

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BENEDITO DO RIO PRETO -MA
2022 -2025**



**SÃO BENEDITO DO RIO PRETO-MA
2021**

WALLAS GONÇALVES ROCHA

Prefeito Municipal de São Benedito do Rio Preto

MARIANA DE MESQUITA COSTA FRAZÃO

Secretária Municipal de Saúde

MARCIA HELENA NEVES PINTO

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto

MARTA GONÇALVES ROCHA

Coordenadora de Atenção Primária em Saúde

EDMAR SANTOS BEZERRA

Diretor Administrativo do Hospital Cassiana Sousa Magalhaes

PAULA REGINA SAMPAIO SOUSA

Diretora Adjunta do Hospital Cassiana Sousa Magalhaes

WILLIANA VIANA

coordenador de PSE

FABIO SOUSA

Coordenador de Vigilância Epidemiológica

MARIA APARECIDA

Coordenador de Vigilância Sanitária

ITALO VINICIUS

Coordenador de IMUNIZAÇÃO

DARCY DINIZ CARDOSO

Coordenador da Assistência Farmacêutica Municipal

MARCIA CRISTINA PRAZERES BOGEA

Assessoria Especial – Enfermagem da APS

FERNANDO LOPES SILVA

Assessor Técnico em Planejamento e gestão em Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO DO RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 06.398.150/0001-81

EQUIPE TÉCNICA DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Marcia Cristina Prazeres Boguea
Marcia Helena Neves Pinto
Mariana de Mesquita Costa Frazão
Marta Goncalves Rocha
Francyleide Leão Maia

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Fabio Sousa
Fernando Lopes Silva
Marcia Helena Neves Pinto
Mariana de Mesquita Costa Frazão
Marta Gonçalves Rocha
Marcia Cristina Prazeres Boguea

EQUIPES DE APOIO

Conselho Municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto
Coordenação de Programa Saúde na Escola e Imunização
Coordenação de Sistema de Informação em Saúde
Coordenação de Vigilância sanitária e epidemiologica
Equipe Técnica do Controle e Avaliação
Equipes da Atenção Primária em Saúde de São Benedito do Rio Preto
Equipes do Hospital Cassiana Sousa Magalhães



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO DO RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 06.398.150/0001-81

LISTA DE SIGLAS

ASP	Ações Primária em Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêuticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DANTS	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DIGISUS Gestor	Sistema de Informação para apoiar Estado e Município, nos instrumentos de planejamento
E-SUS-APS	Estratégia do SUS atenção Básica
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOA	Lei Orçamentária Anual
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPA	Plano Plurianual
PRI	Planejamento Regional Integrado
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
VSA	Vigilância em Saúde Ambiental

LISTA GRÁFICOS

Gráfico 1: população por sexo e cor no município

Gráfico 2: Pirâmide etária e distribuição por sexo do município de São benedito do rio Preto-MA.

Gráfico 3: Evolução do IDHM no município - São Benedito do Rio Preto / MA - 1991, 2000 e 2010

Gráfico 4: Fluxo escolar por faixa etária ano 2000 e 2010

Gráfico 5: Fluxo escolar por faixa etária comparação estado e município

Gráfico 6: Distorção de idade série ensino médio e evasão escolar 2013 e 2017

Gráfico 7: Expectativa de anos de Estudos no Município e Estado 2000 e 2010

Gráfico 8: Evolução do IDEB Municipal

Gráfico 09: Abastecimento de água no Município

Gráfico 10: Situação da Destinação do Lixo

Gráfico 11: Domicílios sem Banheiro

Gráfico 12: Domicílios esgotamento Sanitário (2010)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: população do município por sexo e com no período de 2013 a 2017

Tabela 2: Estrutura Etária da População (2000 e 2010)

Tabela 3: estimativa populacional por sexo e faixa etária

Tabela 4: IDHM de São Benedito do Rio Preto

Tabela 5: Longevidade e mortalidade, por sexo e cor e situação de domicílio no município (2000 e 2010)

Tabela 6: Outros indicadores de educação, por sexo e cor, do município nos anos de 2016 e 2017)

Tabela 7: Renda, por sexo e cor, calculados com base em registros administrativos

Tabela 8: Taxa de ocupação de 18 anos ou mais por sexo e cor (2000 e 2010)

Tabela 10: Quantidades e valores por tipo de benefício

Tabela 11: Síntese das Condicionantes do Auxílio Brasil

Tabela 12: Vulnerabilidade do Município de São Benedito do Rio Preto (2000 e 2010)

Tabela 13: Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10

Tabela 14: Mortalidade de residentes, segundo capítulo CID-10

Tabelas 15: Situação de coronavírus no município

Tabela 16: Vacinas aplicadas por imunizante

Tabela 17: Quantitativo de Profissionais por Função

Tabela 18: Unidades de Saúde do Município

Tabela 19: procedimentos de média complexidade, por grupo de Procedimentos realizadas no município nos anos de 2010 a 2021.

Tabela 20: tabelas de Procedimento de AIH, por ano e grupo de Procedimento realizada pelo município

Tabela 21: Equipes Credenciadas e homologadas pelo Ministério da Saúde

Tabela 22: Indicadores do Previne Brasil

Tabela 23: Produção de Atenção Básica por grupo de procedimentos e ano de atendimento.

Tabela 24: Procedimentos de visa por ano de atendimento

Tabela 25: indicadores da PQA-VS

Tabela 26: Composição da região de Saúde de Itapecuru

Tabela 27: Diretrizes e Objetivos do Plano Municipal de Saúde – PMS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO.....	12
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO MUNICÍPIO.....	13
3. DETERMINANTES E CONDIONANTES DE SAÚDE.....	14
3.1 Aspectos Demográficos e Socio-Econômicos.....	14
3.1.1 Índice de Desenvolvimento Humano – IHD.....	17
3.1.2 Longividade e mortalidade.....	19
3.1.3 A Educação do Município.....	20
3.1.4 Economia do Município.....	26
3.1.5 Aspectos Sociais e culturais.....	28
4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	39
4.1 Natalidade.....	39
4.2 Mortalidade.....	43
4.3 Principais Agravos de Notificação.....	44
4.4 O município no Cenário da Pandemia do Coronavírus.....	46
4.5 Estrutura e Organização do Sistema de Saúde.....	48
4.6 Operacionalização do Fundo Municipal de Saúde.....	51
4.7 Conselho Municipal de Saúde.....	53
4.8 Programas e Serviços implantados.....	55
4.9 Rede de Serviços de Saúde.....	56
4.9.1 Atenção Ambulatorial e Hospitalar.....	56
4.9.2 Assistência Ambulatorial Hospitalar Especializada.....	57
4.9.3 Atenção Primária em Saúde.....	59
4.9.4 Previnde Brasil - Novo modelo de financiamento para a APS.....	60
4.9.5 Componentes de Financiamento da APS.....	61
4.9.6 A Assistência Farmacêutica Municipal.....	75
4.9.7 Vigilância em Saúde.....	76
4.9.8 Vigilância Epidemiológica.....	77
4.9.9 Vigilância Sanitária.....	81
4.10 Vigilância Ambiental.....	82
5 . AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	85
5.1 Rede de Atenção as Urgências.....	87
5.2 Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil (Rede Cegonha).....	88
5.3 Rede de Atenção Psicossocial.....	89
5.4 Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas.....	90
5.5 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.....	90
6. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	90
7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	92
8 COMPROMISSOS DA GESTÃO MUNICIPAL PARA O PERÍODO 2022 A 2025.....	93
9. DIRETRIZES, OBJETIVOS, AÇÕES E METAS DO PMS.....	94
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto-MA, para o exercício de 2022-2025, representa as um conjunto de deliberações e proposições da gestão municipal e as prioridades advindas de um amplo debate com a população sobre as principais demandas da Saúde local, tendo como princípio ser um modelo de gestão pública participativa, objetivando a ampliação das redes e serviços, qualificando a gestão e os trabalhadores do SUS, dialogando com os usuários, para a garantia do acesso e qualidade da assistência na promoção, prevenção e recuperação das necessidades de saúde individual e coletiva dos nossos usuários do SUS local.

O presente instrumento de gestão é fruto também de um amplo exercício de pactuações na Comissão Intesgestoras Regional CIR de Itapecuru Mirim e também Pactuações realizadas nas oficinas do Plano Regional Integrado- PRI, em debates realizados pela Scretaria de Estado da Saúde-SES/MA ao longo dos ciclos dos anos de 2019 a 2021, as quais darão condições de materialização das ações de saúde no nosso município e na região, tendo como base no Decreto 7.508/2011, quanto a regionalização solidária e na revisão dos planos das redes temáticas de saúde para configuração das referências e contra referências dos serviços de saúde, onde o usuário tenha acesso em tempo oportuno aos serviços existentes nas redes de atenção à Saúde.

O Plano Municipal de Saúde contou ainda com a participação de toda a equipe técnica e trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, objetivando subsídios para realizar o diagnóstico situacional da Saúde local e estabelecer diretrizes, objetivos e metas, para serem executadas pela gestão municipal, objetivando garantir à população, acesso, acolhimento e qualidade dos serviços de saúde de São Benedito do Rio Preto-MA.

O Plano municipal de Saúde, obteve em sua formatação a participação do Conselho Municipal de Saúde, enquanto órgão deliberativo, e da sociedade civil organizada presente na ultima XIII Conferência Municipal de Saúde e legislação oficial do SUS, elencando ações propositivas para serem realizadas pela gestão municipal objetivando a contrução da saúde publica com ampla participação pupular e fortalecendo o SUS para todos.

O Plano Municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto-MA, constitui-se

de um documento dinâmico, e será monitorado e avaliado a cada ano através da Programação Anual de Saúde, além de avaliação realizadas pela equipe técnica da secretaria de Saúde, usuários, trabalhadores do SUS, controle Social, presentes nas prestações de contas quadrimestrais e ainda no Relatório Anual de Gestão conforme recomenda as legislações vigentes.

1. INTRODUÇÃO

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

A Lei maior do SUS (Lei nº 8080/90), estabelece em seu art. 15, como atribuição dos entes da federação “a elaboração e atualização periódica do Plano Municipal de Saúde e em conformidade com o Plano Nacional de saúde, e deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS”.

A lei nº 8.142/90, estabelece que para o recebimento dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, cada esfera de gestão deve contar com: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

o Plano Municipal de Saúde constitui-se a base para execução, monitoramento, avaliação e gestão do Sistema Único de Saúde, e sua elaboração deve ser fundamentada na análise situacional de saúde, na missão, visão e valores da instituição, nas recomendações advindas das Conferências de Saúde, nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos pelas áreas técnicas e no processo de monitoramento e avaliação do referido instrumento de gestão.

O Presente Instrumento, norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo na gestão da saúde, bem como constitui base para previsão e programação orçamentária, orientando a elaboração do Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), vinculando as necessidades da política pública de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros para o período vigência do plano.

Conforme preconiza a Portaria nº 2.135 de 29 de setembro de 2013, do Ministério da Saúde, a qual estabeleceu as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, reafirmando como instrumentos básicos de planejamento os seguintes documentos: Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

A Portaria Ministerial nº 2.135/2013, constitui em sua elaboração que o Plano de Saúde seja orientada pelas necessidades de saúde da população, sendo estruturada da seguinte forma: análise situacional, contendo os temas da estrutura do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, condições socio sanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, gestão do trabalho e da educação na saúde, ciência, tecnologia, produção, inovação e gestão em saúde.

Para tanto, o objetivo geral deste Plano Municipal de Saúde é instrumentalizar a gestão da saúde para a vigência 2022-2025, a partir da definição de prioridades e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e também alinhados com o Plano Plurianual para os próximos quatro anos, que é ampliar e fortalecer o acesso à saúde de qualidade, da atenção básica aos serviços de média e alta complexidade, bem como realizar ações de promoção e prevenção da saúde, garantindo cuidados integrais à população de São Benedito do Rio Preto nas fases ou ciclo de vida dos usuários do sistema.

O Plano municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto-MA, foi constituído de forma participativa e objetiva com a introdução, a análise situacional das condições de saúde da população do município, destacando-se os aspectos demográficos, socioeconômicos e o perfil epidemiológico, apresentando-se também a atuação da política de saúde na Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção Ambulatorial e Hospitalar e Gestão do SUS, finalmente, a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores.

O Plano Municipal de Saúde vem estabelecer as diretrizes, objetivos e o conjunto de metas a serem alcançadas na área da saúde para os próximos quatro anos, cujas linhas de ação encontram-se vinculados as deliberações da Conferência Municipal de Saúde de 2021, ao PPA 2021-2025, LDO e LOA. As metas pactuadas traduzem o anseio e as necessidades da população em diretrizes, objetivos e ações a serem desenvolvidas, com a perspectiva de melhoria na atenção integral à saúde, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Portanto, este

instrumento de gestão e planejamento expressa o compromisso do governo municipal na implementação e no fortalecimento do SUS local em busca da universalidade, da equidade e integralidade, objetivando a melhoria da atenção à saúde e da qualidade de vida dos sambeneditenses.

2. CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

O Município de São Benedito do Rio Preto-MA, está localizada na mesorregião Leste Maranhense e Microrregião de Chapadinha conforme caracterização do IBGE. Seus municípios limites são: Urbano Santos, Chapadinha, Nina Rodrigues, Belágua e Morros. Está situado a aproximadamente 240 km de São Luís, capitado do Estado do Maranhão.

O município possui população estimada de 18.769 (IBGE/2021) e seus habitantes se chamam são-beneditenses. A densidade demográfica é de 20 habitantes por km² no território do município. Situado a 22 metros de altitude, São Benedito do Rio Preto tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 3° 19' 59" Sul, Longitude: 43° 31' 40" Oeste. O prefeito de São Benedito do Rio Preto se chama WALLAS GONÇALVES ROCHA, com gestão de 2021 a 2024.



Características geográficas		
Área	931,592 km ²	Código Do Município: 211040
População	18.769 hab. <i>Estimativa IBGE/2021</i>	Gentílico: são-beneditense
Densidade	19,66 hab./km ²	Prefeito: Wallas Goçaves Rocha (2021-2024)
Altitude	37 m	Aniversário da Cidade: 25 de maio Fundação: 25 de março de 1948
Clima	Tropical	Região de Saúde: Itapecuru Mirim
Fuso horário	UTC-3	Municípios Limitrofes: Urbano Santos, Chapadinha, Nina Rodrigues, Belágua e Morros
IDH-M	0,543 <i>baixo PNUD/2000</i>	
PIB	R\$ 68 157,853 mil <i>IBGE/2008</i>	
PIB per capita	R\$ 3 849,86 <i>IBGE/2008</i>	

Fonte: IBGE

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO MUNICÍPIO

Os primeiros habitantes do município de São Benedito do Rio Preto-MA, segundo os registram da história apontam que foram as famílias de Rufino Alves da Silva, natural de Sobral-Ceará e José Rodrigues de Mesquita (CE) donos de engenhos e comerciantes que se estabeleceram nesta região por volta de 1874.

Os registros também apontam que outras famílias também vieram para o povoado de São Benedito, das quais pode se mencionar: João Rodrigues de Sousa, José Carlos de Mesquita, Izabel Alves de Moraes, Tertuliano Torquato de Mesquita, Juventino Magalhães, Bernardo da Cunha Mesquita, Antônio Torquato de Mesquita e Manoel Alvino de Mesquita, todos vindos do Ceará e hoje muitos destes dão nome à prédios públicos, praças e bairros desta cidade. Estas pessoas desenvolviam um trabalho agrícola principalmente na produção de cana-de-açúcar, mandioca, arroz e algodão. Estas famílias fundaram a Vila de São Benedito que fazia parte na época do município de Vargem Grande.

A Vila teve como sua primeira professora leiga a Sr.^a Antônia Rodrigues de Sousa, que aqui chegou em 1927. O Sr. Juventino Magalhães foi fundador e diretor responsável de um externato para rapazes, o centro “Coelho Neto”. Participou também do Seminário “Sertão Novo”, periódico que circulou até 1932. Com o crescimento da

Vila, iniciaram-se então, em 1916, certas melhorias, tais como: Correios, coletoria de impostos, Igreja, dentre outros.

A localidade passou a vila em 1926. Depois de ter seu nome alterado para Curuzu, em 1943, foi elevado a município, desmembrado do de Vargem Grande. Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, figura no município de Vargem Grande o distrito de São Benedito.

Assim permanecendo em divisões territoriais datadas de 31 de dezembro de 1936 e 31 de dezembro de 1937. Pelo decreto-lei estadual nº 820, de 30 de dezembro de 1943, o distrito de São Benedito passou a denominar-se Curuzu.

A criação da cidade Curuzú deu-se 1949, no mandato do governador Sebastião Archer da Silva, através da lei 156 de 21 de outubro de 1948, Logo após a criação teve como seu primeiro prefeito nomeado o Sr. Domingos Rodrigues Mesquita, e em seguida o primeiro prefeito eleito: Raimundo Erre Rodrigues.

O nome Curuzú origina-se do nome de uma localidade no Paraguai onde o Brasil venceu uma batalha durante a Guerra do Paraguai e depois no local o exército construiu o Forte de Curuzú. As pessoas responsáveis pelas reformas dos nomes dos municípios na época da fundação utilizaram este nome em homenagem à vitória brasileira na chamada de Batalha do Curuzú.

O município foi elevado à categoria de município com a denominação de Curuzu, pela lei estadual nº 269, de 31 de dezembro de 1948, desmembrado de Vargem Grande. Sede no distrito de Curuzu. Constituído do distrito sede, pela Lei estadual nº 1.385, de 03 de dezembro de 1955, o município de Curuzu, passou a denominar-se São Benedito do Rio Preto.

A população do município tem sua maioria pertencente a religião católica, tendo como Santo Padroeiro da cidade, São Benedito, cuja nome faz referência ao antigo nome da vila e Rio Preto foi usado por representar o rio que corta a cidade de onde iniciou o processo de povoamento da cidade, originando desta forma o atual nome da cidade de São Benedito do Rio Preto-MA.

3 DETERMINANTES E CONDIONANTES DE SAÚDE

3.1 Aspectos Demográficos e Socio-Econômicos

De acordo com as estimativas de 2017, a população do município - São Benedito do Rio Preto - era de 18.377 pessoas, sendo composta, em sua maioria, por homens e negros. Entre 2013 e 2017, a população do município - São Benedito do Rio Preto - registrou um aumento de 1,43%. No mesmo período, a UF - Maranhão - registrou um aumento de 3,03%. O Gráfico mostra a população total do município e a sua composição por sexo e cor nesses dois anos.

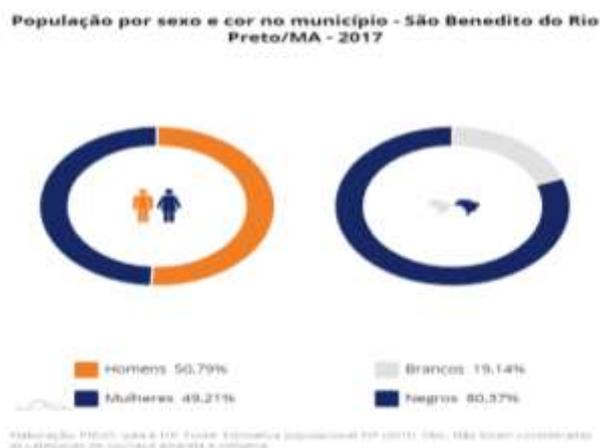


Gráfico 1: população por sexo e cor no município

Apresentaremos a seguir a população do município de São Benedito do Rio Preto-MA, conforme sexo e cor no município – na estimativa do IBGE de 2013 e 2017.

Tabela 01: população do município por sexo e com no período de 2013 a 2017				
Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Estimativa populacional FJP (2013 e 2017). Obs.: Não foram consideradas as categorias de cor/raça amarela e indígena.				
	População	% do Total	População	% do Total
	2013	2013	2017	2017
População total	18.118	100,00	18.377	100,00
Mulher	8.916	49,21	9.043	49,21
Homem	9.202	50,79	9.334	50,79
Negro	14.562	80,37	14.770	80,37
Branco	3.468	19,14	3.518	19,14

A Tabela a seguir revela a estrutura etária da População do município, no período de 2000 a 2010.

Tabela 2: Estrutura Etária da População (2000 e 2010)				
Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censos Demográficos (2000 e 2010).				
Estrutura Etária	População 2000	% do Total 2000	População 2010	% do Total 2010
Menor de 15 anos	7.150	43,49	6.864	38,56
15 a 64 anos	8.415	51,18	9.795	55,03
65 anos ou mais	877	5,33	1.140	6,41
Razão de dependência	95,39	-	81,72	-
Taxa de envelhecimento	5,33	-	6,40	-

Segundo as informações do Censo Demográfico, a razão de dependência total no município passou de 95,39%, em 2000, para 81,72% em 2010, e a proporção de idosos, de 5,33% para 6,40%. 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.

Os Gráficos a seguir representa a pirâmide etária e distribuição por sexo, segundo grupos de idade do município de São Benedito do Rio Preto-MA, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, compreendido nos anos de 1991, 2000 e 2010.

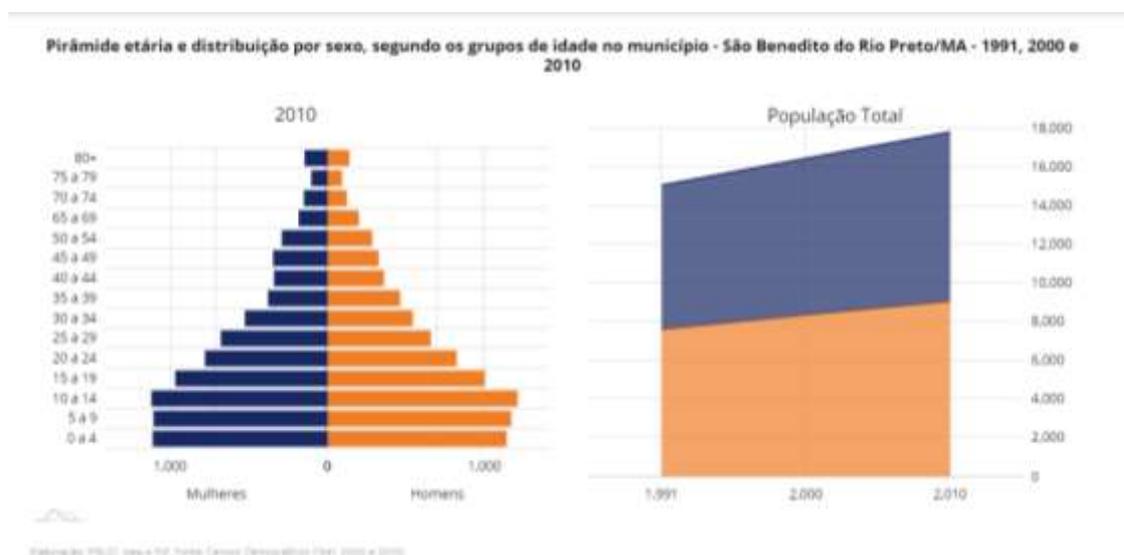


Gráfico 2: Pirâmide etária e distribuição por sexo do município de São benedito do rio Preto-MA.

No ano de 2020 o Ministério da Saúde estimou a população de São Benedito do Rio Preto-MA, conforme mostra a Tabela a seguir:

Tabela 3: Estimativa populacional por sexo e faixa etária			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	1062	1016	2078
5 a 9 anos	1031	971	2002
10 a 14 anos	1063	977	2040
15 a 19 anos	980	897	1877
20 a 29 anos	1710	1666	3376
30 a 39 anos	1207	1203	2410
40 a 49 anos	896	817	1713
50 a 59 anos	620	648	1268
60 a 69 anos	475	521	996
70 a 79 anos	273	341	614
80 anos e mais	135	208	343
Total	9452	9265	18717

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (Datas SUS/Tabnet)

As informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, são importantes para que o município elabore suas políticas públicas tendo como base informações mais recentes de sua população.

3.1.1 Índice de Desenvolvimento Humano – IHD

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano utiliza o Índice de Desenvolvimento Humano, como estatística de comparação de desenvolvimento de um País, de um Estado ou Município. A estatística é composta pelos indicadores: Expectativa de Vida ao Nascer, Educação e Renda. O IDHM é usado para analisar as especificidades dos municípios e regiões metropolitanas. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é um número que varia entre 0,000 e 1,000. Quanto mais próximo de 1,000, maior o desenvolvimento humano de uma localidade.

Apresentaremos a seguir uma série histórica com os indicadores municipais referente ao índice de desenvolvimento humano do município.

Município	2000	2010	Faixa do IDH
São Benedito do R. Preto	0,368	0,541	Baixo IDHM entre 0,500 e 0,599

Fonte (IBGE 2010)

O Município de São Benedito do Rio Preto-MA, a partir dos dados do Censo Demográfico (IBGE 2010), o gráfico e a tabela mostram que o IDHM do município - São Benedito do Rio Preto - era 0,368, em 2000, e passou para 0,541, em 2010, em termos relativos, a evolução do índice foi de 47,01%, porém o índice alcançado conforme classificação ainda é considerado baixo.

Tabela 4: IDHM de São Benedito do Rio Preto

IDHM e seus indicadores no município - São Benedito do Rio Preto/MA - 2000 e 2010

Indicadores	Total	Total	negros	Branco	Mulheres	Homens
	2000	2010	2010	2010	2010	2010
IDHM	0,368	0,541	-	-	-	-
IDHM Educação	0,222	0,452	-	-	-	-
% de 18 anos ou mais de idade c...	15,48	29,15	-	-	-	-
% de 4 a 5 anos na escola	45,24	79,56	-	-	-	-
% de 11 a 13 anos de idade nos a...	30,01	79,34	-	-	-	-
% de 15 a 17 anos de idade com ...	14,70	33,97	-	-	-	-
% de 18 a 20 anos de idade com ...	5,58	23,53	-	-	-	-
IDHM Longevidade	0,619	0,749	-	-	-	-
Esperança de vida ao nascer	62,12	69,95	-	-	-	-
IDHM Renda	0,364	0,468	-	-	-	-
Renda per capita	76,86	147,34	-	-	-	-

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

Como evidenciado anteriormente, o IDHM do município - São Benedito do Rio Preto - apresentou aumento entre os anos de 2000 e 2010, enquanto o IDHM da UF - Maranhão - passou de 0,476 para 0,639. Neste período, a evolução do índice foi de 47,01% 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 21,00%, o IDHM

Educação apresentou alteração 103,60% e IDHM Renda apresentou alteração 28,57%.



Gráfico 3: Evolução do IDHM no município - São Benedito do Rio Preto / MA - 1991, 2000 e 2010

O gráfico acima nos permite acompanhar a evolução do IDHM e suas três dimensões para o município - São Benedito do Rio Preto, e para o estado do Maranhão - nos anos de 1991, 2000 e 2010. De acordo com o IBGE (2010), o IDHM de São Benedito do Rio Preto - ocupava a 5306ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros e a 172ª posição entre os municípios do estado do Maranhão.

3.1.2 Longvidade e mortalidade

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 de São Benedito do Rio Preto - era de 62,12 anos, em 2000, e de 69,95 anos, em 2010. No estado do 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

52,87 por mil nascidos vivos em 2000 para 29,50 por mil nascidos vivos em 2010 no município. Na Unidade da Federação, 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 do município de São Benedito do Rio Preto_MA

Indicadores	Total	Total	Negros	Branços	Mulheres	Homens	Rural	Urbano
	2000	2010	2010	2010	2010	2010	2010	2010
Mortalidade infantil	52,87	29,50	-	-	-	-	-	-
Esperança de vida ao nascer	62,12	69,95	-	-	-	-	-	-

Fonte: IBGE

Com a taxa observada em 2010 e evidenciada no quadro anterior, o município não cumpre ainda com a meta 3.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS das Nações Unidas, segundo a qual a mortalidade infantil no país deve estar abaixo de 12 óbitos por mil nascidos vivos em 2030.

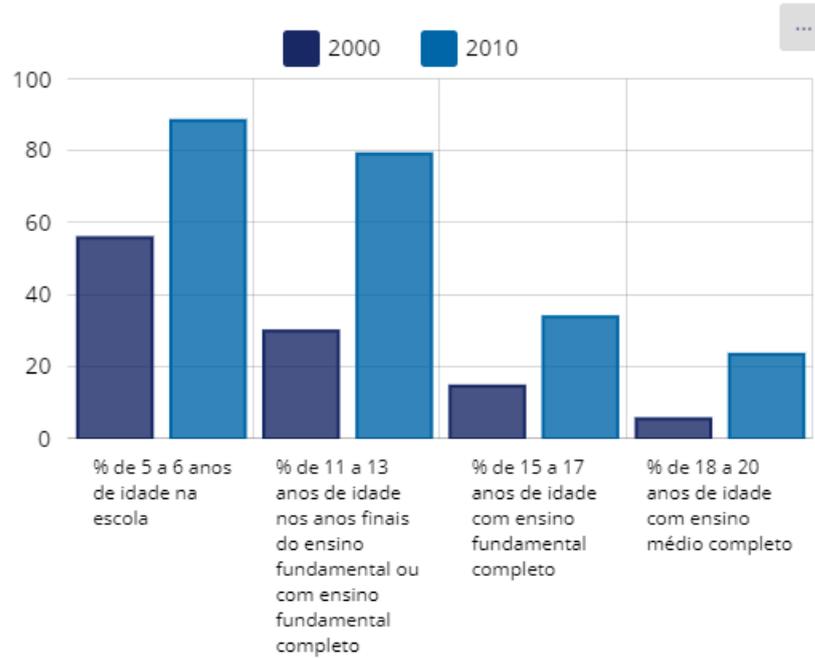
3.1.2 A Educação do Município

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 88,61%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, era de 79,34%. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 33,97%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 23,53%.

Conforme observa-se no gráfico a seguir o fluxo escolar por faixa etária compreendido entre 200 a 2010, de acordo com levantamento realizado pelo IBGE.

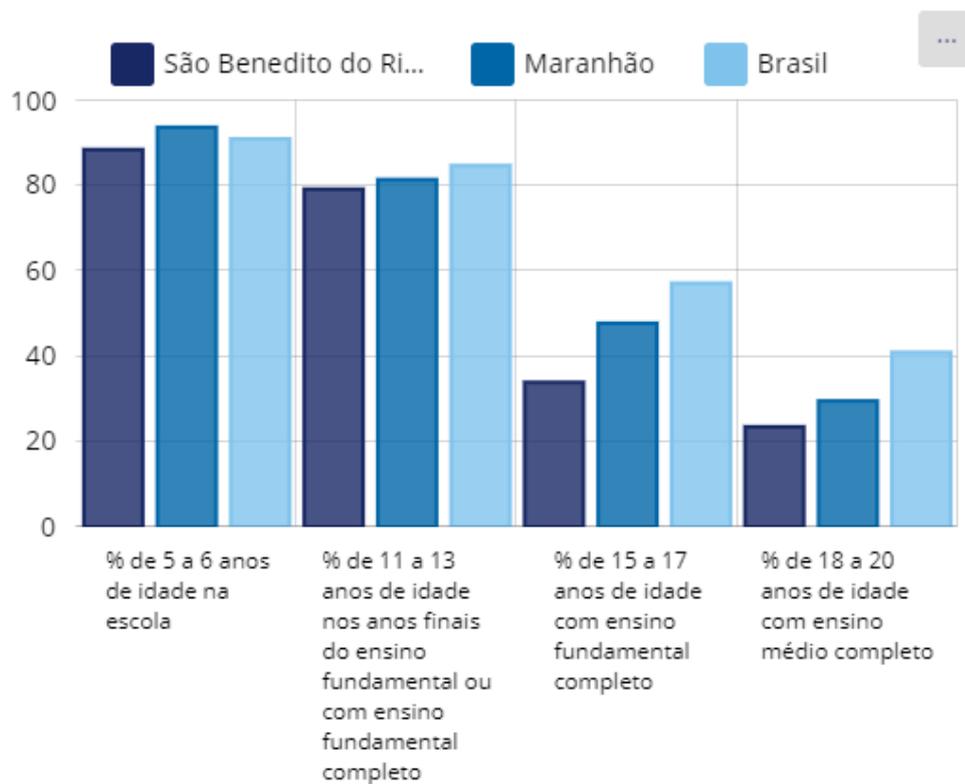
Grafico 4: Fluxo escolar por faixa etária ano 2000 e 2010



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

No grafico a seguir será realizado uma comparação do Fluxo escolar por faixa etária do município em relação ao Estado do Maranhão no ano de 2010.

Grafico 5: Fluxo escolar por faixa etária comparação estado e município

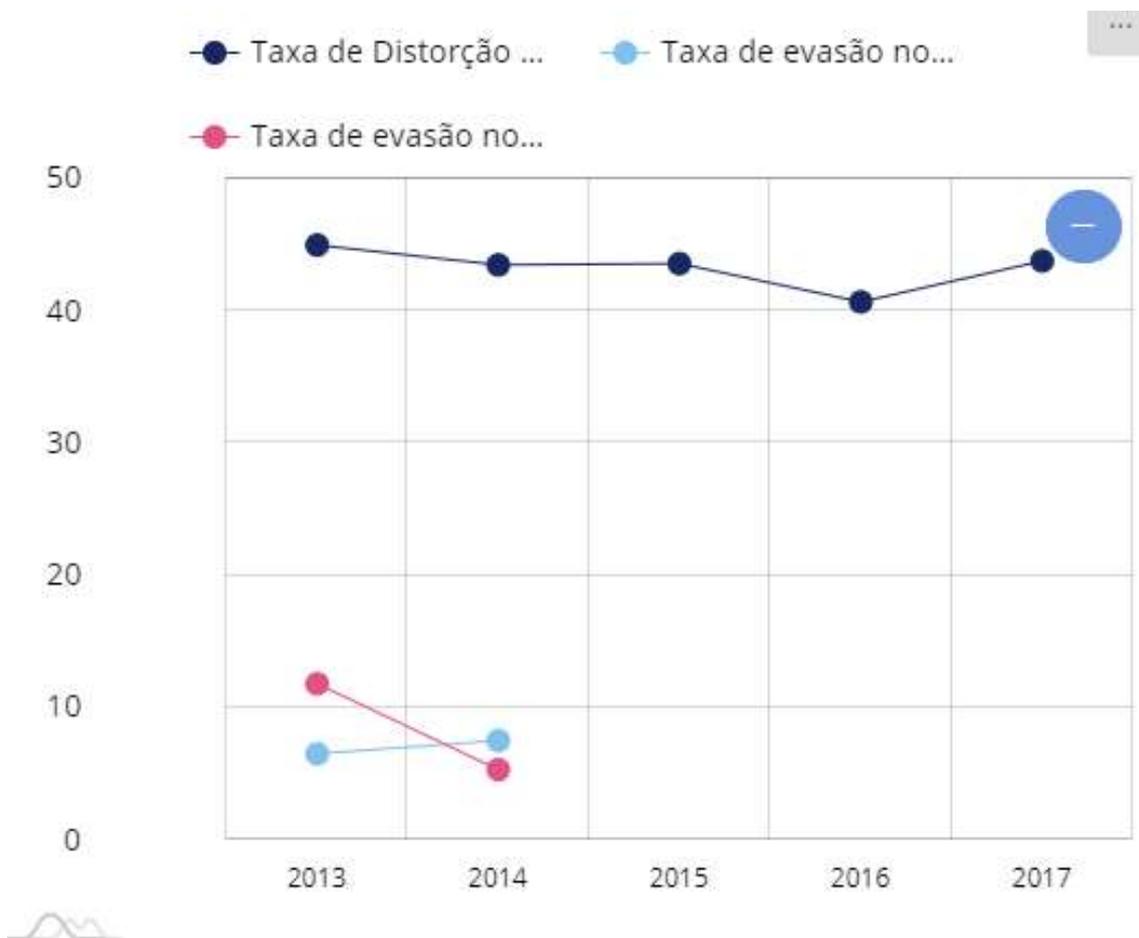


Fonte: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censo Demográfico 2010

Em 2000, 58,71% 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 70,64%. A taxa de Distorção idade-série no ensino médio no município era de 40,70%, em 2016, e passou para 43,80%, em 2017. Por sua vez, a taxa de evasão no fundamental foi de 6,50%, em 2013, para 7,50%, em 2014. A taxa de evasão no ensino médio foi de 11,80%, em 2013, e, em 2014, de 5,30%.

O gráfico que será apresentado a seguir revela a distorção de idade-série do ensino médio e evasão do ensino fundamental e médio no município de São Benedito do Rio Preto-MA, compreendido entre 2013 a 2017.

Gráfico 6: Distorção de idade série ensino medico e evasão escolar 2013 e 2017



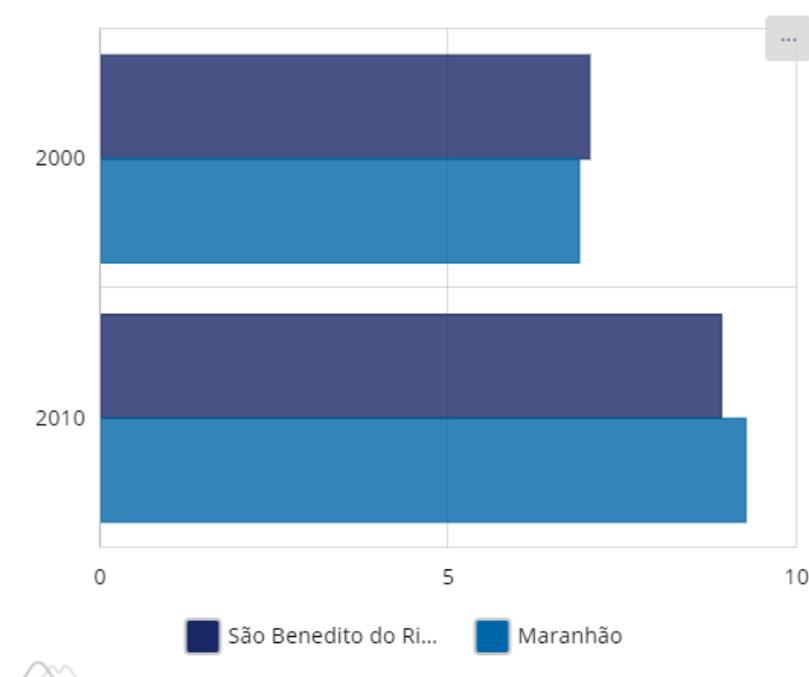
Elaboração: PNUD, Ipea e FJP. Fonte: Censo Escolar – INEP (2013 -2017)

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 de São Benedito do Rio Preto-MA, esse indicador registrou 7,02 anos, em 2000, e 8,91 anos, em 2010, enquanto o Maranhão registrou 6,87 anos e 9,26 anos, respectivamente, conforme mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 7: Expectativa de anos de Estudos no Município e Estado 2000 e 2010

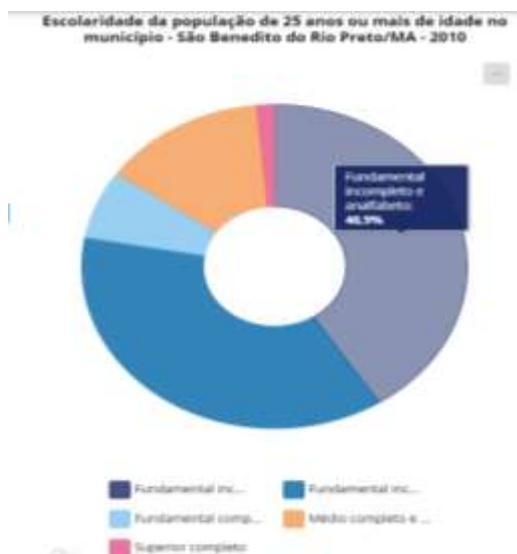
Expectativa de anos de estudo no município - São Benedito do Rio Preto/MA - e na UF - Maranhão - 2000 e 2010



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 15,48% para 29,13, 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 Benedito do Rio Preto, 40,90% eram analfabetos, 22,12% tinham o ensino fundamental completo, 15,27% possuíam o ensino médio completo e 1,47%,

o superior completo. Na UF, esses percentuais eram, respectivamente, 27,15%, 38,53%, 26,36% e 5,43%. Acompanhe o gráfico abaixo que representa as informações mencionadas.



Fonte: censos demográficos (IBGE2000 e 2010)

A Tabela a abaixo mostra outros indicadores educacionais, por sexo, e cor, calculados com base nos registros do Ministério da Educação, referente ao município de São Benedito do Rio Preto-MA no ano de 2016 e 2017, realizados pelo IBGE (2016)

Tabela 6: Outros indicadores de educação, por sexo e cor, do município nos anos de 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	40,70	43,80	-	-	-	-
Taxa de evasão no ensino fundamental	6,50	7,50	-	-	-	-
IDEB anos finais do ensino fundamental	3,60	3,50	-	-	-	-
IDEB anos iniciais do ensino fundamental	4,10	4,20	-	-	-	-
% de alunos do ensino fundamental em escolas com laboratório de informática	50,40	49,72	51,61	41,52	49,98	49,50
% de alunos do ensino fundamental em escolas com internet	32,54	25,98	28,07	22,51	27,35	24,77
% de alunos do ensino médio em escolas com laboratório de informática	100,00	100,00	100,00	100,00	-	-
% de alunos do ensino médio em escolas com internet	100,00	100,00	100,00	100,00	-	-

Fonte: Censo Escolar - INEP (2016 e 2017)

O Ideb 2019 nos anos iniciais da rede pública não atingiu a meta, teve queda e não alcançou 6,0. Precisa melhorar a sua situação para garantir mais alunos aprendendo e com um fluxo escolar adequado.

Gráfico 8: Evolução do IDEB Municipal



Fonte: QEdú.org.br. Dados do Ideb/Inep (2019).

De acordo com O INEP (2019), o município alcançou 4,2, sendo que a meta municipal para esse não era 4,3. Nestas condições o município precisa melhorar suas estratégias para alcançar as metas pactuadas e posteriormente a metas nacionais estipuladas pelo Ministério da Educação.

3.1.4 Economia do Município

A economia do município de São Benedito do Rio Preto predomina a exploração de cultura de subsistência (arroz, mandioca, milho e feijão), sua prática é ainda substancialmente manual, persistindo a utilização de ferramentas rudimentares, como enxada, foice, facão e outros implementos, sendo em larga escala, utilizado o método das queimadas como forma de limpeza das áreas de plantio. São poucos os produtores que dispõem de meios mecanizados como tratores e maquinários diversos, específicos para as atividades da agricultura.

Na região, verifica-se o crescimento de uma rede produtiva com o estabelecimento de fazendas para plantação de soja, criação de bovinos, suínos e caprinos, chegando a terem ampla participação no desenvolvimento do município.

Outro setor que aquece a economia local são o fornecimento de gêneros alimentícios, setor farmacêutico, confecções, armarinhos, higiene, limpeza e outros produtos básicos através do comércio informal e de estabelecimentos tipo

supermercados/varejistas. No setor terciário, suas atividades consistem no comércio formal e informal e na prestação de serviços, tais como: compra e venda de produtos, pequenas indústrias, bancos, educação, saúde e serviços de interesse público.

Outro setor que tem se destacado é a pecuária, o extrativismo vegetal, a lavoura permanente e a lavoura temporária, as transferências governamentais, o setor empresarial com unidades atuantes e o trabalho informal são as principais fontes de recursos para o município.

Os valores da renda per capita mensal registrados, em 2000 e 2010, evidenciam que houve crescimento da renda no município - São Benedito do Rio Preto - entre os anos mencionados. A renda per capita mensal no município era de R\$ 76,86, em 2000, e de R\$ 147,34, em 2010, a preços de agosto de 2010.

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 63,10% para 40,21%. Ao mesmo tempo, a taxa de desocupação nessa faixa etária, isto é, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada, passou de 7,49% para 6,69%. No município, o grau de formalização entre a população ocupada de 18 anos ou mais de idade passou de 9,50%, em 2000, para 13,89%, em 2010.

Na tabela abaixo é possível identificar a taxa de ocupação da população de 18 anos ou mais por sexo e cor do município no ano de 2000 e 2010 realizado pelo IBGE.

Tabela 8: Taxa de ocupação de 18 anos ou mais por sexo e cor (2000 e 2010)						
Situação de Ocupação	Total	Total	Negros	Brancos	Mulheres	Homens
	2000	2010	2010	2010	2010	2010
Taxa de atividade - 18 anos ou mais de idade	63,10	40,21	-	-	-	-
Taxa de desocupação - 18 anos ou mais de idade	7,49	6,69	-	-	-	-
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	9,50	13,89	-	-	-	-
Nível educacional dos ocupados						
% dos ocupados com ensino fundamental completo	14,22	37,23	-	-	-	-
% dos ocupados com ensino médio completo	8,96	25,84	-	-	-	-
Rendimento dos ocupados						
% dos ocupados com rendimento de até 1 salário mínimo (de ago/2010)	93,15	75,01	-	-	-	-
% dos ocupados com rendimento de até 2 salários mínimo (de ago/2010)	98,18	96,16	-	-	-	-

Fonte: Censos Demográficos (2000 e 2010).

A tabela seguinte mostra outros indicadores de renda, por sexo e cor, calculados com base em registros administrativos, do município realizados pelo IBGE no ano de 2015 e 2016, conforme mostra:

Tabela 7: Renda, por sexo e cor, calculados com base em registros administrativos						
Registros Administrativos	Total	Total	Negros	Branços	Mulheres	Homens
	2015	2016	2016	2016	2016	2016
Produto Interno Bruto per capita (PIB per capita anual, em mil R\$ de ago/2010)	3,50	3,77	-	-	-	-
Participação da Indústria no Valor Adicionado	7,52	6,80	-	-	-	-
% de pessoas inscritas no Cadastro Único que recebem Bolsa Família	92,41	93,05	93,10	92,37	93,44	92,64
% de extremamente pobres no Cadastro Único pós Bolsa Família (com renda domiciliar per capita mensal inferior à R\$ 70,00 de ago/2010)	83,77	85,01	85,13	82,50	85,85	84,12
% de pobres no Cadastro Único pós Bolsa Família (com renda domiciliar per capita mensal inferior à R\$ 140,00 de ago/2010)	94,30	94,26	94,32	93,59	94,46	94,06
% de vulneráveis à pobreza no Cadastro Único pós Bolsa Família (com renda domiciliar per capita mensal inferior à R\$ 255,00 de ago/2010)	98,31	97,82	97,85	97,23	97,90	97,73

Fonte: CadÚnico – MDH (2015 e 2016)

3.1.5 Aspectos Sociais e culturais

Para descrever os aspectos sociais do município de São Benedito do Rio Preto-MA, buscamos informações dos programas e projetos na área social e os avanços apresentados ao longo dos anos.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) utiliza as informações do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Ele provê dados individualizados, atualizados no máximo a cada dois anos, sobre os brasileiros com renda familiar de até meio salário mínimo *per capita*, permitindo saber quem são, onde moram, o perfil de cada um dos membros das famílias e as características dos seus domicílios.

O Cadastro Único é a base de dados do Governo Federal onde estão registradas as informações socioeconômicas das famílias de baixa renda domiciliadas no território brasileiro, que são aquelas que possuem renda mensal de até ½ salário mínimo por pessoa. O governo federal utiliza os dados do Cadastro Único para conceder benefícios e serviços de programas sociais, como: Tarifa Social de Energia

Elétrica, Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa Bolsa Família, entre outros. Os dados do Cadastro Único também podem ser utilizados para o mapeamento das vulnerabilidades locais, o planejamento das ações e a seleção de beneficiários dos programas sociais geridos pelo município.

O município já vem realizando as atividades de cadastramento e possui (setembro de 2021):

- 4.840 famílias inseridas no Cadastro Único;
- 3.693 famílias com o cadastro atualizado nos últimos dois anos;
- 4.469 famílias com renda até $\frac{1}{2}$ salário mínimo; e
- 3.506 famílias com renda até $\frac{1}{2}$ salário mínimo com o cadastro atualizado.

A Taxa de Atualização Cadastral (TAC) do município é de 78,45%, enquanto que a média nacional encontra-se em 61,16%. A TAC é calculada dividindo o número de famílias cadastradas com renda mensal per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo com cadastro atualizado pelo total de famílias cadastradas com renda mensal per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, multiplicado por cem. O município encontra-se no momento com classificação muito boa devido a sua boa focalização e bem atualizado conforme classifica o Ministério de Desenvolvimento Social –MDS.

Programa Bolsa Família ou Auxílio Brasil

O Bolsa Família é um programa da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc), que contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil. Ele foi criado em outubro de 2003 e possui três eixos principais: complemento da renda; acesso a direitos; e articulação com outras ações a fim de estimular o desenvolvimento das famílias. A gestão do Bolsa Família é descentralizada, ou seja, tanto a União, quanto os estados, o Distrito Federal e os municípios têm atribuições em sua execução. Em nível federal, o Ministério da Cidadania é o responsável pelo Programa, e a Caixa Econômica Federal é o agente que executa os pagamentos.

Conforme informações do MDS o município possui 3.631 famílias beneficiárias do Bolsa Família no mês de outubro de 2021 sendo 14.236 pessoas diretamente beneficiadas pelo Programa. Foram transferidos ao município o montante de R\$ 990.555,00, forme mostra o relatório de pagamento abaixo:



O valor e os tipos de benefícios recebidos pelas famílias variam de acordo com o perfil de renda, tamanho e composição familiar (se há crianças, adolescentes, gestantes ou nutrizes na família, por exemplo). Na tabela abaixo, constam a quantidade e os valores repassados por tipo de benefício, no mês de outubro de 2021.

Benefício Básico		Benefício Variável à Gestante (BVG)		Benefício Variável à Nutriz (BVN)		Benefício variável (crianças de 0 a 6 anos)		Benefício variável (crianças de 7 a 15 anos)		Benefício variável vinculado ao adolescente (BVJ)		Benefício para superação da extrema pobreza (BSP)	
Quant.	R\$	Quant.	R\$	Quant.	R\$	Quant.	R\$	Quant.	R\$	Quant.	R\$	Quant.	R\$
3.561	316.929,00	20	820,00	0	0,00	2.028	83.148,00	3.735	153.135,00	1.080	51.840,00	3.326	568.554,00

Referência: outubro de 2021

Quando uma família entra no programa, ela e o poder público assumem compromissos para reforçar o acesso de crianças e adolescentes beneficiários à saúde e à educação. Esses compromissos são conhecidos como condicionalidades, quais sejam:

- crianças menores de 7 anos devem ser vacinadas e ter acompanhamento de peso e altura;
- gestantes precisam fazer o pré-natal;
- crianças e adolescentes de 6 a 15 anos devem ter frequência escolar mínima de 85% das aulas a cada mês; e
- adolescentes que recebem o BVJ devem ter frequência escolar mínima de 75% das aulas a cada mês.

No aspecto de educação o município, 4.672 crianças e adolescentes com perfil para acompanhamento das condicionalidades de educação precisavam ter a frequência escolar acompanhada no quinto período (out/nov) de 2019. Dessas, foram acompanhadas 4.466, uma cobertura de acompanhamento de 95,59%. A resultado nacional é de 93,07% de acompanhamento na educação. Na área da

Saúde, 7.351 beneficiários (as) tinham perfil para acompanhamento das condicionalidades de saúde no segundo semestre de 2019. Compõem o público para acompanhamento das condicionalidades de saúde as crianças menores de 7 anos e mulheres. O município conseguiu acompanhar 6.517 beneficiários (as), o que corresponde a uma cobertura de acompanhamento de 88,65%. O resultado nacional de acompanhamento na saúde é de 79,71%.

O Índice de Gestão Descentralizada (IGD) para os municípios (IGD-M) mede mensalmente as Taxas de Atualização Cadastral e de Acompanhamento das Condicionalidades de Educação e Saúde. Com base neste índice, que varia de 0 (zero) a 1 (um), são calculados os repasses financeiros que o Ministério da Cidadania realiza aos municípios para ajudar na gestão do Cadastro Único e do Bolsa Família. Os repasses desses recursos são realizados pelo Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) para o Fundo Municipal de Assistência Social (FMAS) do município. O último repasse foi de R\$ 10.029, com base no índice 0,88 do IGD-M referente ao mês de setembro de 2021. Se o IGD-M do município alcançasse o máximo, ou seja, fosse igual a 1 (um), o município receberia R\$ 10.738,00 mensalmente.

Os valores financeiros calculados com base no IGD-M e repassados ao município no exercício corrente somam o montante de R\$ 89.783,61. Em outubro de 2021, havia em conta corrente do município (BL GBF FNAS) o total de R\$ 31.018,93. A relação entre os recursos recebidos pelo seu município e o saldo em conta corrente mostra que o município está executando bem os recursos transferidos através do IGD-M.

Por fim apresentamos a seguir um quadro síntese das condicionantes do programa do Bolsa Família com as informações atuais alcançados com referência em 2021.

Tabela 11: Síntese das Condicionantes do Auxílio Brasil							
Acompanhamento da Atualização Cadastral		Acompanhamento das condicionalidades de Educação		Acompanhamento das condicionalidades de Saúde		Fator de Operação	
Nacional	Município	Nacional	Município	Nacional	Município	Nacional	Município
83,29	85,77	93,06	95,59	79,70	88,65	84,83	88,94

Fonte: www.mds.gov.br/bolsafamilia

Conforme mostra o quadro acima, o município encontra-se muito bem cumprindo as condicionalidades a nível municipal se comparado a metas nacionais. O programa Bolsa Família passou por reformulações recentes pelo governo federal e passou a se chamar auxílio Brasil instituído pela Medida Provisória nº 1.061, de 09 de agosto de 2021.

Benefício de Prestação Continuada (BPC)

O Benefício de Prestação Continuada – BPC, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. No caso da pessoa com deficiência, esta condição tem de ser capaz de lhe causar impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos), que a impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

O quadro abaixo mostra um retrato do município com relação ao Programa.



* Referente aos meses de jan/2021, fev/2021, mar/2021, abr/2021, mai/2021, jun/2021, jul/2021, ago/2021, set/2021, out/2021 e nov/2021.

Além desses programas citados acima, São Benedito do Rio Preto possui outros benefícios como renda mensal vitalícia, Programa de Aquisição de Alimentos – PAA, Programa de Fomento as Atividades Produtoras rurais, dentre outros, além de haver participado do Programa auxílio emergencial 2020, vinculado ao Governo Federal com mais de 7.900 pessoas elegíveis.

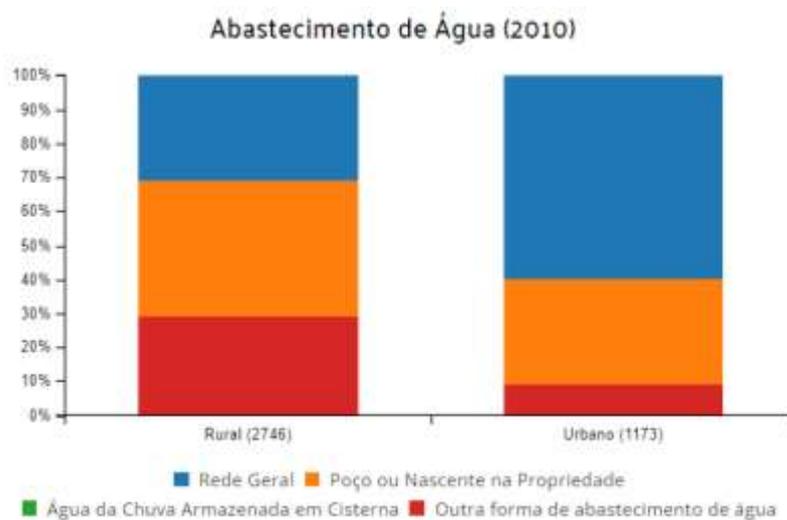
Cumpra-se destacar que as ações de fortalecimento da agenda municipal da assistência social, em especial no que diz respeito à estruturação do SUAS, requer

reforço no seu financiamento. É por isso que o MDS disponibiliza aos municípios recursos para a ampliação da rede e a qualificação de seus serviços. O município possui ainda em sua rede Socio Assistencial da SUS: 01 Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e 01 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) cofinanciados pelo MDS, para ampliar o acesso às políticas de assistência aos usuários locais

Saneamento Básico

O saneamento Básico de um município é caracterizado por um conjunto de serviços fundamentais para o desenvolvimento socioeconômico de uma região tais como abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejo de resíduos sólidos e de águas pluviais. Seu objetivo consiste em promover a saúde dos cidadãos, garantir sua qualidade de vida, e preservar os recursos naturais.

O município de São Benedito do Rio Preto, não possui Política Municipal de Saneamento Básico e possui Plano Municipal de Saneamento Básico. Os gráficos a seguir mostram o acesso a população referentes ao acesso ao saneamento Básico:
Gráfico 09: Abastecimento de água no Município



Fonte: Censo - IBGE/Rural - PNSR

Este gráfico exibe duas barras coloridas, uma representando 100% dos domicílios rurais e outra representando 100% dos domicílios urbanos. O total de domicílios em cada zona está descrito abaixo da barra. As cores de cada segmento da barra mostram

o percentual de cada uma das classificações de abastecimento de água definidas pelo IBGE. O gráfico exibe a a distribuição das formas de abastecimento de água nas zonas consideradas urbanas e rurais.

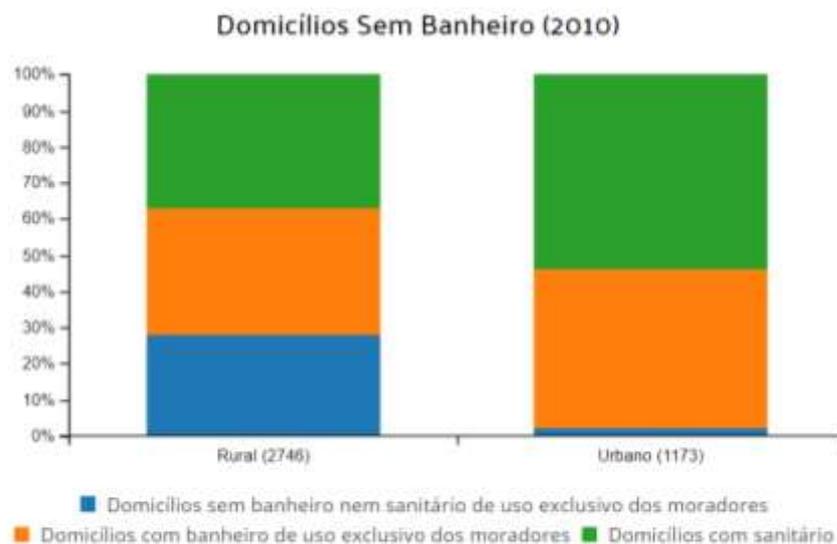
Gráfico10: Situação da Destinação do Lixo



Fonte: Censo - IBGE/Rural - PNSR

Este gráfico exibe duas barras coloridas, uma representando 100% dos domicílios rurais e outra representando 100% dos domicílios urbanos. O total de domicílios em cada zona está descrito abaixo da barra. A cores de cada segmento da barra mostram o percentual de cada uma das classificações de destinação de lixo definidas pelo IBGE. O gráfico exibe a distribuição das formas de destinação do lixo nas zonas consideradas urbanas e rurais.

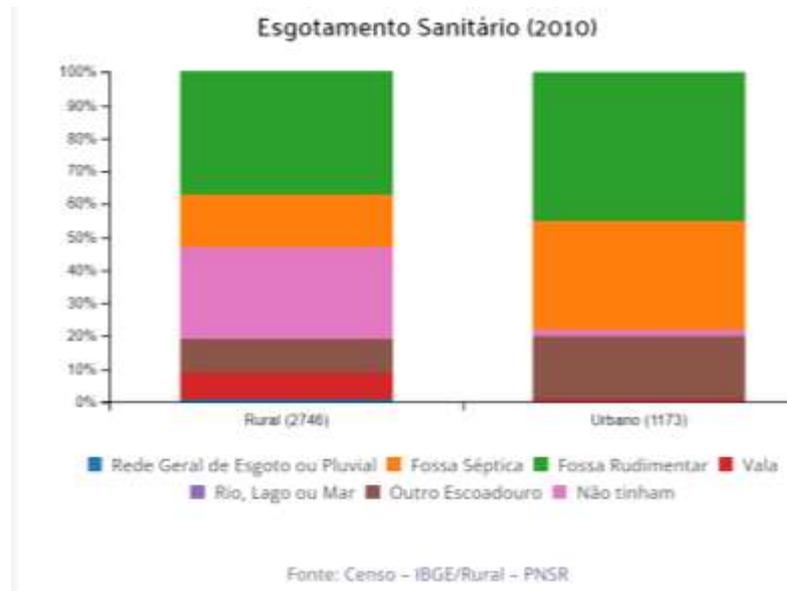
Gráfico 11: Domicílios sem Banheiro (2010)



Fonte: Censo - IBGE/Rural - PNSR

Este gráfico exibe duas barras coloridas, uma representando 100% dos domicílios rurais e outra representando 100% dos domicílios urbanos. O total de domicílios em cada zona está descrito abaixo da barra. A cores de cada segmento da barra mostram o percentual de domicílios sem banheiro. O gráfico exibe a a distribuição de domicílio sem banheiro nas zonas consideradas urbanas e rurais.

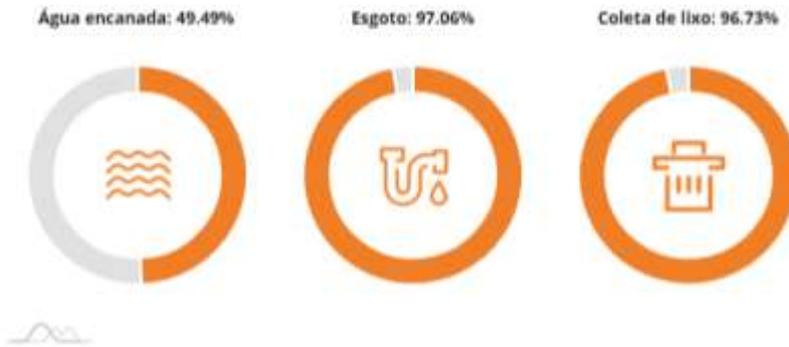
Gráfico 12: Domicílios esgotamento Sanitário (2010)



Este gráfico exibe duas barras coloridas, uma representando 100% dos domicílios rurais e outra representando 100% dos domicílios urbanos. O total de domicílios em cada zona está descrito abaixo da barra. A cores de cada segmento da barra mostram o percentual de cada uma das classificações de esgotamento sanitário definidas pelo IBGE. O gráfico exibe a a distribuição das formas de esgotamento sanitário nas zonas consideradas urbanas e rurais.

Sobre as condições de habitação da população, entre os anos de 2013 e 2017, houve redução no percentual da população residente em domicílios com abastecimento de água, abarcando, em 2017, 49,49%. Em relação ao acesso à rede de esgotamento sanitário, nota-se que houve redução entre 2014 e 2015, com o serviço sendo disponibilizado para 97,06% da população em 2015. No percentual da população em domicílios com coleta de resíduos sólidos, destaca-se que houve redução no período, alcançando 96,73% da população em 2016.

Percentual de domicílios com água, esgoto e com coleta de lixo no município - São Benedito do Rio Preto/MA - 2015



Elaboração: PNUD, Ipea e FIP. Fonte: SNIS (2015).

Fonte: Sinis (2015)

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 12: Vulnerabilidade do Município de São Benedito do Rio Preto (2000 e 2010)

Indicador	Total	Total
	2000	2010
Crianças e jovens		
% de crianças de 0 a 5 anos de idade que não frequentam a escola	82,80	70,00
% de 15 e 24 anos de idade que não estudam nem trabalham em domicílios vulneráveis à pobreza	23,21	32,28
% de crianças com até 14 anos de idade extremamente pobres	71,69	62,35
Adultos		
% de pessoas de 15 anos ou mais sem ensino fundamental completo e em ocupação informal	82,83	69,30
% de mães chefes de família, sem fundamental completo e com pelo menos um filho menor de 10 anos de idade	11,14	30,39
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	12,85	10,58
% de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho	-	4,92
Condição de Moradia		
% de população que vive em domicílios com banheiro e água encanada	9,34	20,98

Elaboração: PNUD, Ipea e FIP. Fonte: Censos Demográficos 2000 e 2010.

Fonte: censos demográficos 2000 e 2010 (IBGE).

A situação da vulnerabilidade social no município de São Benedito do Rio Preto, pode ser analisada pela dinâmica de alguns indicadores: houve redução no percentual de crianças extremamente pobres, que passou de 71,69% para 62,35%, 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 11,14% para 30,35%.

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 23,21% para 33,25%. Por último, houve crescimento no percentual da população em domicílios com banheiro e água encanada no município. Em 2000, o percentual era de 8,84% e, em 2010, o indicador registrou 20,98%.

Povos e Comunidades tradicionais

O Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) preside desde 2007 a Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Tradicionais (CNPCT), criada por meio do Decreto de 27 de dezembro de 2004 e reformulada pelo Decreto de 13 de julho de 2006. Fruto dos trabalhos da CNPCT, foi instituída, por meio do Decreto 6.040 de 7 de fevereiro de 2017, a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT). A PNPCT foi criada em um contexto de busca de reconhecimento e preservação de outras formas de organização social por parte do Estado.

De acordo com essa Política, Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) são definidos como: “grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição”.

Entre os PCTs do Brasil, estão os povos indígenas, os quilombolas, as comunidades tradicionais de matriz africana ou de terreiro, os extrativistas, os ribeirinhos, os caboclos, os pescadores artesanais, entre outros. Em relação a esses povos, o MDS apoia projetos específicos para a estruturação da produção familiar e comercialização, que auxiliam as famílias a produzirem alimentos de qualidade, com regularidade e em quantidade suficiente para seu autoconsumo e geração de excedentes.

O MDS busca ampliar o acesso desses povos a ações como Acesso à Água, Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA) e Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais.

De acordo com o IBGE (2010), o município de São Benedito do Rio Preto possui atualmente uma apenas 01 (uma) comunidade reconhecida e certificado pela Fundação Cultural Palmares (órgão brasileiro responsável por homologar as terras quilombolas), a Comunidade de Quarimã. No entanto, diversas comunidades quilombolas ainda lutam pelo direito de ter suas terras oficialmente demarcadas.

O conhecimento dessas comunidades caracteriza um instrumento muito importante para a elaboração de políticas de Saúde do município.

Situação Cultural do Município

A cultura do município de São Benedito do Rio Preto-MA, é vasta e criativa. Existem várias manifestações folclóricas como dança, Bumba meu Boi, coral e musical, assim como festas populares como Carnaval e Festas Juninas, além dos Festejos de Nