07 equipes na Zona Rural, comportando 09 (nove) Equipes de Saúde da Família cobrindo 100% da população, 06 (seis) Equipes de Saúde Bucal com cobertura de 72% e 01 (uma) Equipe Multiprofissional (antigo NASF) e com 76 Agentes Comunitários de Saúde cobrindo também 100% da população. As Unidades Básicas de Saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência, funcionam como porta de entrada no Sistema no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde.

Possui serviços municipais de referência para alguns municípios da microrregião. Possui em sua Rede pública municipal especializada 01 (um) Hospital Municipal Felipe Jorge e alguns serviços convênios e contratados de média complexidade.

### **1.2.1.1. CAPACIDADE INSTALADA**

A seguir apresentamos a capacidade instalada de nossa Rede de Atenção Primária e Especializada.

#### **1.2.1.1.1 Da Rede de Serviços da Atenção Básica**

É denominada como:

*Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).*

A operacionalização da Atenção Básica, cujo foco principal está no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, se dá em Unidades Básicas de Saúde onde os usuários têm acesso a uma fonte adequada de atenção à saúde, continuada ao longo do tempo assegurada pela Estratégia Saúde da Família. Neste nível de atenção geralmente, os usuários, têm um vínculo com os profissionais de saúde, pois estes atuam próximo às suas casas e podem observar melhor como os fatores sociais ou ambientais interferem e/ou influenciam no processo saúde-doença o que os subsidia na formulação de diagnósticos mais precisos e os permite solucionar os principais problemas de saúde de sua área de adscrição.

Cabe salientar que nosso foco é a Atenção Primária para todos, já que só 3,24% de nossa população têm acesso a Plano Privado de Saúde (Fonte e-SUS AB PEC - 2021).

A operacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF) é realizada por meio de Equipes formadas por profissionais (Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Consultório Dentário e Agentes Comunitários de Saúde), que atuam em uma área territorial adscrita (área de abrangência) com responsabilidade sanitária em média sobre 2.500 pessoas residentes.

A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde atua com 76 (setenta e seis) agentes, desenvolvendo ações de prevenção e promoção à saúde, com uma cobertura populacional atual de 100% da população do município. (Fonte: e-Gestor AB - Dez 2020)

Tabela XLIV – Quantidade por Natureza segundo Tipo da Equipe – 2021

COORDENAÇÃO	SERVIÇOS	QUANTIDADE	
Rede Básica	Unidades de Saúde da Estratégia de Saúde da Família	09 Unidades	
	Unidade de Assistência Farmacêutica	01 Unidades	
Tipo da Equipe		Natureza não informada	Total
TOTAL		16	16
70 ESF - Equipe de Saude da Familia		09	09
71 ESB - Equipe de Saude Bucal		06	06
ENASFAP - Equipe do núcleo ampliado saúde da família e at prima.		01	01

Quadro 03 – Capacidade Instalada da Rede Assistencial Básica

CNES	Nome Fantasia	Razão Social
3935973	UBSF de Formosa	Administração Pública
2451530	UBSF de Mamorana	Administração Pública
6463630	UBSF de São Raimundo	Administração Pública
3358208	UBSF Dr Edenir Ferreira De Sousa	Administração Pública
5746779	UBSF Faveira	Administração Pública
2451557	UBSF Jose Damaceno	Administração Pública
6463657	UBSF Mamui	Administração Pública
2451522	UBSF de Bernardo Coelho de Almeida	Administração Pública
9788549	Academia de São Saúde de São Bernardo	Administração Pública
6463649	Posto de Saude de Baixa Grande	Administração Pública
2451549	Posto de Saude de Felipe Fernandes	Administração Pública
3936007	Centro de Saúde Nilza Coelho Lima	Administração Pública
2451522	ENASFAP - Equipe do Núcleo Ampliado Saúde da Família e Atenção Primária	Administração Pública

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

Nossas Unidades Básicas em sua maioria estão adequadas às normas sanitárias da Vigilância Sanitária para o desenvolvimento de suas atividades, possuem consultórios para médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, além de salas de acolhimento, imunização e farmácia.

Em nossa rede de Atenção Primária todos os Programas de Assistência à Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, do Adolescente, do Adulto e do Trabalhador estão implantados, com incremento positivo desde o início da gestão quanto à oferta de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e de Pré-natal e de procedimentos realizados.

Os serviços básicos oferecidos pelas Unidades Básicas existentes são: Consultas Médicas, de enfermagem e Odontológicas, Pré-natal, Planejamento Familiar, acompanhamento de Grupos de Risco (Crianças, Gestantes e Idosos), monitoramento terapêutico dos Hipertensos, Diabéticos, Asmáticos, Hansenianos e Tuberculosos, imunizações (vacinações de rotina), realização de Campanhas, pequenas cirurgias, curativos, Controle das Infecções Respiratórias Agudas – IRAS, monitoramento das Diarreias, acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Incentivo ao Aleitamento Materno, Prevenção do Câncer de Colo do Útero e Mamas, Prevenção das DST/AIDS, Terapias de Reidratação Oral, atividades coletivas de Educação em Saúde e outras.

O município tem pretensão de implementar as Estratégias de Saúde Bucal e Equipe Multiprofissional ao longo destes quatro anos.

#### *1.2.1.1.2. Da Vigilância em Saúde*

No campo da saúde, a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças. Já a área de saúde do trabalhador realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Quadro 04 – Capacidade Instalada da Rede de Vigilância em Saúde

CÓDIGO	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO	TERCEIRO	CNES
141 - 001	Serviço de Vigilância em Saúde	Vigilancia Epidemiologica	NÃO	Nao Informado
141 - 002	Serviço de Vigilância em Saúde	Vigilancia Sanitaria	NÃO	Nao Informado
173	Serviço de Vigilância em Saúde	Rede de Frio de São Bernardo	NÃO	Não Informado

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

#### *1.2.1.1.3. Da Rede de Atenção Especializada*

Atenção Especializada é feita através de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média complexidade.

O município apenas dispõe de 03 (três) dispositivos de média complexidade instalados em sua Rede Assistencial, abaixo especificados. Quando há necessidade de assegurar referência de nossos usuários para os demais serviços e procedimentos de média e alta complexidades, os referenciamos para os municípios de Chapadinha e São Luis, conforme pactuado na Programação Pactuada Integrada de Assistência - PPI.

Quadro 05 – Capacidade Instalada da Rede Pública Especializada – Ambulatorial e Hospitalar

CNES	Nome Fantasia	Razão Social
2364972	Hospital Municipal Felipe Jorge	Administração Pública

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

O município gerencia na Rede Assistencial dentro desta infra-estrutura assistencial, 01 (uma) Unidade Hospitalar o Hospital Municipal Felipe Jorge com 08 (oito) leitos e com atendimento de 24h com ambulatório, internações/urgências, localizada na zona urbana. Esta Unidade vem garantindo referência para assistência especializada (ambulatório especializado, urgências e Internação Hospitalar) às nossas Unidades de Saúde da Família. Com a reorganização da rede de serviços do município já em execução este quadro vem se transformando continuamente.

Quadro 06 – Capacidade Instalada da Rede Especializada – Ambulatorial e Hospitalar Filantrópica e Privada

CNES	Nome Fantasia	Razão Social
6328830	APAE de Sao Bernardo	Entidades Sem Fins Lucrativos
238395	LABCLIN Paulo Oliveira	Entidades Empresariais

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

*1.2.1.1.3.1. Dos Leitos Hospitalares*

A seguir apresentamos a capacidade instalada de Leitos SUS disponíveis em nossa Rede Assistencial.

Tabela XLV – Quantidade SUS por Tipo de Estabelecimento segundo Especialidade detalhada Dez/2021

Especialidade detalhada	HOSPITAL GERAL	Total
TOTAL	27	27
CIRÚRGICOS	04	04
..Cirurgia geral	04	04
CLÍNICOS	08	08
..Clínica geral	08	08
OBSTÉTRICOS	12	12
..Obstetrícia Cirúrgica	12	12
PEDIÁTRICOS	03	03
..Pediatria Clínica	03	03

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

Do total de Leitos de internação em hospital geral disponíveis na Rede (27), 100% estão disponíveis para o SUS local. Do total de leitos de internação existentes e disponíveis SUS na Rede Hospitalar do município, 100% pertencem a a Rede Pública. Do total de leitos existentes disponíveis para o SUS 44,44% destes são Obstétricos.

Analisando a necessidade de leitos dentre os disponíveis para o SUS temos as seguintes avaliações;

1. Considerando o parâmetro assistencial da Portaria Ministerial nº 1.101/GM de 12/06/2002 de 2,5 leitos/1.000 hab. Teríamos que dispor para o município de São Bernardo de um total de 72 leitos, 45 leitos (62,5%) acima dos leitos existentes.

2. Já considerando o parâmetro assistencial da mesma Portaria de 3,03 leitos/1.000 hab. Teríamos que dispor para o município de São Bernardo de um total de 87 leitos, 60 leitos (68,97%) acima dos leitos existentes.

Em relação à Atenção Hospitalar o município de São Bernardo, por ser Gestão Plena da Atenção Básica e ter como responsabilidade jurídica/precípua a garantia de assistência primária a todos os seus municipes, possui uma capacidade instalada acima de suas necessidades.

Tabela XLVI – Quantidade existente por Tipo de Estabelecimento segundo Leitos complementares Dez/2022

Leitos complementares	HOSPITAL GERAL	Total
TOTAL	01	01
Unidade isolamento	01	01

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

O único Leito complementar disponível na Rede é público e está à disposição do SUS local.

Em relação aos leitos psiquiátricos, o município não dispõe nenhum instalado em sua Rede Assistencial, tendo que referenciar seus pacientes crônicos à Chapadinha e São Luís, que apresentam capacidade instalada para atender respectivamente à região e a todo estado e onde se encontram a parte do teto físico-financeiro de internações psiquiátricas do município pactuado na Programação Pactuada Integrada de Assistência / PPI.

Por sua vez como contribuição a Reforma Psiquiátrica o município assegura Atenção à Saúde Mental de seus usuários através da Equipe Multidisciplinar (antigo NASF) assegurando através de praxis terapia e oficinas laborais assistência a 100% dos usuários com transtornos psíquicos e a usuários de drogas lícitas e ilícitas existentes no município.

Concluindo, possuímos atualmente leitos suficientes para dar cobertura às necessidades de internações do município com exceção na Clínica Médica, que atinge 29,63% de cobertura, porém, se considerarmos que em nosso município os leitos são utilizados de acordo com a necessidade, esta situação de cobertura pode vir a ser alterada reduzindo-se percentual na clínica obstétrica.

### 1.2.1.2. CAPACIDADE DE RECURSOS HUMANOS

A área de 'Recursos Humanos em Saúde' (RHS) abarca múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal.

Com o objetivo de humanizar o atendimento e de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população por nossa rede assistencial esta Secretaria vem investindo na contratação e qualificação de seus Recursos Humanos para atender a demanda dos serviços e dos programas por ela implantados e/ou implementados e as necessidades da comunidade.

Além de criar um programa de capacitação continuada de seus Recursos Humanos nossa Secretaria vem procurando estruturar adequadamente seus serviços dando condições de trabalho aos profissionais para que os mesmos possam desempenhar melhor suas atividades e se preocupando em elaborar uma Política Salarial condizente com as necessidades destes.

A seguir apresentamos a distribuição e utilização de nossos Recursos Humanos por categoria, quadro de lotação de pessoal por estabelecimentos de saúde e qualificação profissional.

Tabela XLVII – Quantidade por Atende no SUS segundo Ocupações em geral – Dez/2021

Ocupações em geral	Sim	Total
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>285</b>
<b>PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL SUPERIOR</b>	<b>50</b>	<b>50</b>
<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>	<b>02</b>	<b>02</b>
Assistente Social	02	02
<b>BIOQUÍMICO/FARMACÊUTICO</b>	<b>01</b>	<b>01</b>
Farmacêutico	01	01
<b>CLÍNICO GERAL</b>	<b>05</b>	<b>05</b>
Médico Clínico	05	05
<b>ENFERMEIRO</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
Enfermeiro	08	08
Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	08	08
<b>FISIOTERAPEUTA</b>	<b>04</b>	<b>04</b>
Fisioterapeuta geral	04	04

Ocupações em geral	Sim	Total
FONOAUDIÓLOGO	01	01
Fonoaudiólogo	01	01
MÉDICO DE FAMÍLIA	05	05
Médico da Estratégia de Saúde da Família	05	05
NUTRICIONISTA	03	03
Nutricionista	03	03
ODONTÓLOGO	07	07
Cirurgião dentista - clínico geral	01	01
Cirurgião dentista - protesista	01	01
Cirurgião-Dentista da Estratégia de Saúde da Família	05	05
PEDIATRA	01	01
Médico Pediatra	01	01
PSICÓLOGO	03	03
Psicólogo Clínico	03	03
OUTRAS OCUPAÇÕES DE NÍVEL SUPERIOR RELAC À SAÚDE	02	02
Biólogo	01	01
Psicopedagogo	01	01
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL TÉCNICO TÉCNICO/AUXILIAR	54	54
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	20	20
Auxiliar de Enfermagem	19	19
Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	01	01
FISCAL SANITÁRIO	02	02
Visitador Sanitário	02	02
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	30	30
Técnico de enfermagem	20	20
Técnico de Enfermagem de Saúde da Família	10	10
TÉCNICO E AUXILIAR EM SAÚDE ORAL	01	01
Protético Dentário	01	01
TÉCNICO E AUXILIAR EM RADIOLOGIA MÉDICA	01	01
Técnico em Radiologia e Imagenologia	01	01
PESSOAL DE SAÚDE - QUALIFICAÇÃO ELEMENTAR	181	181
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	76	76
Agente Comunitário de Saúde	76	76
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	02	02
Agente de Saúde Pública Agente de Saneamento	02	02

Ocupações em geral	Sim	Total
ATENDENTE DE ENFERMAGEM/AUX OPER SERV DIV E ASSEM	24	24
Atendente de enfermagem atende berçário	24	24
OUTRAS OCUPAÇÕES NÍVEL ELEMENTAR EM SAÚDE	79	79
PESSOAL ADMINISTRATIVO	79	79
ADMINISTRAÇÃO	16	16
Administrador	03	03
Assistente técnico administrativo	02	02
Atendente de ambulatório ou clínica	01	01
Digitador	06	06
Diretor administrativo	01	01
Diretor de Serviços de Saúde Diretor Clínico	02	02
Técnico em Manutenção de equipamentos de informática	01	01
SEGURANÇA	11	11
Vigia	11	11
OUTRAS OCUPAÇÕES ADMINISTRATIVAS	52	52
Copeiro de hospital	07	07
Cozinheiro de hospital	05	05
Motorista de carro de passeio	03	03
Trabalhador de serviços de manutenção	37	37

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

Na de Atenção Básica e na Vigilância em Saúde, os Recursos Humanos fazem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. Na Rede de Atenção Especializada os mesmos fazem uma jornada de trabalho de 30 horas semanais e plantões.

### 1.2.1.3. CAPACIDADE DE MATERIAIS E RECURSOS LOGÍSTICOS

Tabela XLVIII – Equipamentos Existentes por Tipo de Gestão segundo Equipamento – Dez/2021

Equipamento	Municipal	Total
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>17</b>
.. RAIOS X DE 100 A 500 MA	01	01
.. RAIOS X DENTARIO	01	01
.. ULTRASSOM CONVENCIONAL	01	01
.. CONTROLE AMBIENTAL/AR-CONDICIONADO CENTRAL	01	01
.. GRUPO GERADOR	01	01
.. ELETROCARDIOGRAFO	01	01
.. BERÇO AQUECIDO	01	01
.. INCUBADORA	01	01
.. REANIMADOR PULMONAR/AMBU	01	01
.. EQUIPO ODONTOLOGICO	08	08

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

Analisando-se a planilha acima temos alguns equipamentos para procedimentos de média complexidade em quantidade suficiente para atender a demanda do município e de outros municípios da região de saúde.

Tabela XLIX – Equipamentos Existentes por Tipo de Estabelecimento segundo Grupo de Equipamentos Dez/2021

Grupo de Equipamentos	Centro de Saude/ Unidade Basica de Saude	Hospital Geral	Total
<b>TOTAL</b>	<b>07</b>	<b>09</b>	<b>16</b>
Equipamentos de Diagnostico por Imagem	-	03	03
Equipamentos de Infra-Estrutura	-	01	01
Equipamentos de Odontologia	07	01	08
Equipamentos para Manutencao da Vida	-	03	03
Equipamentos por Metodos Graficos	-	01	01

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

## 1.2.2. REDE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

*“Conjunto de atividades desenvolvidas pelos serviços locais de saúde, com vista a garantir melhor qualidade de vida para a população de seu território de ação”. (BARRATA, R.B./1992)*

*“Conjunto de atividades voltadas para a identificação, análise, monitorização, controle e prevenção dos problemas de saúde de uma comunidade. Englobando ações coletivas de saúde, expandindo a possibilidade da utilização da Epidemiologia no planejamento, programação e avaliação dos serviços de saúde, incluindo outras áreas do conhecimento”. (MS/SVS)*

Seguindo uma das diretrizes do SUS que é a descentralização, o município tem assumido gradativamente as ações de Vigilância em Saúde, permitindo assim maior agilidade na identificação de doenças, agravos e outros fatores que possam comprometer a saúde dos indivíduos e do meio-ambiente. A avaliação do risco epidemiológico e a análise do impacto de determinados eventos sobre a saúde da população fundamentam a programação das atividades da Vigilância em Saúde e a reprogramação de nossas políticas de saúde.

Neste eixo são consideradas para análise as linhas prioritárias da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, Vigilância Ambiental e Controle de Doenças Endêmicas. A Secretaria Municipal da Saúde desde a sua criação, no contexto da Reforma Sanitária, e com base no conceito ampliado de saúde como bem estar físico e social, estabeleceu que as ações voltadas para prevenção e promoção em saúde deveriam ter um destaque especial frente às demais áreas de atuação do Sistema de Saúde.

A análise dos dados produzidos pela Vigilância em Saúde nos permite afirmar que as principais causas de morte registradas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) são principalmente de doenças cerebrovasculares, do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias, que as doenças transmissíveis são verificadas em percentuais bem menores, devido ao desenvolvimento de ações voltadas para a sua prevenção e controle, por meio de programas nacionais ou locais, a exemplo do Programa Nacional de Imunização (PNI), Controle de tuberculose, de Hanseníase, das Arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunia), da Malária e outros.

A Vigilância em Saúde de nosso município desenvolve de forma integrada e sistemática ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, Vigilância Ambiental e Controle de Endemias e Vigilância Nutricional.

### ***1.2.2.1. DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE DOENÇAS***

*Conceito de Vigilância Epidemiológica, segundo a Lei 8.080/90:*

*“conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”*

A Epidemiologia e as ações de Vigilância Epidemiológica (regulamentada pela Lei Federal de nº 6.259/75) vêm se constituindo em nosso município como instrumento fundamental dessa gestão ao bom funcionamento do Sistema de Saúde local.

A Vigilância Epidemiológica tem por missão conhecer o perfil dos agravos ocorridos no município, monitorando a ocorrência de agravos de notificação compulsória e buscando conhecer os fatores relacionados à sua ocorrência. É a análise e divulgação das informações referentes aos eventos vitais e o perfil de morbidade em São Bernardo que subsidiam o planejamento e avaliação das ações em saúde com informações oportunas. A Vigilância Epidemiológica também coordena as ações necessárias à prevenção e controle de doenças transmissíveis, identificando mudanças de comportamento das doenças e atuando de forma oportuna e coordenada na ocorrência de surtos ou surgimento de doenças inusitadas, como vem ocorrendo na Pandemia da Covid-19.

O monitoramento das doenças e agravos de notificação compulsória é estratégico para o planejamento hábil de ações preventivas e curativas, em situações de relevância para a saúde coletiva.

Nesta gestão, no campo da Vigilância Epidemiológica, nossa maior diretriz tem sido a implementação desta área de atuação, que já incorporou desde 2012 a vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANTS, superando o processo inicial de trabalho restrito às doenças e agravos transmissíveis de notificação compulsória.

Para tanto, este setor passou por uma estruturação com incorporação de novos profissionais. Implantamos dentro do Hospital municipal em 2020, decorrente da Pandemia por Covid-19, 01 (um) serviço específico para atendimento a pacientes Covid-19, com o intuito de organizar o município para o enfrentamento da mesma, que se instalou no contexto mundial, no qual o município por ter forte fluxo de usuários, se configurou com elevado risco para a introdução da mesma.

Também neste período elaboramos um Plano Municipal de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV e um Plano Municipal de Operacionalização da Imunização Contra Covid -19. Posteriormente convertemos o serviço específico para atendimento a pacientes Covid-19 em um Centro de Síndrome Gripais, de resposta imediata às emergências epidemiológicas, funcionando até hoje.

A operacionalização deste setor, tem nos permitido formular as políticas de Saúde do município, propor medidas de prevenção, controle, eliminação e erradicação de doenças e agravos à saúde, nos fornecendo indicadores para o planejamento e avaliação das ações de saúde, além de também nos permitir descrever as condições da saúde na população, investigar os fatores determinantes da situação de saúde e avaliar o impacto das ações para alterar a situação, além de auxiliar nas decisões de caráter coletivo e individual, propondo medidas de intervenção.

Temos priorizado a capacitação de recursos humanos como forma de qualificar a assistência prestada pelos serviços aos nossos usuários e melhorar a qualidade da notificação, e da investigação, uma vez que, sem dados fidedignos e técnicos capacitados seria impossível para a Vigilância Epidemiológica cumprir sua missão.

Em tempo hábil temos procurado atender às demandas do setor, de forma a possibilitar a implementação das notificações, investigações, supervisões, etc.; o que tem favorecido uma melhora na qualidade dos serviços oferecidos à população. Supervisões sistemáticas são realizadas nas Unidades de Saúde do município, de maneira a qualificar o registro das notificações e o fluxo das informações.

Resultados deste trabalho se refletem na melhoria do Sistema de Notificação e Investigação de doenças em algumas Unidades do município, melhoria do relacionamento entre a Vigilância Municipal e o LACEN capital, melhoria na investigação, busca ativa e controle de surto de doenças como a Covid-19 e as Arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya), melhoria na investigação e busca ativa de casos suspeitos de Hepatite, Sarampo e outros, mobilização comunitária das Ações de Saúde do município, implementação das notificações de doenças de notificação compulsória e redefinição do fluxo de pacientes para notificação.

Tabela LI – Produções das ações de Vigilância Epidemiológica – 2021

Ação Programada	Ação Executada	Metas Alcançadas	Mês	Unidade ESF Notificada
Notificações de doenças compulsórias no <b>SINAN Net Violência Interpessoal/ autoprovocada</b>	03 Casos Notificados de <b>Violência Interpessoal/ autoprovocada</b> , 03 Casos de Fluxo de Retorno, casos já investigados acompanhados e encerrados	100%	Ano de 2021	03 Casos Notificado Hospital Municipal Felipe Jorge
Notificações de doenças compulsórias no <b>SINAN Net Atendimento Antirrábico</b>	89 Casos Notificados <b>Anti-Rábico</b> , (89 casos notificados no município), casos já investigados acompanhados e encerrados	100%	Ano de 2021	89 Casos Notificado HMFJ
Notificações de doenças compulsórias no <b>SINAN Net Sífilis em gestante, Sífilis Congênita, Intoxicação Exógena, Acidente por Animal Peçonhento e Hepatites Virais</b>	47 casos notificados por <b>Acidente por Animal Peçonhento</b> , todos investigados e encerrados, nenhum caso notificado <b>Intoxicação Exógena</b> , 04 casos notificados de <b>Sífilis em gestante</b> , 04 de <b>Sífilis Não Especificada</b> e 01 caso notificado <b>Sífilis Congênita</b> , e nenhum caso notificado <b>Hepatites Virais</b>	100%	Ano de 2021	09 Casos Sífilis ESF 02 Nilza, 02 HMFJ, 04 Mamorana, 01 Dr Edenir Ferreira Acidentes- 47 HMFJ
Notificações de doenças compulsórias no SINAN Web (Dengue/Chikungunya/ Zyca)	02 casos notificados de Dengue, e nenhum caso notificado de Chikungunya e Zyca	100%	Ano de 2021	02 ESF Faveira
Supervisão das ações de vigilância - acompanhamento dos casos de <b>Tuberculose, Hanseníase, Notificação Compulsórias</b>	04 casos notificados de <b>Tuberculose</b> e 02 casos notificados de <b>Hanseníase</b>	100%	Ano de 2021	TUB- 01 BCA, 03 Mamuí HANS- 01 BCA E 01 Faveira

Número de <b>Nascidos Vivos</b> registrados no (SINASC)	263 <b>Nascidos Vivos</b> , os 253 nascidos foram no hospital, 10 em domicílio, 198 Partos Vaginal e 65 Partos Cesáreos, 261 tipos de gravidez única, 09 nascidos com Baixo Peso, 149 Consultas Pré-Natal 7 e mais	100%	Ano de 2021	253 HMFJ Domicílio-02 Pov. Nova Esperança 03 Coqueiro 01 Trav. Alexandre Mendes 01 Pov. Madeira Cortada 01 Pov. Cajueiro 02 Via Publica
SIVEP-DDA <b>números de diarreias</b> faixa etária e plano tratamento	Total de <b>casos de Diarreia: 336</b> , sendo: 45 casos < 1 de ano, 105 casos de 1 a 4 ano, 52 casos de 5 a 9 ano, 134 casos de 10+, Plano de Tratamento A: 260	100%	Ano de 2021	Relatórios realizados das semanas (01 a 52 de 2020) das 09 Equipes + 01 HMFJ
Programa de Controle da <b>SIS-Raiva Profilaxia da Raiva Humana Ficha V-7</b>	139 pessoas <b>atendidas</b> , 139 <b>vacinados</b> , 05 <b>com vacina e soro</b> , 110 o número de animais agressores por <b>espécie canino</b> , 24 números de <b>gatos</b> , 05 <b>morcegos</b> .	100%	Ano de 2021	Relatórios das 09 Equipes + 01 HMFJ
Programa de controle da <b>SIS-Raiva Profilaxia Da Raiva Humana Mensal V-7</b>	Produção digitada janeiro a dezembro de 2020	100%	Ano de 2021	Relatórios das 09 Equipes + 01 HMFJ
Números de requisição no Sistema Gerenciador De <b>Ambiente Laboratorial (GAL)</b>	Não teve <b>requisições de Movimento</b> (Sorologia)	100%	Ano de 2021	0 Requisições
Números cadastros realizados no Sistema de Triagem Neonatal e supervisão de <b>laboratórios. (NETLAB)</b>	Foram realizadas 32 coletas de Teste do Pezinho, nenhuma coleta de Eletroforese e Hemoglobina, 22 Liberados E Impressos Entregues para as Equipes, 10 aguardando os resultados e 01 descartado	100%	Ano de 2021	Relatórios das 09 Equipes + 01 HMFJ
Programa SISLOGLAB departamento das IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais ( <b>Teste Rápido</b> )	Quantidade de Testes Rápidos recebidos para <b>HIV</b> 04 (Kits/caixas com 20 Testes), Para <b>Sífilis</b> 04 (Kits/caixas com 20 Testes), Para <b>TR HBV</b> 04 (Kits/caixas com 25 Testes) e para <b>R HCV</b> 04 (Kits/caixas com 25 Testes)	100%	Ano de 2021	Testes Rápidos distribuídos para as 10 Equipes (09 ESF e 01 HMFJ)  Total: 4.435

### *1.2.2.1.1. Imunização*

O Setor de Imunização é responsável pelo monitoramento das ações e coberturas vacinais, suporte técnico e abastecimento de vacinas à Rede de Atenção à Saúde de nosso município.

Em São Bernardo do Maranhão nosso serviço de Imunização vem tentando manter nossas coberturas vacinais em níveis aceitáveis pelo Ministério da Saúde, tirando de risco de vida a quase totalidade de nossas crianças, além de controlar em surtos epidêmicos como vem ocorrendo na Pandemia da Covid-19. A busca ativa realizada pelo Agente Comunitário de Saúde tem se mostrado importante ferramenta no acompanhamento dos esquemas vacinais de nossas crianças e dos demais grupos vacinais, juntamente com as ações da Equipe de Saúde da Família.

Embora tenhamos coberturas homogêneas, não temos conseguido na quase totalidade das vacinas do esquema básico, alcançar as coberturas ideais, segundo demonstrado na Tabela abaixo.

Tabela LII – Coberturas Vacinais segundo Imuno – 2020-2021

Imuno	2020	2021
Total	76,49	63,00
BCG	55,73	63,21
Hepatite B em crianças até 30 dias	52,81	66,75
Rotavírus Humano	102,92	78,54
Meningococo C	105,39	70,28
Hepatite B	58,88	80,66
Penta	58,88	80,66
Pneumocócica	110,34	82,08
Poliomielite	99,33	72,17
Poliomielite 4 anos	46,15	36,17
Febre Amarela	85,17	61,08
Hepatite A	97,75	69,81
Pneumocócica(1º ref)	108,99	73,11
Meningococo C (1º ref)	100,90	71,70
Poliomielite(1º ref)	77,08	61,32
Tríplice Viral D1	99,10	72,64

Imuno	2020	2021
Tríplice Viral D2	87,64	54,48
Tetra Viral(SRC+VZ)	1,12	2,59
DTP	-	-
DTP REF (4 e 6 anos)	58,29	41,77
Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	89,21	68,40
Dupla adulto e tríplice acelular gestante	60,00	64,86
dTpa gestante	50,56	60,61
Tetavalente (DTP/Hib) (TETRA)	-	-
Varicela	91,91	67,69
Ignorado	-	-

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

Tabela LIII – Campanha Nacional de Vacinação Contra Influenza 2020

Código Região	Região	Código	Município	Sigla	Crianças			Gestantes		
					População	Doses	Cobertura	População	Doses	Cobertura
2	Nordeste	211060	SAO BERNARDO	MA	2.980	3.080	103,36	321	229	71,34
TOTAL					2.980	3.080	103,36	321	229	71,34

Crianças + Gestantes				Trabalhador de Saúde			Puérperas		
População	Doses	Cobertura	Categoria	População	Doses	Cobertura	População	Doses	Cobertura
3.301	3.309	100,24	7. >=90%	332	407	122,59	53	50	94,34
3.301	3.309	100,24	7. >=90%	332	407	122,59	53	50	94,34

Indígenas			Adultos 55 a 59 anos			Idosos			Total		
População	Doses	Cobertura	População	Doses	Cobertura	População	Doses	Cobertura	População	Doses	Cobertura
0	0	0,00	850	919	108,12	2.559	2.890	112,93	7.095	7.575	106,77
0	0	0,00	850	919	108,12	2.559	2.890	112,93	7.095	7.575	106,7

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

## *I.2.2.2. DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA*

*Conceito de Vigilância Sanitária, segundo a Lei 8.080/90:*

*“Conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:*

*I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e*

*II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.”*

As ações de Vigilância Sanitária (regulamentada pela Lei Federal de nº 6.437/77, alterada pela Lei 9.695/98 e pela Lei Estadual de nº Lei n.º 5.991/1973) constitui-se numa subárea da Saúde Pública, que se vale de campos de saberes interdisciplinares e práticas sanitárias, técnicas, políticas e jurídicas, revelando-se em um espaço singular de articulações complexas entre o domínio econômico, o jurídico-político e o médico-sanitário, detendo especificidades que se expressam, entre outros aspectos, na exigência normativa para as práticas sobre os seus objetos de cuidado e para os próprios procedimentos institucionais.

Para tanto a implantação da avaliação, gestão e comunicação do Risco Sanitário deve, sobretudo buscar a adoção de medidas de controle que tenham como resultado a proteção à vida, ou seja, o bem-estar social, atuando na proteção e valorização da vida.

Nessa perspectiva a Vigilância Sanitária possibilita o desenvolvimento de ações voltadas para os processos de trabalho que se seguem:

- a. Fiscalização e inspeção dos estabelecimentos, serviços e ambientes de interesse à saúde;
- b. Monitoramento dos produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde feito por meio de coletas de amostras para análise laboratorial;
- c. Executar todas as medidas sanitárias possíveis, como forma de reduzir o índice de infecção em surtos epidêmicos como vem ocorrendo na Pandemia da Covid-19;

- d. Implantação de uma política de Educação e Comunicação Continuada de forma a contemplar os recursos humanos do setor, o setor regulado e produtivo, o alunado e o professorado e as representações sociais e
- e. Estruturação do Sistema de informação em VISA que possibilite o planejamento, monitoramento e avaliação das ações do município em tempo real.

A Vigilância Sanitária de São Bernardo tem desenvolvido suas ações visando garantir a promoção e a proteção da saúde coletiva, dentro da competência do seu nível de gestão, assessorando as Unidades no processo de descentralização das ações de vigilância e qualificando alguns de seus recursos humanos, como também, avaliando as ações desenvolvidas no nível municipal.

A Vigilância Sanitária municipal tem sua estrutura dividida em três setores: Setor de Produtos, Setor de Serviços e Setor de Educação em Saúde. Exerce como função a fiscalização e o controle sobre o meio ambiente e os fatores que interferem na sua qualidade, abrangendo os processos e ambientes de trabalho, habitação e de lazer. A constante vigilância realizada nos bares e restaurantes, tem permitido o controle das toxiiinfecções alimentares, resultando em maior garantia da qualidade do produto apresentado e credibilidade do serviço junto à população. A liberação do Alvará Sanitário é mais uma ação e garantia de que os estabelecimentos que comercializam alimentos estejam dentro das normas e padrões exigidos pela legislação.

A maior diretriz deste setor é sua inserção como ação básica de saúde, essencial para todo o cidadão e para a coletividade, para tanto vem enfatizando o trabalho descentralizado voltado para a formação de uma consciência sanitária que propicie ao cidadão a identificação de riscos potenciais aos quais ele é submetido no consumo e uso de bens, serviços e produtos e na convivência no seu ambiente de trabalho e de vida.

As ações de Vigilância Sanitária estão sendo intensificadas de forma a atender as demandas geradas pelo crescimento do município frente ao processo de globalização no uso e consumo de bens e serviços.

Nosso serviço de Vigilância Sanitária está se estruturando, no quadro de recursos humanos conta com apenas 03 (três) profissionais responsáveis por todas as atividades da vigilância no município no nível primário de atenção, executando em processo contínuo a sensibilização e educação sanitária, além de exercer fiscalização ativa para maior controle dos produtos e serviços oferecidos à população. Este setor em 2019 regulamentou por via do Decreto Municipal nº 77, de 18 de setembro de 2019, a Lei Nº 759/2019 que dispõe sobre a Inspeção Sanitária Industrial dos Produtos de Origem Animal e Vegetal no município de São Bernardo, que favoreceu um maior desempenho das ações e serviços da Vigilância Sanitária, mantendo atualizado todos os cadastros dos prestadores de serviços, comércio e indústria existentes no município. Está informatizada e têm procurado divulgar continuamente seus serviços formalizando parcerias interinstitucionais para garantir a execução adequada dos mesmos.

Tabela LIV – Produções das ações de Vigilância Sanitária – 2020-2021

PROCEDIMENTOS	Ano 2020	Ano 2021
010201007-2 - Cadastro de estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária	98	0172
010201052-8 - Instauração de processo administrativo sanitário	00	00
010201017-0 - inspeção dos estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária	380	417
10201022-6 - Atividade educativa para população	12	18
10201005-6 - Atividade educativa para o setor regulado	00	00
010201023-4 - Recebimento de denúncias/reclamações	52	52
10201024-2 - Atendimento a denúncias/reclamações	52	52
<b>TOTAL</b>	<b>594</b>	<b>711</b>

Fonte: Vigilância Sanitária – SMS São Bernardo

## **I.2.2.1. DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL E CONTROLE DE ENDEMIAS**

Conceito de vigilância epidemiológica, segundo a Lei 8.080/90:

*“Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde AMBIENTAL, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos riscos ambientais e das doenças Endêmicas” (LEI 8080/90).*

A Vigilância Ambiental tem por objetivos:

- Identificar e monitorar fatores de riscos não biológicos relacionados a contaminantes ambientais e qualidade da água para consumo humano, ar, solo e desastres naturais, de forma a minimizar os riscos de doenças decorrentes da exposição aos mesmos;
- Articular as ações de Vigilância em Saúde Ambiental com as demais Vigilâncias, Atenção Básica, Saúde Bucal e outras políticas afins;
- Fortalecer o envolvimento do Controle Social no que se refere ao acompanhamento da qualidade da Política de Saúde Ambiental;
- Reduzir o índice de infestação predial do *Aedes aegypti* a menos de 1%;
- Reduzir a população de flebotomíneos;
- Prevenir os casos de Leishmaniose através de recolhimento e eutanásia de animais soropositivos;
- Recolhimento de animais errantes doentes;
- Imunizar a população canina e felina domiciliada contra a raiva;
- Promover ações educativas com orientação Zoonosológicas;
- Complementar medidas sanitárias como a realização de detetização, em surtos epidêmicos como vem ocorrendo com a Covid-19 e
- Reorganização do processo de trabalho do Programa Municipal de Controle das Arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya).

Este Setor se encontra totalmente estruturado e integrado às Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária. Vem anualmente efetivando as medidas de Controle das Doenças Endêmicas como Malária, Calazar, Esquistossomose, leishmaniose, Doença de Chagas, das Arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya), Raiva e Febre Amarela através

da identificação precoce dos vetores, vacinação dos animais e quando necessário como medida sanitária realizando a eutanásia dos animais responsáveis pela transmissão desses agravos, mantendo-os sob rígido controle e vigilância, além de também proporcionar uma redução sobre o impacto ambiental causado pelo lixo.

No município o setor de Vigilância Ambiental, embora conte com apenas 02 (dois) Técnicos de Saneamento, tem avançado no cumprimento das metas pactuadas pela Secretaria Municipal da Saúde junto ao Ministério da Saúde, apresentando ótimas coberturas vacinais de vacinação anti-rábica, realizando inquéritos sorológicos para diagnóstico do Calazar e da Doença de Chagas a partir da identificação de foco dos vetores e realizando um contínuo estudo da situação entomológica do município. Este setor também elabora anualmente o seu Plano Municipal de Contingência das Arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya) através do qual tem procurado manter essas endemias em níveis aceitáveis sem maiores prejuízos a saúde de sua população.

Realizamos mutirões de limpeza e sensibilização nas comunidades de maior vulnerabilidade para transmissão das Arboviroses, que caracterizam o grande esforço desta Secretaria na luta contra as Arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya) e expressam a sensibilidade e o envolvimento da comunidade neste processo.

A Vigilância Ambiental também desenvolve o controle das Zoonoses e suas ações assumem grande relevância frente às condições socioambientais adversas ainda encontradas no município. Sendo portanto efetivadas de forma intensificada as ações voltadas para o controle de doenças e agravos transmissíveis dos animais para os seres humanos.

Como as ações de controle de zoonoses têm caráter eminentemente preventivo, a Secretaria vem investindo na reestruturação e reorganização deste serviço para que este seja mais resolutivo frente aos problemas identificados.

*Tabela LV - Campanha nacional de vacinação antirrábica, 2021  
Doses aplicadas e cobertura vacinal dos municípios do estado Maranhão*

Município	Cães vacinados			Gatos vacinados	Data da Informação
	Meta	Doses	Cobertura vacinal	Doses	
211060   SAO BERNARDO	6.700	7.146	106,66	3.177	30/11/2021

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

## 1.3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes ou Sistemas de Atenção à Saúde (RAS) constituem “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

As Redes de Atenção à Saúde - RAS têm como principais características: a formação de relações horizontais entre os Pontos de Atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

As Redes de Atenção à Saúde, na condição de produtos das ações de políticas que fortalecem e cumprem as diretrizes do SUS, configuram um arranjo que busca garantir a universalidade do atendimento em saúde, ou seja, ampliar acesso e em tempo oportuno e de forma integral.

A RAS é composta na região pelas:

- I. Rede Cegonha - RC, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses;
- II. Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE;
- III. Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas;
- IV. Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero) e
- V. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Todas as redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde.

## *1.3.1. REDES TEMÁTICAS*

O município de São Bernardo do Maranhão apresenta Pontos de Atenção nas Redes Temáticas abaixo discriminadas.

### *1.3.1.1. DA REDE DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL – REDE CEGONHA*

É uma Rede de cuidados que assegura às MULHERES o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e as CRIANÇAS o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Seus principais objetivos são:

- I. Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- II. Ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal;
- III. Vinculação da gestante à Unidade de Referência e ao transporte seguro, para assistência ao parto - “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”.
- IV. Realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção;
- V. Acompanhante no parto, de livre escolha da gestante;
- VI. Atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e
- VII. Acesso ao planejamento reprodutivo.

São Bernardo do Maranhão tem nesta Rede a responsabilidade de assegurar à sua população, Atenção Obstétrica e Neonatal. Todo processo se inicia com o trabalho das Equipes de Saúde da Família com apoio matricial da Equipe Multiprofissional (antigo NASF).

A Rede de Atenção Básica do município, vem procurando qualificar a coordenação do cuidado a estas usuárias, tentando dessa forma reduzir a incidência de morbimortalidade materno e infantil.

A seguir apresentamos a definição dos Pontos de Atenção na região para execução da Rede Cegonha:

1. **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico** – São Bernardo e município de Chapadinha
  - referência regional para exames laboratoriais e exames de imagem. O município tem como contratualizado um laboratório para realização de exames de patologia clínica.
2. **Pré-Natal de Alto Risco** - município de São Luís
  - referência regional para consultas especializadas para PRÉ-NATAL de alto risco, sendo responsável para assegurar estas consultas na Rede;
3. **Parto Normal** – São Bernardo e município de Chapadinha
  - O município realiza partos normais e quando necessita, referência para o município de Chapadinha;
4. **Parto Cesáreo** - São Bernardo e município de Chapadinha
  - O município também realiza partos cesáreos e quando necessita, referência para o município de Chapadinha, em virtude da ausência do serviço de regulação dos leitos/internação tem-se a dificuldade de referenciamento.
5. **Alto Risco Neo-Natal** - município de São Luís
  - a referência para a realização de partos de Alto Risco Neo-Natal é o município São Luís, com recursos garantido através do Ministério da Saúde.

A Rede de Atenção Básica do município, vem procurando qualificar a coordenação do cuidado a estas usuárias, tentando dessa forma reduzir a incidência de morbimortalidade materno e infantil.

### *1.3.1.2. DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS - RUE*

É uma rede proposta para articular e integrar no âmbito do SUS todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

São Bernardo tem nesta Rede a responsabilidade de assegurar à sua população às urgências e emergências pré-hospitalares.

No município o serviço de Urgência é atualmente realizado em primeiro plano pelas Equipes de Saúde da Família e pelo Hospital Municipal Felipe Jorge. Quando estas Unidades não garantem resolutividade às urgências, referencia os casos mais complexos a Rede Hospitalar de referência, tendo o paciente remoção imediata garantida por nossas ambulâncias tipo A.

A seguir apresentamos a definição dos Pontos de Atenção na região para execução da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

1. **Serviço pré-hospitalar** – município de São Bernardo
  - Em São Bernardo realizada por nossas ambulâncias tipo A;
2. **Referência Municipal** - município de São Bernardo
  - Em São Bernardo realizado pelo Hospital Municipal Felipe Jorge;
3. **Referência Regional** - municípios Chapadinha e São Luís
  - Que possuem Hospitais Gerais funcionando como porta de entrada e referência regional para as Urgências e Emergências da região e no Estado,

Este serviço vem procurando se qualificar e com isso tentando reduzir a morbimortalidade por causas externas.

### *1.3.1.3. DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS*

A Política Nacional de Saúde Mental também se fundamenta na idéia de Redes de Atenção, objetivando a construção de redes substitutivas ao modelo asilar, compostas por diferentes serviços de saúde mental de base comunitária, como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Infantil, CAPS II, CAPS III, CAPS AD II e CAPS AD III), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, leitos clínicos para desintoxicação em Hospitais Gerais, Pronto Atendimentos, Emergências Psiquiátricas e Atendimento Móveis de Urgência, Centros de Convivência, Programas de Inclusão Social pelo Trabalho, Unidades de Acolhimento, Consultório na Rua, Equipes Especializadas de Saúde Mental e Equipes de Saúde Mental em Unidades Básicas de Saúde em integração com o Programa de Saúde da Família.

Com vistas à integralidade do cuidado, a Rede de Atenção à Saúde Mental, por sua vez, vem se articulando com os demais serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, assim como contribuindo para a organização da rede intersetorial de cuidados, que envolve outros setores da organização política e social como: Assistência Social, Educação, Habitação, Esportes, Cultura, Trabalho e Renda, Segurança Pública, Judiciário e, ainda, os diversos recursos da vida comunitária, as associações de familiares e usuários dos serviços, os movimentos sociais, dentre outros.

São Bernardo tem nesta Rede a responsabilidade de assegurar à sua população Atenção Psicossocial. Todo processo se inicia com o trabalho das Equipes de Saúde da Família com apoio matricial da Equipe Multiprofissional (antigo NASF).

A seguir apresentamos a definição dos Pontos de Atenção na região para execução da Rede de Atenção Psicossocial:

#### **1. Porta de Entrada** - município de São Bernardo

- Através de suas 09 Unidades Básicas de Saúde e da Equipe Multiprofissional para avaliação e referenciamento dos usuários para os demais Pontos de Atenção da Rede;

#### **2. Ambulatório Especializado** - municípios de Chapadinha e São Luís

- Referências regional, que ofertam consultas especializadas de psiquiatria e psicologia;

3. **Centro de Atenção Psicossocial** - municípios de Chapadinha e São Luís
  - Referência para nossas Equipes de Saúde da Família, através de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II (Chapadinha) e para usuários de álcool e outras drogas o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – AD (Chapadinha e São Luís);
4. **Leitos Hospitalares** - município de São Luís
  - Referência para internação de usuários com transtornos psicossociais.

No município os serviços de Atenção Psicossocial, são atualmente realizados em primeiro plano pelas Equipes de Saúde da Família com apoio matricial da equipe multiprofissional. Quando esta não garante resolutividade referencia os casos complexos aos dispositivos: Centro de Atenção Psicossocial - CASP I e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD.

A Rede de Atenção Básica do município, vem procurando qualificar a coordenação do cuidado a estes usuários, tentando dessa forma reduzir a incidência destes transtornos no município.

### ***1.3.1.4. DA REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS E CONDIÇÕES CRÔNICAS***

As doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e corresponderam a 72% das causas de morte em 2007, por isso o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, em especial no seu eixo III, que se refere ao cuidado integral das DCNT.

Além disso, o país atravessa uma transição demográfica importante, com o envelhecimento da população e seu alto impacto na saúde das pessoas idosas, bem como maior prevalência das doenças crônicas, aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade em crianças e adolescentes, que pode acarretar o aumento de doenças crônicas na fase adulta.

As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

A finalidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é realizar a atenção, de forma integral, aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero.

O município de São Bernardo nesta Rede tem a responsabilidade de assegurar à sua população atenção integral a este público alvo. Todo processo se inicia com o trabalho das Equipes de Saúde da Família com apoio matricial da Equipe Multiprofissional (antigo NASF).

A seguir apresentamos a definição dos Pontos de Atenção na região para execução da Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas:

**1. Porta de Entrada - município de São Bernardo**

- Através de suas 09 Unidades Básicas de Saúde e da Equipe Multiprofissional para avaliação e referenciamento dos usuários para os demais Pontos de Atenção da Rede;

**2. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – municípios de São Bernardo e Chapadinha**

- Em São Bernardo através do Laboratório contatualizado e Chapadinha como referência regional para exames laboratoriais e exames de imagem.

**3. Ambulatório Especializado - município de Chapadinha**

- Referência regional ofertando consultas especializadas de cardiologia;

**4. Clínica Cirúrgica/Leitos Hospitalares - município de São Luís**

- Referência para cirurgias de usuários com cardiopatias.

No município os serviços de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, são atualmente realizados em primeiro plano pelas 09 Equipes de Saúde da Família existentes no município, com apoio matricial da equipe multiprofissional. Quando esta não garante resolutividade referencia os casos complexos aos dispositivos da Rede regional.

### *1.3.1.5. DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA*

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas – Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 30 de março em 2007.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede de Cuidados tem como um dos seus principais objetivos: promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências e regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais à Pessoa com Deficiência..

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem sua organização baseada nos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e Atenção Hospitalar e de urgência e emergência.

O município de São Bernardo nesta Rede tem a responsabilidade de assegurar à sua população atenção integral a às pessoas com deficiência. Todo processo se inicia com o trabalho das Equipes de Saúde da Família com apoio matricial da Equipe Multiprofissional (antigo NASF).

A seguir apresentamos a definição dos Pontos de Atenção na região para execução da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

#### **1. Porta de Entrada - município de São Bernardo**

- Através de suas 09 Unidades Básicas de Saúde e da Equipe Multiprofissional para avaliação e referenciamento dos usuários para os demais Pontos de Atenção da Rede;

2. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – municípios de São Bernardo e Chapadinha

- Em São Bernardo através do Laboratório contratualizado e Chapadinha referência regional para exames de imagem, tendo em vista que o município atualmente possui serviços contratualizados pelo SUS de prestadores privados;

3. Serviços Especializados - municípios de Chapadinha e São Luís

- Referências regionais com clínicas de Fisioterapia credenciadas ao SUS, e Centros Especializados em Reabilitação – CER.

No município os serviços de Atenção às Pessoas com Deficiência, são atualmente realizados em primeiro plano pelas 09 equipes Equipes de Saúde da Família existentes no município, com apoio matricial da Equipe Multiprofissional. Quando esta não garante resolutividade referencia os casos complexos aos dispositivos da Rede.

## **I.4. APOIO LOGÍSTICO E À GESTÃO**

A Secretaria Municipal da Saúde – SMS é órgão de atividade fim, integrante da Administração Pública Municipal Direta. A sua proposta de atuação se consolida como resultado das reivindicações do movimento sanitário local. A municipalização das ações e serviços é assumida como princípio para caracterização do novo modelo de assistência, fortalecida com a criação do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2006. A Secretaria Municipal da Saúde é no momento Gestora Plena da Atenção Básica.

A Gestão da saúde possui como diretriz a qualificação das ações de planejamento e programação em saúde, através de uma política de descentralização baseada nas prioridades e necessidades de sua população. São Bernardo do Maranhão vem se reorganizando para assumir com qualidade suas responsabilidades sanitárias, construindo de forma sistemática sua política de saúde a partir da realidade local e regional e conforme a nova lógica do Ministério da Saúde, que é o Decreto 7.508 de 2011.

### ***I.4.1. O PAPEL DO GESTOR E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL***

O papel do gestor municipal é planejar, organizar, dirigir, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações a cargo do município, relativas à prevenção, à preservação e a recuperação da saúde da população.

A Secretaria Municipal da Saúde - SMS funciona atualmente no prédio da Unidade Hospitalar Felipe Jorge localizada na BR MA 034 Km 03 - Bairro Abreu. Vem atualmente passando por uma reestruturação efetivada em coerência com o sistema organizacional do Sistema Único de Saúde - SUS, já apresentando resultados satisfatórios quanto à execução de suas ações e a prestação de assistência e atendimento aos usuários da Rede.

Conforme prioridades estabelecidas nos planejamentos estratégicos realizados por todos os seus setores, no Pacto e na perspectiva do desenho de uma nova região de saúde, a Secretaria está propondo para o período definido neste Plano uma nova estrutura organizacional, estabelecendo nesta, atribuições e competências a cada setor, incluindo aquelas referentes às ações e serviços de Assessoria Técnica e de Planejamento, Atenção Básica, Atenção Hospitalar, Controle e Avaliação e Vigilância em Saúde com integração das Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Controle de Doenças e outras conforme as Diretrizes do SUS, bem como a proposição de um novo Organograma.

## ORGANOGRAMA



Assessoria e Planejamento

Central de Regulação

Centro de Informação em Saúde – CIS

**Coordenação de Atenção Básica**

Estratégia de Saúde da Família  
Estratégia de Saúde Bucal  
Equipe Multiprofissional  
Ações Estratégicas (PSE, Saúde da Criança e Adolescente, Saúde da Mulher e Saúde do idoso)

**Coordenação de Atenção Especializada**

Hospital Felipe Jorge

**COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças/Imunização  
Vigilância Sanitária  
Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses

**COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

## *1.4.2. PLANEJAMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE*

O planejamento consiste em uma ação estratégica da gestão pública que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de forma a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde. (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, planejar significa definir prioridades, mobilizar recursos e esforços em prol de objetivos conjuntamente estabelecidos, dentro de uma lógica transparente e dinâmica com o objetivo de orientar os processos do Sistema de Saúde local em seus vários espaços.

Os instrumentos de Planejamento tem por finalidade: apoiar o gestor na condução do SUS no âmbito de seu território, de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema; disponibilizar os meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados; apoiar a participação e o controle social e; auxiliar o trabalho interno e externo, de controle e avaliação.

Neste contexto a Secretaria Municipal da Saúde de São Bernardo, de forma sistemática vem se utilizando do processo de planejamento como instrumento condutor e indispensável ao desenvolvimento de suas Políticas de Saúde. O eixo desta condução tem sido nossa realidade local, com o envolvimento de todos os profissionais e usuários, a missão e a direcionalidade do Sistema Municipal de Saúde coerentes com os objetivos da Política Nacional e Estadual de Saúde. Constitui responsabilidade desta gestão a alimentação contínua dos seus Bancos de Dados e a disseminação sistemática de suas informações junto às instâncias competentes para garantias de financiamento do Sistema e também como recurso de avaliação das condições de saúde e da eficiência, eficácia e efetividade das ações e dos serviços desenvolvidos pelo Município.

Como instrumentos de Planejamento utilizados por esta Secretaria, estão o próprio Plano Municipal de Saúde - PMS, a Programação Anual de Saúde - PAS, os Relatórios Detalhados Quadrimestrais Anteriores – RDQA's e o Relatório Anual de Gestão - RAG. Sendo estes trabalhados de forma interligada, construindo assim uma forma de atuação sistêmica.

O alinhamento dos instrumentos de planejamento, tem nos propiciado a adequada utilização dos recursos orçamentários, a convergência das metas, a qualificação na formulação das ações, a análise dos resultados identificando potenciais e limites das diferentes áreas, que de forma integrada e sistematizada, reduz a replicação de processos de trabalho na implantação dos instrumentos de planejamento, tanto a distorção de indicadores e os desencontros das metas. Este tem sido o grande propulsor da necessidade de alinhamento dessas pactuações na Secretaria da Saúde deste município.

A avaliação contínua dos Indicadores de Saúde, tem sido também um importante recurso para programação e execução de nossas ações, tendo por finalidade a alteração dos quadros que traduzem as condições de vida de nossa população, examinando criteriosamente os indicadores pactuados e os de desempenho propostos na política do Previne Brasil, bem como o sucesso das políticas delineadas no Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de gestão.

### **1.4.3. AÇÕES DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO**

A Regulação no SUS tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência, permitindo o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, através de ações dinâmicas, agindo sobre as estruturas do sistema, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

A Regulação dos serviços de saúde no âmbito municipal, vem assegurando a concretização dos princípios acima, através do processo de organização da gestão e reorganização de nossa Rede Assistencial da Saúde. O processo regulatório em execução tem respondido de forma qualificada e integrada às demandas de saúde de nossa população, organizando a oferta de ações e serviços de saúde e fluxo dos usuários às nossas referências, através da utilização dos recursos disponíveis de maneira racional.

A regulação hoje aplicada em nossa Rede de Atenção à Saúde, tem de forma exponencial implementado a produção de nossas ações diretas e finais de atenção à saúde, já que tem nos permitido acompanhar e monitorar os serviços prestados por nossos colaboradores e demais prestadores de serviços de saúde, públicos filantrópicos e privados nos municípios de nossa referência.

As ações da regulação da atenção à saúde compreendem:

**1. Regulação do acesso à assistência:** através de um conjunto de relações, tecnologias e ações que viabilizam o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a adequar, à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos e existentes, para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz, intermediando a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

**2. Avaliação da atenção à saúde:** através de um conjunto de operações que nos permitem emitir um juízo de valor sobre as ações finais da atenção à saúde realizadas por nossos serviços, e medir os graus de qualidade, humanização, resolubilidade e satisfação destas.

**3. Controle assistencial,** compreendendo:

- Cadastro de estabelecimentos, profissionais e, mais recentemente, de usuários;

- A regulação dos procedimentos ambulatoriais especializados;
- O monitoramento da execução dos procedimentos regulados em cada estabelecimento por meio das ações avaliação ambulatorial e diagnóstica;
- O processamento do que se regula quadrimestralmente.

O município de São Bernardo dispõe de uma Central de Regulação de exames e consultas especializadas, atuando em áreas assistenciais inter-relacionadas à Rede de Atenção Básica, como os procedimentos ambulatoriais pactuados com nossas referências Chapadinha e São Luís.

Com a regulação, vem se otimizando a oferta de ações e serviços, e estabelecendo-se um fluxo eficaz de referência e contra referência, de encaminhamentos de pacientes e de agendamento de consultas e exames, garantindo-se o acesso da população aos serviços da média complexidade nos municípios de referência. O município vem agendando as consultas e exames de seus usuários, facilitando o agendamento/encaminhamento, aprimorando a qualidade dos serviços prestados à população.

Regularmente nossas ações são avaliadas, tomando-se como parâmetro as prioridades e metas a serem atingidas, os indicadores de saúde pactuados e através do indicadores de desempenho do Previne Brasil, acompanhando-se o quanto foi realizado de cada meta quadrimestralmente de acordo com as ações propostas na Programação Anual de Saúde. Quando necessário há reprogramação das ações a serem desenvolvidas. Na oportunidade estamos continuamente adotando protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e protocolos de regulação de acesso conforme orientado por nossas referências, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais, com o objetivo de garantir e controlar a referência assegurada nos municípios de Chapadinha e São Luís, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da microrregião.

#### *1.4.4. OUVIDORIA DO SUS LOCAL*

A Ouvidoria em Saúde constitui-se num espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados. A Ouvidoria, como componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Secretaria da Saúde de São Bernardo, instituiu a mesma em 09 de agosto de 2019 através da assinatura de um Termo de Adesão junto à Rede Nacional de Ouvidoria do SUS. Tendo capacitado dois de seus técnicos em Concepção de Ouvidoria, Processos de Apuração e Operacionalização do Sistema Informatizado OuvidorSUS (Nível II) no período de 25 a 26 de julho de 2019, com o objetivo de desenvolverem o papel de interlocutores da rede de Ouvidoria do SUS junto a SES MA.

Além disso também esta Secretaria também implantou urnas para inserção de críticas e sugestões. E a maioria expressiva das demandas recebidas por este, caracterizam-se como denúncias e/ou reclamações e versam sobre dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja por:

- I. Baixa qualidade de acolhimento/atendimento nos Serviços Públicos de Saúde por parte de alguns atendentes sociais;
- II. Déficit de consultas e exames no hospital e de consultas, exames e cirurgias nos municípios de referência, decorrentes da grande demanda existente, do processo de regulação incipiente e da distância para acesso a estes municípios;
- III. Descumprimento de suas atividades por parte de alguns Agentes Comunitários de Saúde, por falta de monitoramento e acompanhamento dos mesmos;
- IV. Falta de médicos nas Unidades Básicas de Saúde, solucionada em parte pela adesão do município ao Programa Médicos pelo Brasil e
- V. Descumprimento de carga horária por parte de alguns profissionais das Equipes de Saúde da Família do município.

No período em estudo, foram recebidas varias demandas, sendo estas categorizadas como denúncias e reclamações. Estas demandas são discutidas e encaminhadas aos setores responsáveis para as resoluções cabíveis.

## 1.4.5. *POLÍTICA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA*

A *Assistência Farmacêutica Básica - AFB* do município de São Bernardo do Maranhão, tem caráter sistêmico, multidisciplinar e envolve o conjunto de ações voltadas à proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Este conjunto abrange todo ciclo logístico, e envolve 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 das pessoas.

Considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e que tal uso pode ser determinado para obtenção de menor ou maior resultado e impacto nos diferentes níveis de atenção a saúde, é imperativo que a Assistência Farmacêutica seja vista sob a ótica integral. Sendo necessário que as etapas que a constituem estejam bem estruturadas e articuladas.

Contudo, a estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos grandes desafios que se apresenta ao gestor e aos profissionais do SUS, quer pelos recursos financeiros envolvidos, quer pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo, em busca de novas estratégias no seu gerenciamento.

O município com a reformulação de sua Política Farmacêutica melhorou o apoio terapêutico a seus pacientes a partir de um estudo de seu Perfil Epidemiológico e da criação de Protocolos de Assistência aos agravos, racionalizando com o isso a aquisição e dispensação de medicamentos de forma a atender a real necessidade local além de contribuir para a execução de uma programação de aquisição e de controle de dispensação de medicamentos mais coerente com a realidade e disponibilidade financeira do Sistema Municipal de Saúde.

A Coordenação de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal da Saúde de São Bernardo, envolve os seguintes programas:

1. Farmácia Básica – Unidades Básicas de Saúde;
2. Controle da Diabetes;
3. Controle da Hipertensão;
4. Controle da Asma;
5. Farmácia Hospitalar e às urgências – funcionado no Hospital Municipal Felipe Jorge;
6. Controle do Tabagismo;
7. Saúde da Mulher;
8. Oxigenioterapia;
9. Hanseníase e
10. Tuberculose.

Atualmente, a Rede dispõe de 11 dispensários de medicamentos, distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde, no Hospital Municipal Felipe Jorge e na Farmácia Básica da Secretaria.

A relação de medicamentos da Farmácia Básica está composta por 67 itens, definidos a partir de Portaria nº 3.327/2007 sobre financiamento da Assistência Farmacêutica Básica e pactuação na CIB (Comissão Intergestora Bipartite). Considerando ainda os aspectos epidemiológicos, estão sendo reavaliados os novos itens de medicamentos que farão parte do elenco básico a ser distribuído na Rede.

É perspectiva do Município a organização dessa atenção, implantando uma ampla política de comunicação, esclarecendo e divulgando aos usuários e aos profissionais de saúde a respeito do funcionamento, como também os esclarecimentos indispensáveis ao acesso e ao uso racional dos medicamentos, através de sua REMUME - Relação Municipal de Medicamentos já em fase de execução.

### *1.4.6. IMPACTO DAS AÇÕES DE SAÚDE*

O processo de avaliação do impacto das ações de saúde, constitui-se em uma combinação de procedimentos, métodos e ferramentas com os quais as políticas, programas e projetos podem ser julgados pelos seus efeitos potenciais na saúde da população, assim como pela distribuição de tais efeitos dentro da população. A avaliação deste impacto também identifica as ações apropriadas para gerenciar dos mesmos e fornece subsídios para a tomada de decisão (QUIGLEY et al., 2006).

O principal objetivo da avaliação do impacto, é fornecer informações, no intuito de influenciar nas decisões sobre as ações estratégicas propostas e em execução, de modo que integrem, efetivamente, a prevenção de agravos e doenças e a proteção e promoção da saúde dos indivíduos. Outra importante função está em cooperar para o desenvolvimento de projetos e políticas públicas saudáveis, pois consiste em um método estruturado para determinar e melhorar as consequências sobre a saúde dos projetos e políticas de outros setores.

Para avaliação do impacto das ações de saúde, o município pactua anualmente com os Governos Federal e Estadual:

- I. o cumprimento da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores construídos, obedecendo à Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde e aprovou suas respectivas diretrizes operacionais e a Resolução nº 4/CIT, de 19 de julho de 2012, que dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde.
- II. o cumprimento da Pactuação dos Indicadores da Avaliação por Desempenho construídos obedecendo a Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e também
- III. o cumprimento da pactuação dos Indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA VS.

Estes procuram levar em conta a capacidade instalada de serviços e de recursos humanos, a partir de uma análise local quali-quantitativas.

### *1.4.7. COMUNICAÇÃO E MARKETING EM SAÚDE*

A Secretaria Municipal da Saúde tem buscado instiuir o setor de comunicação e marketing, que será responsável pela comunicação social, preservando e investindo na identidade visual, divulgando informações e facilitando as relações com a imprensa, ou seja, promover o marketing externo e interno em todos os níveis da Secretaria. Algumas ações tem demonstrado uma participação efetiva da população, a exemplo o das campanhas de orientação aos usuários e campanhas publicitárias como no caso do Controle e Prevenção da Covid-19 e das Arboviroese (Dengue, Zika e Chikungunya) anualmente.

## *1.4.8. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE – TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO*

A Secretaria Municipal da Saúde de São Bernardo, tem investido bastante em Tecnologia da Informação como estratégia para a agilização dos processos de tomada de decisões, planejamento, monitoramento, avaliação e demais atividades relacionadas aos serviços de saúde.

Os Sistemas de Informação em saúde têm se constituído como experiências exitosas, pois atestam a capacidade de responder a inovações e desafios do SUS. Cabe, porém, observar que muitos desses sistemas não permitem ainda de pronto, uma crítica cruzada de dados o que dificulta bastante o processo de monitoramento e avaliação da situação de saúde em tempo real.

Na Secretaria, o Bancos de Dados opera individualmente os Sistemas de informação, em máquinas instaladas no Centro de Informações em Saúde, interligadas em rede e a 100% das UBS (todas informatizadas) e aos demais serviços da Rede Assistencial do município, o que facilita sobremaneira o acesso e a geração de informações para subsidiar o processo decisório da Gestão. Cabe ao município, operar de forma sistemática todos os Sistemas de Informação, conforme normas do Ministério da Saúde, alimentando regularmente todos os Bancos de Dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local.

Dentre os principais sistemas operados e ou acompanhados pela Secretaria Municipal da Saúde estão:

*Quadro 07 – Sistemas de Informações em operação*

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	
CNES	SISCOLO
e-SUS AB PEC	SISFAD
e-SUS AB Território	e-Gestor
Sistema Gestor AIH	SISREG
SIA/SUS	PCE
BPA	SIVEP
SISAB	HIPERDIA
SINASC	SISVAN
SIM	Vitamina A
SINANWEB	Suplementação de Ferro
SISPRENATAL	FNS
API	SGP

Abaixo caracterizamos alguns de nossos Sistemas de Informações em operação:

a. Sistema de informação da Atenção Básica: e-SUS AB (PEC/SISAB) e e-SUS AB Território

Objetivos:

- permitir a gestão do cadastro dos indivíduos no território, organizar a agenda dos profissionais da AB, realizar acolhimento à demanda espontânea, atendimento individual e registro de atividades coletivas;
- consolidar, avaliar e monitorar os dados gerados das Estratégias de Agente Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal no município, visando melhorar a qualidade na assistência.

Alimentação: através do transmissor Municipal / Ministério da Saúde.

Qualidade de informação: a nova forma de alimentação do sistema (transmissor), ainda em fase de adaptação, não atende as expectativas.

b. Sistema de informação de Agravos de Notificação (SINANWEB)

Objetivos: coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica do município, por intermédio de uma rede informatizada para apoiar o processo de investigação e dar subsídio a análise das informações de Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória.  
Modo de Transmissão: via internet

Fluxo Municipal: semanal para a Diretoria Regional de Saúde (1ª DRS).

c. Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)

Objetivo: reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos.

O documento básico de entrada de dados é a Declaração de Nascidos Vivos - DN. Por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança no município, como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido.

Pontos fracos do sistema: A rotatividade dos profissionais no serviço e a capacitação insuficiente daqueles que preenchem a DN.

d. Sistema de Informação de Prevenção do Câncer do Colo de Útero (SISCOLO)

Objetivo: reunir informações epidemiológicas referentes ao controle do câncer do colo de útero.

Verifica a base de dados municipal, para um agrupamento mensal, consolidando-a na base Estadual e enviando-a todo dia 05 do mês subsequente à competência, para o Ministério da Saúde.

e. Sistema de Informação sobre o Pré-Natal (SISPRENATAL)

Objetivo: agrupar e consolidar a base municipal do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), realizando verificação nos dados das gestantes cadastradas no programa.

f. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN WEB)

Preconiza o cadastramento de todos os indivíduos do município realizando o processo de análise antropométrica (pesagem e mensuração) durante o mês com acompanhamento contínuo.

Programa Bolsa Família: o município tem a função de durante duas vigências realizar o acompanhamento das famílias.

Vitamina A e Sulfato Ferroso

A Distribuição dos medicamentos voltados para deficiências de micronutrientes, da Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutricional (CGPAN) é lançada concomitantemente no sistema.

g. Sistemas de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SISPNI)

SIAPI: Apuração do programa de imunizações.

Finalidade: monitorar as coberturas vacinais, a distribuição e utilização de Imunobiológicos e insumos, subsidia a programação do setor de Imunização no município.

Alimentação: informações geradas nas salas de vacina e rede de frio municipal.

Qualidade das informações: como são informações geradas no município a qualidade das informações está relacionada com o nível de organização da estrutura municipal.

h. Sistema de Informação Ambulatorial – Produção Ambulatorial (SIA)

É uma ferramenta de gerenciamento de atendimentos ambulatoriais, utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde, para realizar a captação, controle e pagamento do atendimento ambulatorial prestado ao cidadão pelas Unidades Ambulatoriais credenciadas.

Instrumentos utilizados:

FPO: Ficha de Programação Físico-Orçamentária.

BPA: Boletim de Produção Ambulatorial.

i. Sistema de Cadastro Nacional Estabelecimento Saúde (CNES)

O gestor municipal tem como responsabilidade atualizar o Banco de Dados permanentemente. Nosso Banco de Dados em relação a este Sistema se encontra sob gestão Estadual MAC e a Atenção Básica direto no DATASUS/MS.

Qualidade: Baseada diretamente na atualização do SCNES.

j. Sistema de Vigilância em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (SISHIPERDIA)

Finalidade: tem como propósito reduzir a morbimortalidade em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, através do cadastro e acompanhamento sistemático dos portadores desses agravos.

Alimentação: o sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar os

portadores de Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus captados no Sistema Nacional de Reorganização da Atenção e Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em todas as Unidades Ambulatoriais do SUS gerando informações para os Gerentes locais e o Gestor Municipal.

Qualidade: Instrumento importante para avaliação das ações desenvolvidas, entretanto, depende da estrutura organizacional do município.

k. Sistema de Informações de Febre Amarela e Dengue (SISFAD)

Objetivo: vigiar e monitorar sistematicamente o Índice de Infestação Predial de uma área delimitada, isto é, o percentual de imóveis com a presença do mosquito transmissor de Febre Amarela e Dengue baseado no total de imóveis visitados, a fim de facilitar o pronto diagnóstico, isto é, saber da presença do mosquito e da magnitude desta presença.

O município opera ainda com os seguintes Sistemas: Cadastro do Cartão Nacional de Saúde – CADSUS, Condicionais do Setor Saúde no Programa Bolsa Família, Sistema de Informação de Doenças Diarréicas Agudas – SIMDDA e com o Sistema de informação das localidades - SISLOC.

As avaliações do programa no monitoramento das ações no âmbito da Vigilância Epidemiológica são realizadas de forma semanal, mensal, ciclos bimestrais e por zona das áreas de atuação do Agente, proporcionando estratificar a área de maior necessidade de implementação do trabalho na perspectiva de tentar diminuir a infestação e se atingir as metas pactuadas que é diminuir a infestação a menos de 1%.

O Centro de Informação de Saúde (CIS) de nosso município têm como objetivo subsidiar a avaliação e planejamento das ações de Saúde, a formulação das Políticas Públicas e a definição de estratégias para a reorganização do Sistema de Saúde Municipal a partir das informações geradas pelo Banco de Dados. Além disso, vem apoiando o desenvolvimento de Recursos Humanos, bem como o desenvolvimento científico e tecnológico no setor saúde. Tem ainda como objetivo, fornecer elementos que permitam acesso à informação à população ou ao Conselho de Saúde. Portanto, as informações por ele geradas são utilizadas para planejar, gerenciar e avaliar todas as atividades requeridas para promover a saúde, prevenir e controlar as doenças

## 1.5. SITUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

A Constituição Federal de 1988, como a Lei Orgânica da Saúde, que reúne as Leis Federais nº 8.080 e 8.142, de 1990, determinam que as três esferas de governo de forma tripartite – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor – sobretudo a falta de recursos nos municípios – e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

A questão do financiamento, tem sido ao longo destes 31 anos de implantação do SUS, um dos temas mais candentes na agenda de construção deste Sistema. Durante a década de noventa, a crise do financiamento se expressou através de montantes insuficientes, irregularidade dos fluxos financeiros, necessidade de superar formas e critérios de repasse que não contemplavam a equidade como princípio orientador. A exemplo deste quadro, para a média e alta complexidade ainda são utilizados parâmetros de 2001 com recursos nos valores de 2004.

A contradição entre o modelo econômico brasileiro e a proposta de construção do SUS refletiu-se, nesses trinta e um anos, na dificuldade de obter formas estáveis e montantes suficientes para o financiamento do sistema público de saúde, em constante atrito com a expansão de um sistema privado dirigido pela lógica excludente de mercado, coerente com o modelo de desenvolvimento hegemônico no Brasil.

Com a implantação do SUS em 1990, o financiamento passou a ser a questão central da política de saúde. Até então, a escassez de recursos embora relevante, não tinha a magnitude que passou a ter nos vinte anos. Vários fatores têm contribuído para dar à questão do financiamento a importância política que tem atualmente tais como: o envelhecimento da população e a incorporação de novas tecnologias médicas, fatores universalmente reconhecidos como responsáveis pelo incremento do gasto com saúde, avançavam de forma muito mais lenta no passado do que hoje.

A Judicialização da saúde tende a se tornar um quinto fator de pressão sobre as despesas setoriais, atualmente representa para o município 0,04% dos recursos próprios gastos com saúde.

O ônus das decisões judiciais embora atinja também o setor privado, em particular a medicina suplementar, recai com mais frequência sobre os gestores públicos subnacionais. A razão está no instituto do Mandado de Segurança com a concessão de Liminar, uma formidável ferramenta jurídica de defesa dos direitos do cidadão. No âmbito do SUS ela visa, via de regra, garantir algum tratamento negado pelo gestor. Entre os casos mais frequentes estão à fila de espera para alguma cirurgia importante ou o recebimento de algum medicamento, geralmente de alto custo, crítico para a sobrevivência do paciente.

A questão fica polêmica quando a decisão judicial alcança terapias experimentais ainda sem eficácia comprovada ou não reconhecida no país. Ou, então, quando eficazes e acessíveis a quem pode pagá-las, não integram o conjunto de procedimentos do SUS.

O SUS não é gratuito, ele é custeado por todos nós através dos impostos recolhidos pelo governo. Segundo os artigos 196 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS, é responsabilidade comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Lei nº 8.080/90 determina que os recursos financeiros do SUS, sejam depositados em contas especiais (Fundos de Saúde) em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos Conselhos de Saúde e transferidos automaticamente a partir da receita efetivamente arrecadada e distribuídos para os fundos.

Considerando a necessidade de qualificar o processo de descentralização, organização e gestão das ações e serviços do SUS, assim como de fortalecer seus compromissos e responsabilidades sanitárias, com base no processo de pactuação Intergestores, foram editadas pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 e a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

No tocante ao financiamento do SUS foi editada a Portaria GM/MS nº 2.094, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Já em 2012 foi editada a Lei Complementar nº 141, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo e revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993.

Em 2019 o governo federal, considerando a necessidade de revisar equitativamente a forma de financiamento federal de custeio referente à Atenção Primária à Saúde no país, instituiu através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 o Programa Previne Brasil, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Os recursos destinados à área da saúde, no município, são administrados pela Secretaria Municipal da Saúde, que recebe recursos próprios do governo municipal e os repassados pela União e Estado, sendo de sua competência a utilização destes recursos, e a sua aplicação fiscalizada pelo Conselho Municipal de Saúde.

Considerando o custeio das ações do Sistema Municipal de Saúde, a origem dos recursos pode ser: federal (transferências regulares e automáticas entre o Fundo Nacional e o Fundo Municipal de Saúde sob a forma de incentivos ou remuneração de serviços produzidos e recursos de Convênios), estadual (transferências para cumprimento da Política de Assistência Farmacêutica Básica, dentre outras previstas em atos normativos do MS e Convênios) e recursos próprios, advindos do Tesouro Municipal. A Emenda

Constitucional n.º 029/2010 preconiza a aplicação mínima de 15% de recursos oriundos de receita tributária municipal na área da Saúde, situação esta, acompanhada pelo monitoramento contínuo (caráter semestral/anual) do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.

O município de São Bernardo do Maranhão disponibilizou no período de 2012 a 2021, uma média anual de 18,89% (Dados do Exercício 2021), com vistas a atender a programação orçamentário-financeira anual definida nas Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA, calcadas nos compromissos decorrentes do preceito constitucional e da Missão Institucional. Observa-se na tabela LVI que desde 2012 que o município aplica percentuais superiores ao recomendado pela Emenda 29.

*Tabela LVI – Evolução do Percentual Mínimo de Recursos Próprios com saúde/receita líquida de impostos do município de acordo com a Emenda Constitucional nº29\2000  
Período: 2012-2021*

Municípios	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
TOTAL	17,40	18,79	17,12	21,19	18,62	15,53	16,76	18,98	27,98	16,69	18,89
211060 São Bernardo	17,40	18,79	17,12	21,19	18,62	15,53	16,76	18,98	27,98	16,69	18,89

FONTE: SIOPS São Bernardo

## 15.1. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Fundo Municipal de Saúde – FMS de São Bernardo, atualmente sob gestão da Secretaria Municipal da Saúde, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde foi instituído pela *Lei Municipal Nº 309 de 15 de agosto de 1994*. Possui CNPJ próprio com inscrição federal de nº 13.956.338/0001-37. Tem por objetivo a promoção de melhores condições gerenciais dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal da Saúde. Segundo a Portaria nº. 0059/GM de 16 de janeiro de 1998, que define os mecanismos para o repasse dos recursos Fundo a Fundo, o município apresenta contas correntes específicas para transferências destes recursos pelos três entes federados.

Fundo Municipal de Saúde – FMS de São Bernardo conta com contabilidade própria tendo como responsabilidade à elaboração do Orçamento da Secretaria de forma participativa, prestando contas regularmente, através da publicação de Relatórios Quadrimestrais de Gestão (RQG's) físico-financeira, dos recursos que são repassados como contrapartida do município (Emenda Constitucional 29, Lei 141/2017) e pelos governos Estadual e Federal na modalidade Fundo a Fundo, ao Tribunal de Contas, ao Conselho Municipal de Saúde, à Câmara Municipal e a população conforme recomenda a Lei nº 141/12.

### *1.5.1.1. POSIÇÃO DO ORÇAMENTO GASTO COM SAÚDE*

Considerando o *inciso XI do Artigo 7º do Capítulo II da Lei nº. 8.080 de 19 de Setembro de 1990* que estabelece como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à Saúde da população”.

Considerando o Artigo 36 da Lei nº. 8.080 de 19 de Setembro de 1990 que estabelece que o “processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde – SUS será ascendente, do nível local até o Federal, ouvido seus órgãos deliberativos compatibilizando-se as necessidades da política de Saúde com a disponibilidade de recursos em planos de Saúde dos Municípios, dos Estados do Distrito Federal e da União”.

Considerando a edição da Emenda Constitucional nº. 29 de 14 Setembro de 2010, que estabelece a vinculação de receita líquida dos três níveis de governo no financiamento do Setor Saúde: e

Considerando o disposto na Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS-NOAS-SUS 01/2002 aprovada pela Portaria GM/MS Nº. 373 de 27 de Fevereiro de 2002 em especial seu Capítulo II – Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS. Item II. 1- Do Processo de Programação da Assistência o município apresenta a seguinte síntese de relatório financeiro.

*Tabela LVII - Evolução do Indicadores Financeiros - Período: 2012-2021*

INDICADOR		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1.1	PARTICIPAÇÃO DA RECEITA DE IMPOSTOS NA RECEITA TOTAL DO MUNICÍPIO	1,31 %	1,79 %	2,05 %	1,61 %	1,58 %	2,50 %	1,18 %	1,00 %	1,11 %	1,68 %
1.2	PARTICIPAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS NA RECEITA TOTAL DO MUNICÍPIO	83,61 %	93,34 %	91,03 %	94,44 %	94,49 %	96,94 %	98,06 %	98,38 %	98,78 %	98,22 %
1.3	PARTICIPAÇÃO % DAS TRANSFERÊNCIAS PARA A SAÚDE (SUS) NO TOTAL DE RECURSOS TRANSFERIDOS PARA O MUNICÍPIO	11,81 %	12,71 %	12,74 %	12,41 %	10,90 %	11,73 %	11,98 %	11,21 %	17,10 %	19,88 %
1.4	PARTICIPAÇÃO % DAS TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO PARA A SAÚDE NO TOTAL DE RECURSOS TRANSFERIDOS PARA A SAÚDE NO MUNICÍPIO	98,80 %	98,90 %	95,19 %	99,31 %	99,19 %	99,93 %	100,00 %	95,66 %	99,43 %	99,50 %
1.5	PARTICIPAÇÃO % DAS TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO PARA A SAÚDE (SUS) NO TOTAL DE TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO PARA O MUNICÍPIO	21,89 %	25,31 %	25,90 %	26,53 %	21,51 %	22,01 %	21,40 %	26,58 %	34,49 %	27,08 %
1.6	PARTICIPAÇÃO % DA RECEITA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS NA RECEITA TOTAL DO MUNICÍPIO	36,75 %	41,43 %	40,50 %	38,53 %	37,36 %	42,85 %	24,40 %	26,98 %	26,61 %	29,47 %
2.1	DESPESA TOTAL COM SAÚDE, EM R\$/HAB, SOB A RESPONSABILIDADE DO MUNICÍPIO, POR HABITANTE	R\$ 272,36	R\$ 289,15	R\$ 301,15	R\$ 315,57	R\$ 333,86	R\$ 315,18	R\$ 485,45	R\$ 475,23	R\$ 587,80	R\$ 686,59
2.2	PARTICIPAÇÃO DA DESPESA COM PESSOAL NA DESPESA TOTAL COM SAÚDE	36,41 %	39,90 %	37,85 %	38,59 %	37,67 %	65,98 %	46,32 %	43,91 %	53,18 %	46,04 %
2.3	PARTICIPAÇÃO DA DESPESA COM MEDICAMENTOS NA DESPESA TOTAL COM SAÚDE	16,24 %	0,08 %	4,25 %	0,00 %	2,23 %	6,87 %	5,26 %	10,35 %	4,02 %	5,56 %
2.4	PARTICIPAÇÃO DA DESP. COM SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA NA DESPESA TOTAL COM SAÚDE	3,43 %	7,26 %	4,63 %	6,82 %	5,27 %	2,72 %	15,85 %	16,06 %	19,05 %	12,81 %
2.5	PARTICIPAÇÃO DA DESPESA COM INVESTIMENTOS NA DESPESA TOTAL COM SAÚDE	3,53 %	2,85 %	5,30 %	0,65 %	7,16 %	0,74 %	2,04 %	8,70 %	1,04 %	4,92 %
2.6	DESPESAS COM INSTITUIÇÕES PRIVADAS SEM FINS LUCRATIVOS	-	-	-	-	-	-	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
3.1	PARTICIPAÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS PARA A SAÚDE EM RELAÇÃO À DESPESA TOTAL DO MUNICÍPIO COM SAÚDE	61,37 %	58,89 %	59,48 %	62,16 %	60,41 %	63,20 %	73,19 %	69,92 %	81,80 %	101,94 %
3.2	PARTICIPAÇÃO DA RECEITA PRÓPRIA APLICADA EM SAÚDE CONFORME A LC141/2012	17,40 %	18,79 %	17,12 %	21,19 %	18,61 %	15,53 %	16,75 %	18,98 %	27,97 %	16,69 %

Fonte: SIOPS São Bernardo 2021

No período em estudo, o município aplicou uma média anual de 18,89% de seus Recursos Próprios em Ações e Serviços de Saúde, representando um valor 3,89% acima do mínimo exigido pela Emenda Constitucional 29 A. Destes a média anual de despesa total com saúde, em R\$/habitante/ano, sob a responsabilidade do município, foi de R\$ 406,23. O que nos chama atenção de forma positiva neste estudo, é o baixo valor médio anual de participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde de 44,59%, abaixo do permitido pela Lei de responsabilidade Fiscal, segundo a série histórica do relatório de informações emitido pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS.

*Tabela LVIII – Despesa Total em Saúde por Subfunção e Categoria Econômica  
São Bernardo do Maranhão 2021*

SUBFUNÇÕES		RECURSOS ORDINÁRIOS - FONTE LIVRE	RECEITAS DE IMPOSTOS E DE TRANSFERÊNCIA DE IMPOSTOS - SAÚDE	TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO DE RECURSOS DO SUS PROVENIENTES DO GOVERNO FEDERAL	TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO DE RECURSOS DO SUS PROVENIENTES DO GOVERNO ESTADUAL	TRANSFERÊNCIAS DE CONVÊNIOS DESTINADAS À SAÚDE	OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE	TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO - INCISO I DO ART. 5º DA LEI COMPLEMENTAR 173/2020	ROYALTIES DO PETRÓLEO DESTINADOS À SAÚDE	OUTROS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE	TOTAL
301 - ATENÇÃO BÁSICA	CORRENTE	0,00	4.366.982,15	11.946.807,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	172.701,42	16.486.490,69
	CAPITAL	0,00	0,00	963.952,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	963.952,84
302 - ASSISTENCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	CORRENTE	0,00	450.607,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	450.607,90
	CAPITAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
303 - SUPORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO	CORRENTE	0,00	0,00	117.199,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	117.199,43
	CAPITAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
304 - VIGILÂNCIA SANITÁRIA	CORRENTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	CAPITAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
305 - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	CORRENTE	0,00	0,00	218.850,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	218.850,43
	CAPITAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
306 - ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	CORRENTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	CAPITAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS SUBFUNÇÕES	CORRENTE	1.128.247,02	207.392,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.335.639,77
	CAPITAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>		<b>1.128.247,02</b>	<b>5.024.982,80</b>	<b>13.246.809,82</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>172.701,42</b>	<b>19.572.741,06</b>

(\*) ASPs: Ações e Serviços Públicos em Saúde  
Fonte: SIOPS 2021 – São Bernardo

*Tabela LIX – Relatório Resumido da Execução Orçamentária  
Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde  
Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social - Exercício de 2020*

DESPESAS TOTAIS COM SAÚDE EXECUTADAS COM RECURSOS PRÓPRIOS E COM RECURSOS TRANSFERIDOS DE OUTROS ENTES	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c)	DESPESAS EMPENHADAS		DESPESAS LIQUIDADAS		DESPESAS PAGAS		Inscritas em Restos a Pagar não Processados (g)
			Até o bstre (d)	% (d/c) x 100	Até o bimestre (e)	% (e/c) x 100	Até o bimestre (f)	% (f/c) x 100	
ATENÇÃO BÁSICA(XLI) = (IV + XXXIII)	27.328.470,50	37.230.722,66	36.087.070,54	96,93	35.756.289,72	96,04	34.399.732,69	92,40	330.780,82
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL (XLII) = (V + XXXIV)	58.231.129,00	77.218.907,64	75.235.296,50	97,43	68.883.935,48	89,21	60.686.107,97	78,59	6.351.361,02
SUORTE PROFILÁTICO E TERAPÊUTICO (XLIII) = (VI + XXXV)	1.160.400,00	1.622.543,39	1.384.634,59	85,34	1.283.320,81	79,09	973.064,64	59,97	101.313,78
VIGILÂNCIA SANITÁRIA (XLIV) = (VII + XXXVI)	2.249.600,00	1.856.777,68	1.585.531,15	85,39	1.560.974,78	84,07	1.514.513,42	81,57	24.556,37
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (XLV) = (VIII + XXXVII)	2.723.523,50	3.933.010,97	3.719.105,47	94,56	3.651.226,98	92,84	3.454.891,67	87,84	67.878,49
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (XLVI) = (IX + XXXVIII)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS SUBFUNÇÕES (XLVII) = (X + XXXIX)	17.777.850,00	16.783.567,88	15.848.596,49	94,43	15.562.921,07	92,73	15.144.386,92	90,23	285.675,42
TOTAL DAS DESPESAS COM SAÚDE (XLVIII) = (XI + XL)	109.470.973,00	138.645.530,22	133.860.234,74	96,55	126.698.668,84	91,38	116.172.697,31	83,79	7.161.565,90
(-) DESPESAS DA FONTE: TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO - INCISO I DO ART. 5º DA LEI COMPLEMENTAR 173/2020	74.639.600,00	93.820.487,01	91.013.518,95	97,01	85.720.730,49	91,37	76.868.868,12	81,93	5.292.788,46
TOTAL DAS DESPESAS EXECUTADAS COM RECURSOS PRÓPRIOS (XLIX)	34.831.373,00	44.825.043,21	42.846.715,79	95,59	40.977.938,35	91,42	39.303.829,19	87,68	1.868.777,44

Fonte: SIOPS 2021 – São Bernardo

Em relação às despesas por Bloco de Financiamento, no ano de 2021 a Rede de Atenção Básica utilizou no período 78,70% (10,23% menor que em 2020), a Vigilância em Saúde foi responsável apenas por 1,10% (0,04% menor que em 2020) dos recursos aplicados no período, enquanto que a Média e Alta Complexidade absorveu 2,35% (0,96% menor que em 2020) dos recursos aplicados no ano. Implica dizer que no período identificamos uma destinados a Atenção Básica, que como coordenadora da Rede Assistencial e ordenadora do cuidado, deve sempre absorver um volume maior de recursos, o que dificulta ampliar seu grau de complexidade e resolutividade, e gera baixa economia de escala para o município.

Anualmente o município vem assegurando o volume de repasses de sua contrapartida municipal, mantendo seu grau de responsabilidade sobre os cuidados da saúde de sua população. A dificuldade encontrada no financiamento do Sistema, é anualmente as responsabilidades municipais vêm se avolumando e em contrapartida as demais esferas de governo não vêm praticando proporcionalmente o cumprimento do co- financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde local.

Apresentam-se ainda como fatores dificultadores do financiamento, a estreita vinculação de receitas para ações específicas, a limitação dos seus tetos e valores e a dissociação entre a instância decisória da atribuição dos montantes e aquela que executa a Política de Saúde. Essa situação reduz as possibilidades de incremento de ações e serviços em consonância com as aspirações e necessidades locais, caracterizando uma distinta separação entre o Planejamento e a Programação da Assistência à Saúde e a Programação Orçamentária e Financeira para efetivação das atividades, uma vez que a definição do quantum de recursos é estabelecida por organismos fora do âmbito do Setor Saúde em todas as esferas administrativas, como o Ministério do Planejamento e Orçamento e a Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Finanças.

Considere-se ainda a morosidade administrativa como fator limitante da melhor alocação de recursos, sendo passível de medidas que tenham como finalidade dotar as estruturas de gestão de mecanismos e instrumentos tecnologicamente compatíveis com complexidade das funções burocráticas estabelecidas em Lei, instrumentalizando também os trabalhadores, através de programas continuados de capacitação e consequente valorização do exercício profissional em áreas intermediárias às ações finalísticas do Sistema, tornando a tecno-burocracia mais ágil.

## **I.6. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

A Gestão do Trabalho e da Educação dos trabalhadores da saúde (GT&ES) na gestão de um município comprometido com o dever constitucional de assegurar o direito à saúde à sua população, é uma questão estratégica. Disponibilizar as condições adequadas para que os trabalhadores realizem bem o seu trabalho, deve ser um eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde. Isso significa pensar estrategicamente, uma vez que a produção de uma saúde de qualidade para a população é, em boa parte, reflexo da forma e das condições com que são tratados esses trabalhadores. Portanto, articular a entrega da saúde como bem público, e o devido cuidado àqueles que produzem esse bem, é o objetivo da gestão do trabalho e da educação em saúde municipal.

A gestão do trabalho tem como premissas CONHECER (a força de trabalho da saúde municipal), ESCUTAR (as percepções e sugestões dos trabalhadores e, de forma coletiva e corresponsável, refletir e planejar), CONSTRUIR JUNTOS (respostas adequadas às necessidades dos trabalhadores e do serviço) e ORGANIZAR (o trabalho e a entrega de bons resultados de saúde à população), nortearão nosso percurso educacional e a aplicação desse aprendizado na realidade da gestão.

### ***1.6.1 CAPACIDADE INSTALADA DE RECURSOS HUMANOS.***

Ao ser citado o tema Recursos Humanos o seu conceito é logo remetido ao “contingente de pessoas que trabalham ou prestam serviços para uma determinada organização, empresa ou instituição”. Numa visão ampliada e, considerando que a promoção da saúde necessita de uma participação ativa dos usuários, poder-se-ia dizer que a própria população está incluída nos recursos humanos do setor saúde, pois também faz parte do processo de cuidado. Desta forma, o significado de Recursos Humanos vai além das funções de cumprimento de atividades de treinamento, capacitação e educação continuada, atividades burocráticas e administrativas ou na elaboração de Planos de Cargos e Salários, variando a sua estrutura de acordo com a complexidade de sua organização. Vale salientar que 85% de nossos Recursos humanos tem vínculo protegidos

Com o objetivo de humanizar o atendimento e de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população por nossa rede assistencial esta Secretaria vem investindo na contratação e qualificação de seus Recursos Humanos para atender a demanda dos serviços e dos programas por ela implantados e/ou implementados e as necessidades da comunidade.

Além de criar um programa de capacitação continuada de seus Recursos Humanos, nossa Secretaria vem procurando estruturar adequadamente seus serviços dando condições de trabalho aos profissionais para que os mesmos possam desempenhar melhor suas atividades.

Atualmente, a Secretaria Municipal da Saúde conta com a seguinte força de trabalho:

*Tabela LX – Quantidade por Atende no SUS segundo Ocupações em geral – Dez/2021*

Ocupações em geral	Sim	Total
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>285</b>
<b>PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL SUPERIOR</b>	<b>50</b>	<b>50</b>
<b>ASSISTENTE SOCIAL</b>	<b>02</b>	<b>02</b>
Assistente Social	02	02
<b>BIOQUÍMICO/FARMACÊUTICO</b>	<b>01</b>	<b>01</b>
Farmacêutico	01	01
<b>CLÍNICO GERAL</b>	<b>05</b>	<b>05</b>
Médico Clínico	05	05
<b>ENFERMEIRO</b>	<b>16</b>	<b>16</b>
Enfermeiro	08	08
Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	08	08
<b>FISIOTERAPEUTA</b>	<b>04</b>	<b>04</b>
Fisioterapeuta geral	04	04
<b>FONOAUDIÓLOGO</b>	<b>01</b>	<b>01</b>
Fonoaudiólogo	01	01
<b>MÉDICO DE FAMÍLIA</b>	<b>05</b>	<b>05</b>

Ocupações em geral	Sim	Total
Médico da Estratégia de Saúde da Família	05	05
NUTRICIONISTA	03	03
Nutricionista	03	03
ODONTÓLOGO	07	07
Cirurgião Dentista - clínico geral	01	01
Cirurgião Dentista – protesista	01	01
Cirurgião-Dentista da Estratégia de Saúde da Família	05	05
PEDIATRA	01	01
Médico Pediatra	01	01
PSICÓLOGO	03	03
Psicólogo Clínico	03	03
OUTRAS OCUPAÇÕES DE NÍVEL SUPERIOR RELAC À SAÚDE	02	02
Biólogo	01	01
Psicopedagogo	01	01
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL TÉCNICO TÉCNICO/AUXILIAR	54	54
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	20	20
Auxiliar de Enfermagem	19	19
Auxiliar de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família	01	01
FISCAL SANITÁRIO	02	02
Visitador Sanitário	02	02
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	30	30
Técnico de Enfermagem	20	20
Técnico de Enfermagem de Saúde da Família	10	10
TÉCNICO E AUXILIAR EM SAÚDE ORAL	01	01
Protético Dentário	01	01
TÉCNICO E AUXILIAR EM RADIOLOGIA	01	01

Ocupações em geral	Sim	Total
MÉDICA		
Técnico em Radiologia e Imagenologia	01	01
PESSOAL DE SAÚDE - QUALIFICAÇÃO ELEMENTAR	181	181
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	76	76
Agente Comunitário de Saúde	76	76
AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA	02	02
Agente de Saúde Pública Agente de Saneamento	02	02
ATENDENTE DE ENFERMAGEM/AUX OPER SERV DIV E ASSEM	24	24
Atendente de enfermagem atende berçário	24	24
OUTRAS OCUPAÇÕES NÍVEL ELEMENTAR EM SAÚDE	79	79
PESSOAL ADMINISTRATIVO	79	79
ADMINISTRAÇÃO	16	16
Administrador	03	03
Assistente técnico administrativo	02	02
Atendente de ambulatório ou clínica	01	01
Digitador	06	06
Diretor administrativo	01	01
Diretor de Serviços de Saúde Diretor Clínico	02	02
Técnico em Manutenção de Equipamentos de Informática	01	01
SEGURANÇA	11	11
Vigia	11	11
OUTRAS OCUPAÇÕES ADMINISTRATIVAS	52	52
Copeiro de hospital	07	07
Cozinheiro de hospital	05	05
Motorista de carro de passeio	03	03
Trabalhador de serviços de manutenção	37	37

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

Atualmente a Secretaria Municipal da Saúde vem buscando a promoção e o desenvolvimento de políticas de gestão do trabalho, pautadas nos princípios da humanização, participação e democratização das relações de trabalho, através da criação de espaços de escuta e negociação permanentes entre trabalhadores e gestão, considerando como perspectiva a viabilidade de implantação do PCCR.

Estamos realizando um estudo no sentido de conhecer a força de trabalho da saúde, para avaliar se a mesma é suficiente para atender as necessidades da saúde local. Estamos trabalhando no sentido de favorecer a escuta dos trabalhadores, criando espaços e momentos onde eles possam apresentar suas demandas, compartilhar experiências e buscar soluções próprias para resolver as demandas locais.

Junto à nossa força de trabalho construímos o planejamento da saúde local, entendo que dessa forma conhecemos e organizamos melhor os processos de trabalho na gestão municipal. Outro ponto que temos considerado como essencial é a Avaliação do Desempenho dos trabalhadores da saúde, para que esta organização dos processos de trabalho seja efetiva, e também uma ferramenta importante no direcionamento das ações de educação permanente.

Estamos construindo também um sistema de informação da força de trabalho e de uma rede informatizada com vistas à conectividade e à incorporação de tecnologias e equipamentos que facilitem o trabalho coletivo e a implantação de um programa de Educação Permanente para todos os níveis de gestão e atenção, além da desprecarização das relações de trabalho.

Outras providências têm sido tomadas para regularizar a composição do quadro funcional que conta ainda com vínculos precários que é a perspectiva de realização de novos concursos públicos para a lotação das vagas para os cargos a serviços que estão e/ou serão implementados e implantados. O enfrentamento dos desafios situados no campo da gestão de pessoas nos serviços de saúde requer ousadia de ação, não ficando restrito à abordagem analítica do tema ou à simples advertência de que é preciso buscar novos caminhos.

## 1.6.2 *EDUCAÇÃO PERMANENTE*

O tema educação em saúde e formação de profissionais de saúde é vasto e complexo, e a gestão da educação na saúde trata das políticas inerentes a esse campo, propondo a rediscussão da formação no ensino técnico, na graduação e pós-graduação. Notadamente, a partir de 2003, especialmente no âmbito da gestão federal do SUS, foi feito um movimento forte no sentido de fazer cumprir o papel constitucional do SUS de ordenamento de recursos humanos. Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES – no Ministério da Saúde, o objetivo de desenvolvimento de políticas e estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados com a educação e o trabalho na saúde, tornou-se o foco da gestão tripartite do SUS.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi lançada em 2004, com a finalidade de produzir mudanças na gestão, atenção, formação e participação social em saúde, modificando os processos de trabalho no SUS. Foi regulamentada por duas portarias, a PT/GM 198/2004 e a PT/GM 1996/2007. Coloca como prioridade a articulação entre ensino e serviço, define a regionalização como base para o desenvolvimento das ações, e propõe o encontro do mundo do trabalho e do mundo da formação, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

Educação Permanente em Saúde se baseia na aprendizagem significativa, que consiste na possibilidade real de transformar as práticas profissionais, a partir da reflexão dos trabalhadores sobre o trabalho que realizam. A palavra “significativa” busca traduzir o aprender como algo que faça sentido, que tenha significado, que motive reflexões do trabalhador sobre sua prática a fim de qualificá-la. A Educação Permanente em Saúde pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir da ação de colocar em análise o trabalho realizado. Também pode ser entendida como um dispositivo da integralidade do cuidado, que se concretiza a partir da ação refletida no enfrentamento de problemas reais, a partir dos conhecimentos e práticas adquiridos nas experiências e vivências de cada pessoa, e em interação umas com as outras. Analisar e buscar respostas para questões sobre o processo de trabalho da equipe é uma forma de mapear problemas e identificar as relações que se estabelecem entre os colegas. Fazer essa reflexão é o exercício de agir na Educação Permanente em Saúde. Nestas perspectivas estamos em fase de conclusão, a elaboração da política municipal de Educação Permanente, na perspectiva de congregarmos a Educação em Saúde como instrumento de gestão.

Destacamos ainda neste processo o fomento à integração ensino-serviço, provida pelo desenvolvimento sistemático de uma política de estágio curricular supervisionado mediante convênios com as instituições formadoras de profissionais em áreas de interesse da saúde. Uma das estratégias para a qualificação do trabalho é o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino local e regional e a Secretaria Municipal da Saúde, através de seus serviços vem estabelecendo parcerias para promover a integração ensino e serviço de saúde, propiciando uma formação dos futuros profissionais da saúde voltada para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

## **I.7. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

A Constituição Federal de 1988 definiu como um dos três pilares do Sistema Único de Saúde, SUS, a “participação da comunidade”, no art. 198, inciso III, compreendendo o *Controle Social* como elemento preponderante para efetivação do SUS. Em dezembro de 1990 foi sancionada a Lei nº 8.142 que trata da participação da comunidade na gestão do SUS. Essa lei define as diretrizes para a criação dos Conselhos e a realização das Conferências de Saúde como instâncias colegiadas, nos três níveis de governo, compostas de representantes de governo, de prestadores de serviços, de trabalhadores de saúde e de usuários. O Conselho de Saúde com participação paritária entre profissionais, prestadores e segmentos representantes dos usuários dos serviços, tem o caráter permanente, deliberativo e propositivo, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e a Conferência serve para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde e a elaboração dos Planos Municipais de Saúde.

A Participação Social, legalmente instituída no município de São Bernardo, é exercida pelo Conselho Municipal de Saúde, criado, através da Lei de nº 485/2006 de 02 de janeiro de 2006. Atualmente totalmente estruturado funcionando na mesma estrutura da Secretaria Municipal da Saúde, localizada na BR 034 - KM 13, nº 10 - B. Abreu.

O Conselho Municipal de Saúde de São Bernardo se apresenta efetivo e paritário, é composto por 16 (dezesesseis) conselheiros, sendo: 08 (oito) Conselheiros Titulares e por 08 (oito) Conselheiros Suplentes conforme discriminado nos anexos. Possui um Regimento Interno formalizado e se reúne ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente quando solicitado. A presidência é exercida pelo próprio secretário da saúde.. A presidência é exercida pela representação da gestão do SUS.

### **COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:**

#### **I – SEGMENTO GOVERNO – GESTÃO:**

##### **1. Titulares:**

- Izaniel Cutrim Boga - Secretaria Municipal de Administração e de Finanças
- João Batista Araujo Pimentel - Secretaria Municipal de Assistência Social
- Gislaynne Cristina Ferreira Brito - Secretaria Municipal de Educação
- Alessandra de Freitas Ferreira - Secretaria Municipal de Saúde

2. Suplentes:

- Maria Eliane da Costa Dias – Secretaria da Saúde
- Antonio Gentil – Secretaria de Administração e Finanças
- Rosangela Maria Rocha Oliveira - Secretaria Municipal de Educação
- José Firmino de Oliveira Filho - Secretaria Municipal de Saúde

## II – SEGMENTO TRABALHADOR DA SAÚDE

1. Titulares:

- Fernanda Tainá Soares Araújo - Representantes dos Médicos
- Marília Gabriela Viana Costa - Representantes das Enfermeiras
- Bruno Oliveira Caldas - Representantes dos Odontólogos
- Francisco das Chagas Patricio de Lima Filho - Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

2. Suplentes:

- Paulo Aguiar de Albuquerque Junior - Representantes dos Médicos
- Lara Tereza Bezerra Veras - Representantes das Enfermeiras
- Francisco Dos Santos Junior Sousa - Representantes dos Odontólogos
- Luiz Roberto Lins - Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

## I – SEGMENTO SOCIEDADE CIVIL – USUÁRIOS

1. Titulares:

- Ana Maria Vieira Santos - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE
- Juarez Freitas Amador - Primeira Igreja Batista em São Bernardo – MA
- Isaura Santos da Silva - Sindicato dos Trabalhadores Rurais
- Jose Ribamar de Sousa - Sindicato dos Arrumadores
- Ezequiel Oliveira Silva - Igreja Pentecostal Assembleia de Deus
- Maria Eduarda Feitosa Amorim - Agricultura Familiar de São Bernardo – MA, - SINTRAF
- Carlos Ferreira Pacheco - Representantes da Igreja Católica
- Rosalba Silva Araujo - Representantes da Pastoral da Criança

2. Suplentes:

- Francisco das Chagas de Sousa Santos - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE
- José de Ribamar Pereira da Silva - Primeira Igreja Batista em São Bernardo – MA
- Gessiane Cristina Sousa Gomes - Sindicato dos Trabalhadores Rurais
- João Alípio da Silva - Sindicato dos Arrumadores
- Misael Inácio da Silva - Igreja Pentecostal Assembleia de Deus
- Kely Alves Monteiro - Agricultura Familiar de São Bernardo - MA, - SINTRAF
- Raimunda Nonata Rodrigues de Barros Sousa - Representantes da Igreja Católica
- Manoel De Sousa Reis - Representantes da Pastoral da Criança

Uma ação importante desenvolvida pelo Conselho tem sido a atuação das comissões que tratam dos assuntos específicos e assessoram o plenário do conselho em matérias cuja especificidade, importância ou urgência assim o justifiquem, ou atendem a determinações legais, através dos grupos de trabalho.

Para se garantir a avaliação imparcial das necessidades de problemas de saúde, tem sido imperiosa a qualificação dos conselheiros o que tem favorecido uma participação mais ativa no processo decisório. Embora, observe-se ainda uma contribuição bastante tímida por parte de alguns conselheiros, que além do absentismo às reuniões ordinárias, não têm aproveitado as oportunidades de atualização e capacitação, vindo a prejudicar profundamente o exercício de suas competências e conseqüentemente, a representatividade da participação social.

O controle social, produto de conquistas democráticas, é um importante instrumento para o exercício da cidadania, uma vez que confere à população o papel de sujeito do direito à saúde e da exigência do cumprimento do dever por parte do Estado. Confere também o papel de controlador do funcionamento dos serviços e aos profissionais de saúde, espaço livre para manifestação de idéias e tendências técnico-científicas. Esta participação social nas decisões em saúde é um dos princípios fundamentais do SUS, devendo ser fortemente favorecida para se garantir um controle construtivo e responsável.

A Secretaria Municipal da Saúde tem procurado incentivar a participação social através de suas entidades representativas, via Conselho Municipal de Saúde e Conferência Municipal. Esta parceria é necessária para assegurar que as ações em saúde, por ser um bem público, não sejam decididas unilateralmente, preservando assim os direitos e o poder da população.

## 17.1. *CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE*

A Conferência Municipal de Saúde tem a finalidade de avaliar a situação de saúde da população, a estrutura das Redes de Serviços e de Atenção à Saúde, os processos de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde e formular diretrizes para subsidiar a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

As Conferências de Saúde representam o fórum oficial de debates e decisões das entidades representativas da sociedade sobre a saúde do município e embora determinadas em lei, nem sempre têm seus prazos de realização cumpridos.

A 10ª Conferência Municipal da Saúde de 2021 de São Bernardo foi realizada no dia 21 de dezembro de 2021, com o Tema Central “*O SUS QUE TEMOS E O SUS QUE QUEREMOS*”, como parte do processo de construção da 17ª Conferência Nacional de Saúde. A mesma refletiu um processo de discussão, que iniciado nas pré-conferências (com participação de 211 participantes), culminou com a participação de 187 (*Cento e oitenta e sete*) participantes na Conferência, totalizando uma participação popular de 398 pessoas em todo o processo.

Para a Política Municipal, os participantes da 10ª Conferência Municipal da Saúde de 2021 de São Bernardo aprovaram 96 (noventa e seis) propostas nos eixos definidos pelo Conselho Municipal de Saúde e que foram incorporadas a este Plano Municipal de Saúde.

Existe no PPA 2022-2025, uma previsão orçamentária de recursos do tesouro municipal para o Conselho Municipal de Saúde, para o custeio das ações do Conselho.

## **I.8. RELAÇÕES INTERFEDERATIVAS**

Atualmente o Sistema Único de Saúde perpassa pelo processo de transformação e a institucionalização de novos arranjos administrativos de caráter federativo e intergovernamental, que vêm gradualmente restabelecendo as competências e as responsabilidades dos entes federados no que se refere ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Brasil.

Algumas dessas transformações foram desencadeadas após a publicação do Decreto nº 7.508/11, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90 (após 10 anos de sua publicação), no que diz respeito à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação inter federativa, trazendo novos desafios à gestão do SUS, particularmente ao fortalecimento dos mecanismos e instrumentos de governança, entre eles as Comissões Intergestores em cada uma das esferas político- administrativas da Federação, já citada acima. Em seguida, foi publicada a LC nº 141 de 2012, que estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com a saúde nas três esferas de governo.

Nesse contexto, cabe às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações, através das instâncias colegiadas existentes no SUS.

O município de São Bernardo, através do gestor da saúde municipal, participa assiduamente como membro de uma dessas instâncias, a Comissão Intergestores Regional - CIR de Chapadinha, que se reúne uma vez por mês, na Sede da IV DRS/SES para discussão do planejamento, das pactuações e cogestão solidária da região.

## 1.9. DESCRIÇÃO DO DESEMPENHO DOS INDICADORES DO SISPACTO NO MUNICÍPIO

Na planilha abaixo apresentamos a construção de uma série histórica contendo os resultados dos indicadores do SISPACTO dos últimos anos e as respectivas metas municipais, estabelecendo um comparativo com as metas estaduais e nacionais.

A descrição desta série revela informações sobre o estado de saúde de nossa população e sobre a atuação do Sistema de Saúde local. Os resultados alcançados no período foram a base de orientação da gestão, na definição das prioridades a serem negociadas com o Conselho Municipal de Saúde.

*Tabela LXI – Indicadores, Diretrizes e Metas – SISPACTO*

Município: São Bernardo		Ano 2017		Ano 2018		Ano 2019		Ano 2020		Ano 2021		Metn nacional	Metn Estadual	Unidade
Nº	Indicador	Meta	Resultado											
01	Mortalidade prematura: a) Para município e região com menos de 100 habitantes: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	21	11	00	27	26	24	24	13	14	17	395,8	317,36	nº absoluto
02	Proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados	90%	85,70%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	99,4%	100%	%
03	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida de residentes.	95%	92,50%	95%	95,70%	95%	95%	95%	91,20%	95%	90%	99,2%	100%	%

04	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada.	75%	0,00%	75%	25%	75%	25%	75%	25%	75%	25%	75%	50%	%
05	Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.	80%	0,00%	80%	0,00%	80%	0,00%	80%	0,00%	80%	0,00%	97%	100%	%
06	Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	88%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	92,2	100%	%
07	Nº de casos autóctones de Malária.	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	-	00	Nº absoluto
08	Nº de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade.	00	01	00	02	01	02	01	00	00	00	-	165	Nº absoluto
09	Nº de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	-	00	Nº absoluto
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	20%	0,00%	20%	0,00%	20%	0,00%	20%	0,00%	20%	0,00%	95,8	82,99	%
11	Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,5	0,4	0,4	0,38	0,4	0,43	0,43	0,59	0,59	0,5	0,5	1,76	RAZÃO
12	Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,01	0,2	0,05	0,05	0,00	0,3	1,28	RAZÃO
13	Proporção de Parto Normal.	75%	62,80%	70%	56,40%	70%	55,08%	70%	55%	70%	58%	65,4	88,89	%
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	27,56 %	24,30%	25,44 %	23,82%	25%	22,93%	23%	23,11%	20,8%	22%	24,0	42,31	%
15	Taxa de Mortalidade Infantil.	04	06	06	02	01	05	05	04	04	03	18,9/100 0 NV	18,9/100 0 NV	nº absoluto
16	Número de Óbitos Maternos em determinado período e local de residência.	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	283	00	nº Absoluto
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100	100	%
18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa	85%	93,12%	93%	93%	93%	77,25%	80%	46,38%	45%	80%	395,8	317,36	%

	Bolsa Família (PBF).													
19	Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica.	56,01 %	84,58%	85%	85,61%	85%	73,03%	73%	72,61%	74%	72,20%	99,4%	100%	%
20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	100%	0,00%	100%	0,00%	100%	0,00%	100%	0,00%	100%	0,00%	99,2%	100%	%
21	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica FONTE:Código do procedimento: 03.01.08.030-5 Matriciamento de Equipes da Atenção Básica registrado no BPAC do Sistema de Informação Ambulatorial - S.I.A-SUS	0,0%	0,00%	0,0%	0,00%	0,0%	0,00%	0,0%	0,00%	0,0%	0,00%	75%	50%	%
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	04	03	04	00	04	06	04	06	04	06	97%	100%	%
23	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	95%	100%	100%	66,70%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	92,2	100%	%

## II. PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

### II.1. LISTAGEM DOS PROBLEMAS PRIORIZADOS

PROBLEMAS PRIORIZADOS		ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL PELO ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA		
		MUNICÍPIO	ESTADO	MUNIC. E ESTADO
1	Baixa cobertura da Estratégia de Saúde Bucal	X		
2	Déficit de acesso aos serviços e procedimentos de média e alta complexidades nos municípios de referência		X	
3	Inadequado sistema de regulação para os serviços e procedimentos de média e alta complexidades nos municípios de referência		X	
4	Indicadores de Desempenho abaixo das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde	X		
5	Grande parte da Rede Assistencial com estrutura requerendo adequação	X		
6	Insatisfatória qualidade do atendimento prestado ao usuário nos Hospitais de referência		X	
7	Déficit de profissionais médicos com disponibilidade para suprir necessidades da Rede Assistencial	X		
8	Falta co-financiamento Estadual do Sistema Único de Saúde local		X	
9	30% dos Indicadores de Pactuação municipal abaixo das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde	X		
10	Demora nos processos licitatórios para aquisição dos mobiliários, equipamentos médico-hospitalares e insumos estratégicos para o desenvolvimento dos serviços assistenciais prestados pela Rede Asssitencial	X		
11	Demora nos processos licitatórios para aquisição dos medicamentos estratégicos para suprir as necessidades da Rede Asssitencial	X		
12	Déficit de transportes para suprir as demandas dos serviços existentes na Rede Asssitencial	X		
13	Baixa cobertura de Equipe Multiprofissional	X		

## III. DEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES METAS E INDICADORES E LINHA BASE

### III.1. COMPATIBILIZAÇÃO DE DIRETRIZES E OBJETIVOS

DIRETRIZES	OBJETIVOS
<p><b>DIRETRIZ 1</b> - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de Atenção Básica, de Atenção Especializada e Hospitalar organizadas em rede</p>	<p><b>OBJETIVO 1.</b> Ampliar e qualificar o acesso a Atenção Básica com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.</p>
	<p><b>OBJETIVO 2.</b> Ampliar e qualificar o acesso a Atenção Ambulatorial Especializada, Serviço de Apoio Diagnóstico com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.</p>
	<p><b>OBJETIVO 3.</b> Ampliar e qualificar o acesso aos Serviços de Urgência e Emergência Pré-hospitalar, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população</p>
	<p><b>OBJETIVO 4.</b> Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de Atenção a Saúde Mental</p>
	<p><b>OBJETIVO 5.</b> Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de Atenção Hospitalar</p>
	<p><b>OBJETIVO 6.</b> Aprimorar a Rede de Atenção à Saúde para promover o cuidado integral materno infantil</p>
	<p><b>OBJETIVO 7.</b> Aprimorar a Rede de Atenção à Saúde para promover o cuidado integral ao adulto e ao idoso</p>
	<p><b>OBJETIVO 8.</b> Potencializar o papel da regulação na coordenação do cuidado</p>
<p><b>DIRETRIZ 2</b> - Redução e prevenção de riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, prevenção, promoção e proteção à saúde.</p>	<p><b>OBJETIVO 9.</b> Organizar as ações de controle do <i>Aedes aegypti</i> para reduzir o risco de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito</p>
	<p><b>OBJETIVO 10.</b> Aprimorar e manter as ações de Vigilância em Saúde para assegurar a promoção e proteção à saúde da população.</p>
	<p><b>OBJETIVO 11.</b> Promover ações integradas entre Vigilância em Saúde, assistência, e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do novo Coronavírus (Covid-19).</p>
<p><b>DIRETRIZ 3</b> - Qualificar, valorizar os trabalhadores da Saúde</p>	<p><b>OBJETIVO 12.</b> Investir em qualificação e na educação permanente dos trabalhadores do SUS no município</p>
<p><b>DIRETRIZ 4</b> - Garantia de acesso a população a Assistência Farmacêutica</p>	<p><b>OBJETIVO 13.</b> Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS</p>
<p><b>DIRETRIZ 5</b> - Qualificação da Gestão e Financiamento adequado e Fortalecimento das instâncias de controle social</p>	<p><b>OBJETIVO 14.</b> Cumprir os dispositivos legais de aplicação dos recursos financeiros em Ações e Serviços Públicos de Saúde.</p>
	<p><b>OBJETIVO 15.</b> Fortalecer o controle social com garantia de transparência e participação cidadã.</p>

## III.2. VINCULAÇÃO DA META E INDICADOR, ÀS DIRETRIZES E OBJETIVOS

**DIRETRIZ 1.** Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de Atenção Básica, de Atenção Especializada e Hospitalar organizadas em rede

**Objetivo 1.** Ampliar e qualificar o acesso a Atenção Básica com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Garantir cumprimento de carga horária por todos os profissionais da Atenção Básica	Relatório de registro de Ponto Eletrônico	60%	2021	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Assegurar o número de consultas médicas/dia estabelecidas como parâmetro pelo Ministério da Saúde	Relatório de registro de produção do PEC	10/turno	2021	Número	16/turno	Número	16/turno	16/turno	16/turno	16/turno
Estruturar as UBS's de forma a assegurar acessibilidade às pessoas com deficiência	Percentual de UBS's com acessibilidade às pessoas com deficiência	20%	2021	Percentual	100%	Percentual	40%	60%	80%	100%
Instituir o Programa Saúde na Hora nas UBS's com maior área de adscrição populacional	Cobertura populacional de Equipes com Saúde na Hora implantado	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	50%	50%	-	-
Implementar as ações de apoio matricial com a Equipe Multiprofissional (NASF) para as ESF's da Rede Assistencial do município	Cobertura de ESF com matriciamento	40%	2021	Percentual	100%	Percentual	55%	70%	85%	100%

Ampliar para 100% a cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica.	06	2021	Número	09	Número	08	09	-	-
Ampliar as ações do Programa Saúde na Escola - PSE em 100% das escolas públicas das áreas adriestas das UBS's	Percentual de UBS's cobertas com ações do PSE	60%	2021	Percentual	100%	Percentual	70%	80%	90%	100%
Ampliar as ações de promoção e prevenção da saúde em todas as UBS's do município	Percentual de UBS's realizando ações do PSE promoção e prevenção da saúde	40%	2021	Percentual	100%	Percentual	55%	70%	85%	100%
Realizar Mutirões anualmente com ações efetivas de saúde nos bairros/ Comunidades mais carentes, seja através de campanhas ou ações continuadas	Quantidade de atendimentos por mutirão	00	2021	número	16	número	04	00	12	16
Realizar oficinas bimestrais com familiares, cuidadores e responsáveis, com temas relacionados à segurança do paciente no lar, promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação em domicílio	Número de familiares e cuidadores capacitados	00	2021	número	24	número	06	12	18	24
Realizar estudo para verificar a possibilidade de instituir terapias alternativas no tratamento da saúde do município	Número de estudos realizados	00	2021	Número	01	Número	01	-	-	-

**Objetivo 2.** Ampliar e qualificar o acesso a Atenção Ambulatorial Especializada, Serviço de Apoio Diagnóstico com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde da população.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Ampliar o número de consultas com médico especialista	Cobertura de consulta especializada/mês	20%	2021	Percentual	20%	Percentual	25%	30%	35%	40%
Ampliar a cobertura de exames laboratoriais para a população do município	Cobertura de exames laboratoriais	20%	2021	Percentual	40%	Percentual	30%	40%	50%	60%
Ampliar a cobertura de exames de imagem para a população do município	Cobertura de exames de imagem	10%	2021	Percentual	20%	Percentual	15%	20%	25%	30%
Ampliar a realização dos exames: teste da orelha, teste do olhinho, teste do pezinho, teste do coraçãozinho, tipagem sanguínea, teste da linguinha para os recém-nascidos em todas as UBS's do município	Percentual de UBS's realizando os testes para recém-nascidos	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Instituir nas UBS's a coleta laboratorial para exames de sangue	Percentual de coletas realizadas	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Assegurar exames de ultrassonografia para a demanda de cada UBS	Cobertura de ultrassom/UBS	20%	2021	Percentual	100%	Percentual	40%	60%	80%	100%
Assegurar aos acamados a realização da coleta de exames laboratoriais	Percentual de acamados com coletas realizadas	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%

**Objetivo 4.** Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de Atenção à Saúde Mental.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Ampliar o número de psicólogos na Equipe Multiprofissional	Profissionais psicólogos contratados	01	2021	Número	03	Número	-	03	04	-
Ampliar acesso de nossos usuários com transtornos, aos medicamentos controlados fornecidos pela Atenção Básica	Percentual de usuários fazendo uso contínuo desta medicação	20%	2021	Percentual	100%	Percentual	40%	60%	80%	100%
Desenvolver nas Unidades de Básicas de Saúde as ações de atenção a usuários de álcool e drogas, de forma articulada com outros seguimentos	Percentual de usuários de álcool e drogas atendidos por UBS	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	40%	60%	100%

**Objetivo 5.** Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de Atenção Hospitalar.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Pleitear junto à CIR e a CIB a regionalização do Hospital Municipal Felipe Jorge	Resolução CIB	00	2021	Pactuação	01	Pactuação	-	01	-	-
Instituir serviço de Ortopedia no Hospital Municipal Felipe Jorge	Cobertura de atendimento ortopédico	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Implementar os serviços odontológicos no Hospital Felipe Jorge, incluindo o atendimento à pessoas portadoras de NEE	Cobertura de atendimento s odontológico s hospitalares	40%	2021	Percentual	100%	Percentual	55%	70%	85%	100%
Ofertar outras especialidades médicas no Hospital Felipe Jorge	Cobertura de atendimento s especializad os	00	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Instituir o Sistema e-SUS PEC Hospitalar para atender a média complexidade da Rede Especializada	e-SUS hospitalar implantado	00	2021	Número	01	Número	-	01	-	-

**Objetivo 6.** Aprimorar a Rede de Atenção à Saúde para promover o cuidado integral materno infantil.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Ampliar as ações de voltadas para as gestantes, crianças e adolescentes	Cobertura de ações de voltadas para as gestantes, crianças e adolescentes	60%	2021	Percentual	40%	Percentual	70%	80%	90%	100%
Ampliar o Programa Saúde da Mulher, ofertando consultas de ginecologia, mastologia, pré-natal de risco, ultrassonografia, mamografia, citologia e colposcopia	Cobertura de consultas de ginecologia, mastologia, pré-natal de risco, ultrassonografia, mamografia, citologia e colposcopia	10%	2021	Percentual	20%	Percentual	15%	20%	25%	30%
Ampliar atendimento a gestantes de alto risco do município	Cobertura de gestantes de alto risco	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Ampliar a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	57%	2021	Proporção	100%	Proporção	67,75 %	78,5 %	89,25 %	100%
Ampliar a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	74%	2021	Proporção	100%	Proporção	80,5 %	87%	93,5 %	100%

Ampliar a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	83%	2021	Proporção	100%	Proporção	87,25 %	91,5 %	95,75 %	100%
Ampliar a proporção de mulheres coleta de citopatológico na APS	Proporção de mulheres coleta de citopatológico na APS	33%	2021	Proporção	80%	Proporção	44,75 %	56,5 %	68,25 %	80%
Ampliar a proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>Haemophilus Influenza Tipo B</i> e Poliomielite Inativada	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por <i>Haemophilus Influenza Tipo B</i> e Poliomielite Inativada	17%	2021	Proporção	95%	Proporção	36,5 %	56%	75,5 %	95%
Ampliar a razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,5	2021	Razão	1,76	Razão	0,82	1,14	1,46	1,76
Ampliar a razão de Exames de Mamografia de Rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	Razão de Exames de Mamografia de Rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,05	2021	Razão	0,2	Razão	0,09	0,13	0,17	0,2

Ampliar a proporção de Parto Normal	Proporção de Parto Normal	58%	2021	Proporção	70%	Proporção	61%	64%	67%	70%
Reduzir a proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	22%	2021	Proporção	14%	Proporção	20%	18%	16%	14%
Ampliar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	45%	2021	percentual	85%	Percentual	55%	65%	75%	85%
Assegurar a realização de testes rápidos para gravidez e DST's em todas as UBS's do município	Cobertura de testes rápidos para gravidez e DST's realizados	40%	2021	Percentual	100%	Percentual	55%	70%	85%	100%

**Objetivo 7.** Aprimorar a Rede de Atenção à Saúde para promover o cuidado integral ao adulto e ao idoso.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Ampliar o Programa de Combate ao Tabagismo para todas as UBS's do município	Cobertura do Programa de Combate ao Tabagismo	20%	2021	Percentual	100%	Percentual	40%	60%	80%	100%
Assegurar a nossos usuários acesso a fraldas geriátricas segundo protocolo estabelecido	Percentual de usuários com acesso a fraldas geriátricas	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Garantir aos pacientes insulino-dependentes acesso ao aparelho de glicemia capilar	Percentual de pacientes insulino-dependentes com acesso ao aparelho de glicemia capilar	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Ampliar a proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	42%	2021	Proporção	100%	Proporção	56,5 %	71%	85,5 %	100%
Ampliar a proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	86%	2021	Proporção	100%	Proporção	89,5 %	93%	96,5 %	100%

**OBJETIVO 8.** Potencializar o papel da regulação na coordenação do cuidado.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Descentralizar para as Unidades Básicas de Saúde a regulação das consultas e exames especializados	Percentual de UBS's regulando consultas e exames especializados	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%

**DIRETRIZ 2.** Redução e prevenção de riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, prevenção, promoção e proteção à saúde.

**Objetivo 9.** Organizar as ações de controle do *Aedes aegypti* para reduzir o risco de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Ampliar as ações de combate às Arboviroses (Dengue, Chikungunia e a Zika) no município	Cobertura das ações de combate às Arboviroses	80%	2021	Percentual	20%	Percentual	80%	85%	90%	100%
Manter o número de ciclos pactuados atingindo no mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da Dengue	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da Dengue	04	2021	Número	04	Número	04	04	04	04
Instituir a inserção do ACE por áreas adscritas das Euipes das UBS's	Percentual de ACE inserido na Equipe da UBS	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	100%	-	-	-

**Objetivo 10.** Aprimorar e manter as ações de Vigilância em Saúde para assegurar a promoção e proteção à saúde da população.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Ampliar as ações de Vigilância Sanitária no município	Cobertura das ações de Vigilância Sanitária	60%	2021	Percentual	100%	Percentual	70%	80%	90%	100%
Assegurar a higienização das caixas d'água dos estabelecimentos públicos do município dentro das normas técnicas estabelecidas	Percentual de estabelecimentos públicos com caixas d'água higienizadas	0,00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Instituir nas Unidades Básicas de Saúde o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde	Percentual de UBS com Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde	0,00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Reduzir a Mortalidade prematura: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).	Mortalidade prematura: Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	17	2020	Número	09	Número	15	13	11	09

Manter a proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados	Proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) investigados	100%	2021	Proporção	100%	Proporção	100 %	100 %	100 %	100%
Ampliar a proporção de registro de óbitos com Causa Básica Definida de residentes.	Proporção de registro de óbitos com Causa Básica Definida de residentes	90%	2021	Proporção	95%	Proporção	91,25 %	92,5 %	93,75 %	95%
Ampliar a proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente e (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada	25%	2021	Proporção	75%	Proporção	37,5 %	50%	62,5 %	75%
Ampliar a proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.	Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	0,00%	2021	Proporção	80%	Proporção	25%	50%	75%	100%

Manter a proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	Proporção de cura dos casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	100%	2021	Proporção	100%	Proporção	100 %	100 %	100 %	100%
Manter o nº de casos autóctones de Malária.	Nº de casos autóctones de Malária.	00	2021	Número	00	Número	00	00	00	00
Manter o nº de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade.	Nº de casos novos de Sífilis Congênita em menores de um ano de idade.	00	2021	Número	00	Número	00	00	00	00
Manter o nº de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	Nº de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	00	2020	Número	00	Número	00	00	00	00
Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	0,00%	2020	Proporção	20%	Proporção	5%	10 %	15%	20%
Reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil.	Taxa de Mortalidade Infantil	04	2021	Número	00	Número	03	02	01	00
Manter o número de Óbitos Maternos em determinado período e local de residência	Número de Óbitos Maternos em determinado período e local de residência	00	2020	Número	00	Número	00	00	00	00

Ampliar o percentual de realização de no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.	0,00%	2020	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Manter a proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	100%	2021	Proporção	100%	Proporção	100%	100%	100%	100%
Assegurar dentro das normas técnicas estabelecidas, a higienização de 100% das caixas d’água das UBS’s do município	Percentual de UBS com caixas d’água higienizadas	0,00%	2020	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%

**Objetivo 11.** Promover ações integradas entre Vigilância em Saúde, assistência, e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do novo Coronavírus (Covid-19).

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Reduzir a Taxa de Incidência de Covid-19	Taxa de Incidência de Covid-19	115/10.000	2021	Taxa	15/10.000	Taxa	90	65	40	15
Ampliar o percentual de casos de Covid-19 identificados na APS em rastreamento e monitoramento	Percentual de casos de Covid-19 identificados na APS em rastreamento e monitoramento	25%	2021	Percentual	100%	Percentual	50%	100%	-	-

**DIRETRIZ 3.** Qualificar, valorizar os Trabalhadores da Saúde.

**Objetivo 12.** Investir em qualificação e na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS no município.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Capacitar os profissionais de saúde da Rede Assistencial do município em acolhimento/ assistência	Percentual de profissionais capacitados	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	50%	100%	-	-
Atualizar os ACS's em suas atribuições definidas na Política Nacional de Atenção Básica	Percentual de ACS's capacitados	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	50%	100%	-	-
Capacitar os profissionais de saúde da Rede Assistencial do município de acordo com a demanda identificada	Percentual de profissionais capacitados	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Instituir incentivo por desempenho para todos os profissionais de saúde da Rede de Atenção Básica	Percentual de profissionais recebendo incentivo	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Capacitar os profissionais de saúde das UBS's na assistência a pacientes com necessidades especiais (mudo/surdo)	Percentual de profissionais capacitados	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%

Realizar 02 capacitações por ano aos profissionais da Rede de Serviços de Saúde para a execução das ações de Vigilância em Saúde	Número de capacitações realizadas	00	2021	Número	08	Número	02	04	06	08
Realizar 02 capacitações por ano aos atendentes de farmácia na Atenção Básica e CAF, quanto ao uso racional de medicamentos, armazenamento e dispensação de medicamentos	Número de capacitações realizadas	00	2021	Número	08	Número	02	04	06	08
Elaborar o Plano Municipal de Educação Permanente	Plano Municipal de Educação Permanente elaborado	00	2021	Número	01	Número	01	-	-	-
Realizar curso de humanização no atendimento a 100% dos Trabalhadores da Saúde	Percentual de trabalhadores capacitados	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Capacitar os profissionais da Atenção Primária, sobre abordagem e manejo de pacientes com transtornos mentais	Percentual de profissionais capacitados	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%

**DIRETRIZ 4.** Garantia de acesso a população a Assistência Farmacêutica.

**Objetivo 13.** Ampliar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Assegurar aos dispositivos da Rede Municipal o acesso sistemático ao elenco de medicamentos básicos estabelecidos na REMUME municipal	Percentual de dispositivos abastecidos de forma sistemática	20%	2021	Percentual	100%	Percentual	80%	100%	100%	100%
Assegurar a disponibilidade de medicamentos de uso contínuo (hipertensos, diabéticos) conforme demanda das UBS's	Percentual de hipertensos e diabéticos atendidos	60%	2021	Percentual	100%	Percentual	70%	80%	90%	100%
Contratar profissional Farmacêutico para gerenciamento da Assistência Farmacêutica do município	Profissional contratado	00	2021	Número	01	Número	-	01	-	-
Informatizar os pontos de dispensação de medicamentos das Unidades Básicas de Saúde	Percentual de UBS's com pontos de dispensação de medicamentos informatizados	0,00%	2021	Percentual	100%	Percentual	-	100%	-	-
Implantar sistema de informatização para o controle de estoque da farmácia e almoxarifado da Secretaria da Saúde do município	Farmácia e Almoxarifado com sistema informatizado de controle de estoque	00	2021	Número	01	Número	-	01	-	-
Descentralizar a distribuição das medicações psicotrópicas inerentes a Atenção Básica para as ESF's	Nº de ESF dispensando medicações psicotrópicas básicas	40%	2021	Percentual	100%	Percentual	55%	70%	85%	100%

**DIRETRIZ 5.** Qualificação da Gestão e Financiamento adequado e Fortalecimento das instâncias de Controle Social.

**Objetivo 14.** Cumprir os dispositivos legais de aplicação dos recursos financeiros em Ações e Serviços Públicos de Saúde.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META PLANO (2022-2025)	UNIDADE DE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			2022	2023	2024	2025
Redimensionar a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), afim de melhor desenvolver as ações junto à população	Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde	100%	2021	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%
Ampliar o Programa Mais Médicos conforme disponibilidade de vagas do Ministério da Saúde	Cobertura do Programa Mais Médicos no município	20%	2021	Percentual	100%	Percentual	40%	60%	80%	100%
Contratar médico generalista para a Estratégia de Saúde da Família	Profissional contratado	00	2021	Número	01	Número	01	-	-	-
Contratar cirurgiões dentistas para a Estratégia de Saúde Bucal do município	Profissionais contratados	06	2021	Número	03	Número	07	09	-	-
Contratar médico obstetra e médico cirurgião de acordo com perfil de necessidade do município e sua disponibilidade financeira	Profissionais contratados	00	2021	Número	02	Número	01	02	-	-

Assegurar a manutenção sistemática em 100% das UBS's dos equipamentos médicos-hospitalares, de informática, material permanente e tecnologias necessários de acordo com os padrões definidos pelo Ministério da Saúde	Percentual de manutenções realizadas	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	100%
Captar recursos junto ao Ministério da Saúde e/ou de Emendas Parlamentares para ampliação e/ou reforma de 100% das Unidades Básicas de Saúde do município, conforme necessidade, obedecendo aos padrões definidos pelo Ministério da Saúde, objetivando promover uma assistência de qualidade à população do município	Percentual de Unidades ampliadas e/ou reformadas	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	
Captar recursos junto ao Ministério da Saúde para construção de Pontos de Apoio para Atendimento nas localidades Povoados Enxú e Salto da Pedra	Pontos de Apoio para Atendimento construídos	00	2021	Número	02	Número	-	01	02	-	
Contratar médico pediatra e médico cardiologista de acordo com perfil de necessidade do município e sua disponibilidade financeira	Profissionais contratados	00	2021	Número	02	Número	-	-	01	02	

Pleitear adesão junto ao Ministério da Saúde para implantação de uma Farmácia Popular no município	Portaria Ministerial	00	2021	Número	01	Número	-	01	-	-
Realizar estudo de demanda e disponibilidade financeira para implantação do serviço de esterilização gratuita de cães e gatos de rua no município	Percentual de animais esterilizados	00	2021	Número	01	Número	-	-	-	01
Instalar grupos geradores nas UBS's do município, de forma a assegurar a continuidade dos serviços quando houver falta de energia para continuar assegurando a realização de vacinas e atendimentos odontológicos de rotina nestas UBS's	Percentual de UBS's com grupo gerador instalado	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Captar recursos junto ao Ministério da Saúde e/ou de Emendas Parlamentares para aquisição de transporte exclusivo para as ESF's, ESB's e Equipe Multiprofissional de forma a assegurar o desenvolvimento das atividades extramuro (visitas domiciliares e atividades educativas)	Número de UBS's utilizando veículos para o desenvolvimento das atividades extramuro	00	2021	Número	09	Número	02	04	06	09

Assegurar a reativação e a manutenção da Academia da Saúde existente	Registro do número de atividades realizadas	00	2021	Número	01	Número	01	-	-	-
Captar recursos junto ao Ministério da Saúde e/ou de Emendas Parlamentares para aquisição de ambulância para o HMFJ	Veículo adquirido	00	2021	Número	01	Número	-	01	-	-
Captar recursos junto ao Ministério da Saúde e/ou de Emendas Parlamentares para adequação de acessibilidade para deficientes em todos os dispositivos da Rede Assistencial conforme as normas sanitárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Percentual de dispositivos da Rede com acessibilidade	20%	2021	Percentual	100%	Percentual	40%	60%	80%	100%
Captar recursos junto ao Ministério da Saúde e/ou de Emendas Parlamentares para a construção e implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I no município conforme as normas sanitárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde	CAPS I implantado	00	2021	Número	01	Número	-	01	-	-

Captar recursos junto ao Ministério da Saúde e/ou de Emendas Parlamentares para a aquisição de equipamentos e insumos odontológicos estratégicos em quantidade e qualidade adequadas as Equipes de Saúde Bucal	Cobertura de procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde Bucal	40%	2021	Percentual	100%	Percentual	80%	100%	100%	100%
Assegurar aquisição e distribuição de fardamentos para todos os profissionais da Rede Assistencial do município	Percentual de profissionais uniformizados	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	-	50%	50%	100%
Investir na aquisição de internet banda larga, Redes Lógicas, Sistemas, Tecnologia, Informática e TI (Tecnologia da Informação)	Redes Lógicas, Sistemas, Tecnologia, Informática e TI implementados	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Pactuar em CIR e em CIB a Implantação de uma Base Descentralizada do SAMU 192	Resolução CIB	00	2021	Número	01	Número	-	01	-	-
Realizar estudo de demanda e pactuar em CIR e em CIB a implantação de um Centro de Reabilitação – CER I no município	Resolução CIB	00	2021	Número	01	Número	-	-	-	01

Captar recursos junto ao Ministério da Saúde e/ou de Emendas Parlamentares para a aquisição de equipamentos para exames básicos na Rede Hospitalar	Cobertura de exames básicos	0,0%	2021	Percentual	100%	Percentual	50%	75%	100%	-
Captar recursos junto ao Ministério da Saúde e/ou de Emendas Parlamentares para a estruturação física da Maternidade para realização de parto humanizado na Rede Hospitalar do município	Cobertura de partos humanizados	0,0%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Captar recursos junto ao Ministério da Saúde e/ou de Emendas Parlamentares para dotar as Unidades Básicas de Saúde com equipamentos médico-hospitalares, odontológicos, mobiliários e tecnologias necessários a assegurar atenção de qualidade, de acordo com o padrão definido pelo Ministério da Saúde	Percentual de UBS's dispondendo de equipamentos médico-hospitalares, odontológicos, mobiliários e tecnologias	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Captar recursos junto ao Ministério da Saúde para a construção de uma Unidade Básica de Saúde na Comunidade Faveira	UBS construída	00	2021	Número	01	Número	-	01	-	-

Captar recursos junto ao MS para aquisição de equipamentos necessários ao desenvolvimento das atividades dos ACS's	Percentual de ACS's utilizando equipamentos necessários	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	100%	-	-	-
Captar recursos junto ao MS para aquisição de bicicletas para mobilidade e desenvolvimento das atividades de 100% dos ACS's	Percentual de ACS's utilizando bicicletas	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	-	50%	100%	-
Assegurar distribuição de aparelho de glicemia capilar a 100% dos pacientes insulino-dependentes do município	Cobertura de pacientes insulino-dependentes do município	00%	2021	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%

**Objetivo 15.** Fortalecer o Controle Social com garantia de transparência e e participação cidadã.

META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE		UNIDADE	META PLANO (2022-2025)	UNIDADE MEDIDA	METAS PREVISTAS			
		VALOR	ANO				2022	2023	2024	2025
Manter infraestrutura adequada e condições necessárias para o bom desempenho e atuação do Conselho Municipal de Saúde, em cumprimento à resolução 453/CNS e à Lei 8.142/1990;	Repasse previsto na LDO	100%	2021	Percentual	100%	Percentual	100 %	100 %	100 %	100%
Criar módulo na Home Page da Prefeitura Municipal, específico para a Secretaria da Saúde, para que esta assegure acesso de seus usuários às políticas públicas de saúde desenvolvidas e em desenvolvimento no município	Percentual de acesso da população ao Home Page da Prefeitura módulo saúde	00	01	Número	01	Núemero	01	-	-	-
Criar Comissão de Divulgação dentro do Conselho Municipal de Saúde, dando lhe como responsabilidade a elaboração e a divulgação de boletins de todas as atividades de Controle Social por este desenvolvidas	Nº de boletins elaborados e divulgados pelo Conselho /quadrimestre	00	2021	Unidades	12	Unidades	03	06	09	12

Assegurar a apresentação dos Instrumentos de Gestão produzidos pelo município (PMS, PAS's, RDQA's e RAG's) nos prazos estabelecidos em lei	Percentual de instrumentos de gestão apresentados nos prazos estabelecidos	00	2021	Número	12	Número	03	06	09	12
Realizar a cada 4 anos as Conferências de Saúde conforme recomenda a Lei 8.142/90	Número de Conferências de Saúde realizadas	01	2021	Número	01	Número	-	-	-	01

## IV. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

### IV.1. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA POR DIVERSAS FONTES E NATUREZA DE DESPESA - 2022 a 2025

ANO EXECUÇÃO DO PMS	RECURSO FEDERAL		CO-FINANCIAMENTO ESTADUAL		RECURSO PRÓPRIO TESOUREO MUNICIPAL		TOTAL GERAL POR ANO EXECUÇÃO	
	CUSTEIO	CAPITAL	CUSTEIO	CAPITAL	CUSTEIO	CAPITAL	CUSTEIO	CAPITAL
2022	R\$ 6.481.870,49	R\$ 235.000,00	-	-	R\$ 5.024.982,80	-	R\$ 11.506.853,29	R\$ 235.000,00
2023	R\$ 6.481.870,49	-	-	-	R\$ 5.024.982,80	-	R\$ 11.506.853,29	-
2024	R\$ 6.481.870,49	-	-	-	R\$ 5.024.982,80	-	R\$ 11.506.853,29	-
2025	R\$ 6.481.870,49	-	-	-	R\$ 5.024.982,80	-	R\$ 11.506.853,29	-
TOTAL GERAL POR FONTE	R\$ 25.927.481,96	R\$ 235.000,00	-	-	R\$ 20.099.931,20	-	R\$ 46.027.413,16	R\$ 235.000,00

FONTE: FNS - FMS/SESA São Bernardo do Maranhão (LDO-LOA)

## V. COMPATIBILIZAÇÃO DAS PROPOSIÇÕES DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE COM O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

OBJ.	PROPOSTA CONFERÊNCIA	DIRETRIZ	META	
OBJETIVO 1	01	DIRETRIZ 1 - Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de Atenção Básica, de Atenção Especializada e Hospitalar organizadas em rede	Assegurar cumprimento de carga horária em 100% das ESF's do município	
	02			Assegurar o número de consultas médicas/dia estabelecidas como parâmetro pelo Ministério da Saúde
	03			
	04		Implantar nas UBS's mais estratégicas do município o Programa Saúde na Hora	
	05			100% das ESF's realizando matriciamento com a Equipe Multiprofissional
	06			
	07		AÇÃO PAS	
	08			AÇÃO PAS
	09			
	10			
	11			

OBJETIVO 2	12	Ampliar o desenvolvimento das ações em saúde		AÇÃO PAS
	13	Ampliar o desenvolvimento das ações de promoção à saúde (mutirões, grupos de dança...)		Realizar 04 mutirões por ano nas áreas mais distantes e com maior vulnerabilidade social
	14	Ampliar atendimento com especialista		Ampliar em 20% o número de consultas com médico especialista
	15	Ofertar exames laboratoriais para a população em geral		Ampliar em 40% a quantidade de exames laboratoriais para a população do município
	16	Ofertar exames de imagem para população		Ampliar em 20% a quantidade de exames de imagem para a população do município
	17	Ofertar os exames mais importantes para recém-nascidos nas UBS's (teste da orelha, teste do olhinho, teste do pezinho, teste do coraçãozinho, tipagem sanguínea, teste da linguinha)		Ampliar em 100% das UBS's a realização dos exames: teste da orelha, teste do olhinho, teste do pezinho, teste do coraçãozinho, tipagem sanguínea, teste da linguinha de imagem para os recém-nascidos do município
	18	Assegurar que o laboratório de referência realize coleta para exames nas UBS's		100% das UBS's realizando coleta para exames laboratoriais
	19	Ampliar o número de Ultrassonografias por UBS's		Assegurar exames de ultrassonografia a 100% da demanda de cada UBS
	20	Aumentar as parcerias com Laboratório para atender com celeridade as demandas de Exames Citopatológicos		AÇÃO PAS

OBJETIVO 4	21	Assegurar resultados mais rápidos dos Teste do Pezinho		AÇÃO PAS	
	22	Ofertar atendimento Psicológico uma vez na semana em todas as UBS's		Ampliar para 4 o número de Psicólogos na Equipe Multiprofissional	
	24	Regionalizar o H. M. F. J		Pleitear junto à CIR e a CIB a regionalização do Hospital Municipal Felipe Jorge	
OBJETIVO 5	25	Ofertar consultas médicas especializadas no Hospital Felipe Jorge		Contratar médicos especialistas conforme necessidades apresentadas no Perfil Epidemiológico do município	
	26	Implantar serviço de Ortopedia no Hospital Municipal Felipe Jorge		Contratar 01 ortopedista para atender no Hospital Municipal Felipe Jorge	
	27	Implementar os serviços odontológicos no Hospital Felipe Jorge, incluindo o atendimento a pessoas portadoras de NEE		Implementar para 100% a assistência odontológica no Hospital Municipal Felipe Jorge	
OBJETIVO 6	28	Reforçar as ações de prevenção da gravidez na adolescência e combate às drogas		AÇÃO PAS	
OBJETIVO 10	29	Ampliar atuação da Vigilância Sanitária no município		<b>DIRETRIZ 2</b> - Redução e prevenção de riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, prevenção, promoção e proteção à saúde.	Ampliar para 100% as ações de Vigilância Sanitária no município
	30	Manutenção das caixas d'água			100% das caixas d'água dos estabelecimentos públicos higienizadas segundo as normas sanitárias
	31	Realizar limpeza e a higienização das caixas d'água			

OBJETIVO 11	32	Capacitar em acolhimento/assistência os profissionais da saúde da Rede Assistencial do município (Atenção Primária e Secundária)	DIRETRIZ 3 - Qualificar, valorizar os trabalhadores da Saúde	Capacitar 100% dos profissionais de saúde da Rede Assistencial do município em acolhimento/assistência
	33	Capacitar os ACS		Atualizar 100% dos ACS em suas atribuições definidas na Política Nacional de Atenção Básica
	34	Treinar e capacitar profissionais		Capacitar 100% dos profissionais de saúde da Rede Assistencial do município de acordo com a demanda identificada
	35	Instituir a valorização profissional		Instituir para 100% dos profissionais de saúde da Rede de Atenção Básica Incentivo por Desempenho
	36	Gratificar ou disponibilizar abono maior aos profissionais de saúde		Capacitar 100% dos profissionais de saúde das UBS's na assistência a pacientes com necessidades especiais (mudo/surdo)
	37	Capacitar profissionais de cada UBS para atender pacientes com necessidades especiais (mudo/surdo)		
OBJETIVO 12	38	Mais medicações nas UBS's	DIRETRIZ 4 - Garantia de acesso a população a Assistência Farmacêutica	100% dos dispositivos da Rede Municipal com acesso sistemático ao elenco de medicamentos básicos estabelecidos na REMUME municipal
	39	Melhorar o abastecimento de medicamento nas UBS's		
	40	Adquirir medicamentos em quantidade suficiente para atender as demandas das UBS's		
	41	Adquirir mais medicação para o Posto de Saúde		
	42	Adquirir medicação em quantidade suficiente para hipertensos, diabéticos e Farmácia Básica		
OBJETIVO 13	43	Realizar Processo Seletivo para Agentes Comunitários de Saúde, devido aumento da população e áreas descobertas	DIRETRIZ 5 – Qualificação da Gestão e Financiamento adequado e Fortalecimento das instâncias de Controle Social	100% das microáreas dos Agentes Comunitários de Saúde redimensionadas
	44	Implementar o Programa Mais Médicos no município		Ampliar para 100% o Programa Mais Médicos conforme disponibilidade de vagas do Ministério da Saúde

45	Contratar médico para ESF Faveira ou adesão ao Programa Mais Médicos		Contratar 01 (um) médico generalista para a Estratégia de Saúde da Família
46	Contratar dentista para as UBS's que não possuem atendimento odontológico		Contratar 03 (três) cirurgiões dentistas para a Estratégia de Saúde Bucal do município
47	Contratar médico obstetra e médico cirurgião		Contratar 01 (um) médico obstetra e 01 (um) médico cirurgião de acordo com perfil de necessidade do município e sua disponibilidade financeira
48	Manutenção das UBS's trimestralmente		100% das UBS's com Reforma e/ou ampliação conforme as normas sanitárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde
49	Construir um Ponto de Apoio para Atendimento nos Povoados Enxú e Salto da Pedra		Construir 02 Pontos de Apoio para Atendimento
50	Contratar médicos especialistas para o município (pediatra, cardiologista etc.)		Contratar 01 (um) médico pediatra e 01 (um) médico cardiologista de acordo com perfil de necessidade do município e sua disponibilidade financeira
51	Implantar a Farmácia Popular no município		Pleitear adesão junto ao Ministério da Saúde para implantação de 01 (uma) Farmácia Popular no município
52	Assegurar que o laboratório de referência realize coleta para exames nas UBS's		100% das UBS's realizando coleta para exames laboratoriais
53	Aumentar as parcerias com Laboratório para atender com celeridade as demandas de Exames Citopatológicos		AÇÃO PAS
54	Implantar ações para castração gratuita de animais de rua		Realizar estudo de demanda e disponibilidade financeira para implantação do serviço de castração gratuita no município
56	Investir e consolidar a Atenção Básica		AÇÃO PAS

	Assegurar resultados mais rápidos dos Teste do Pezinho		AÇÃO PAS
57	Instalar transformador (geradores de energia) para melhoria do fornecimento de energia nas UBS's da zona rural		Adquirir grupos geradores para 100% das Unidades Básicas de Saúde do município
58	Disponibilizar carro de apoio nas UBS's da Zona Rural		Adquirir 03 veículos de passeio para 100% das Equipes de Saúde da Família e NASF do município
59	Ativar Academia da Saúde		Assegurar a reativação e a manter a Academia da Saúde existente
60	Adquirir nova ambulância para HMFJ		Captar recursos de emenda junto a bancada parlamentar para adquirir 01 (uma) ambulância para HMFJ
61	Adequar UBS's, HMFJ, serviços públicos, PAC, acessibilidade para deficientes		100% da Rede Assistencial com acessibilidade para deficientes conforme as normas sanitárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde
62	Implantar o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no município de São Bernardo		Captar recursos de emenda junto a bancada parlamentar para a implantação de 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I no município
63	Instalar sala de reunião nas UBS's		100% das UBS's com Reforma e/ou ampliação conforme as normas sanitárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde
64	Abrir farmácia hospitalar		Instituir um dispensário da Assistência Farmacêutica Básica no HMFJ
65	Implantar consultório odontológico nas UBS's sem ESB		100% das UBS's com consultórios odontológicos instalados

66	Realizar reforma das UBS's Nilza Coelho Lima e Mamorana		100% das UBS's com Reforma e/ou ampliação conforme as normas sanitárias estabelecidas pelo Ministério da Saúde
67	Realizar reforma ou ampliação da UBS Dr. Edenir Ferreira de Sousa		100% dos trabalhadores da saúde utilizando fardamento com identificação específica para seu setor
68	Adquirir fardamento a todos os funcionários públicos		Captar recursos junto ao MS para estruturação de 100% das UBS's do município com equipamentos permanentes e mobiliários necessários
69	Adquirir TV para sala de espera (recepção)		AÇÃO INTERSETORIAL
70	Implantar Centro de Atendimento para autistas		100% das Unidades Básicas de Saúde integradas pela internet
71	Melhorar o serviço de Internet nas UBS's		Pactuar em CIR e em CIB a Implantação de 01 (uma) Base Descentralizada do SAMU 192
72	Implantar uma Base Descentralizada do SAMU 192		AÇÃO PAS
73	Ampliar recursos para Farmácia Básica		Realizar estudo de demanda e pactuar em CIR e em CIB a i para implantação 01 (um) Centro de Reabilitação – CER I no município
74	Implantar um Centro de Reabilitação		Captar recursos junto ao MS para aquisição de equipamentos para exames básicos na Rede Hospitalar
75	Adquirir equipamentos para exames básicos na Rede Hospitalar		Captar recursos junto ao MS para estruturação física da Maternidade para realização de parto humanizado no município
76	Estruturação física da Maternidade para realização de parto humanizado		

77	Adquirir aparelho de ar-condicionado para o anexo da Baixa Grande		Captar recursos junto ao MS para estruturação de 100% das UBS's do município com equipamentos permanentes e mobiliários necessários
78	Construir Unidade Básica de Saúde própria para ESF Faveira		Captar recursos junto ao MS para construção de 01 (uma) Unidade Básica de Saúde na Comunidade Faveira
79	Adquirir equipamentos para os ACS's (glicosímetro e aparelho de PA)		Captar recursos junto ao MS para aquisição de equipamentos necessários ao desenvolvimento das atividades a 100% dos ACS's
80	Assegurar a aquisição de bicicletas para mobilidade dos ACS's		Captar recursos junto ao MS para aquisição de bicicletas para mobilidade e desenvolvimento das atividades de 100% dos ACS's

## VI. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação se caracterizam como ferramentas, que favorecem o fortalecimento da capacidade de gestão municipal em planejar, monitorar, avaliar, apoiar tecnicamente a gestão e alocar recursos, visando à equidade que deve caracterizar o Sistema Único local, configurando-se em uma importante ferramenta da Gestão para tomada de decisão.

O monitoramento é parte do processo avaliativo que envolve coleta, análise sistemática e periódica das informações e dos indicadores de saúde previamente definidos. Permite assim, verificar se as ações estão sendo operacionalizadas conforme planejado e alcançando os resultados esperados. Portanto, o monitoramento produz subsídios à avaliação, sendo interligados e complementares.

A gestão municipal de São Bernardo do Maranhão realizará o monitoramento e a avaliação deste Plano e de suas respectivas Programações Anuais de Saúde, tomando como base dois instrumentos: os Relatório Detalhados dos Quadrimestrais Anteriores (RDQA's) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG's). Além destes, utilizaremos também o acompanhamento do pacto de gestão e indicadores de gestão e Indicadores de Desempenho do Previne Brasil.

Entendendo a necessidade de compatibilização dos instrumentos que dão concretude ao Sistema de Planejamento do SUS (Plano de Saúde - PS, Programações Anuais de Saúde – PAS's, Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores - RDQA's e Relatórios Anuais de Gestão – RAG's) e outros instrumentos como, por exemplo, o Plano Plurianual Municipal, o processo de monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde de São Bernardo dar-se-á também por meio dos indicadores constantes na Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, seguindo o Manual Instrutivo e metas pactuadas anualmente.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Planejamento Regional Integrado-PRI: *orientações gerais para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025 – SESAPI – COSEMS-PI 2021.*
2. ↑ <sup>1,0 1,1</sup> *Divisão Territorial do Brasil. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais.* Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1 de julho de 2008).
3. ↑ *Estimativas da população para 2021 (PDF). Estimativas de População.* Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
4. ↑ *Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano.* Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2017)..
5. Relatório da 10ª Conferência Municipal de Saúde de São Bernardo do Maranhão – 2021;
6. IBAM/UNICEF. A saúde no Município: Organização e Gestão - Rio de Janeiro, 2008;
7. ATLAS BRASIL 2017;
8. Censo Demográfico, 2010.
9. Ministério da Saúde. Manual para a organização da Atenção Básica. Brasília, novembro/1998.
10. Estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde do Município de São Bernardo do Maranhão. Sistema de Informação da Atenção Básica - e-SUS AB PEC e e-SUS AB Território. Relatórios Anuais de Gestão- 2020-2021.
11. UNICEF, Municípios Brasileiros: Crianças e suas Condições de Sobrevivência. Brasília: FBGE/UNICEF, 1994.
12. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal, 2008.
13. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 20 set. 1990.
14. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília(DF), 31 dez. 1990.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília(DF), 2009. v. 2.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: Instrumentos básicos- 2006. Vitória, nov. 2006b.
17. BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. 2. ed. Brasília(DF), 2008a.
18. BRASIL. Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008b. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/SAS/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-325.htm>> Acesso em: 15 mar. 2009.
19. BRASIL. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2008c. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/SAS/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-399.htm>> Acesso em: 15 mar. 2009.
20. BRASIL. Portaria GM/MS nº 699, de 24 de novembro de 2008c. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislação/portaria91\\_10\\_01\\_07.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislação/portaria91_10_01_07.pdf)> Acesso em: 15 mar. 2009.
21. BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Ceará. Plano Estadual de Saúde. 2019-2022.
22. BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Plano Estadual de Saúde. 2016-2019.



ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO  
SECRETARIA DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETÁRIO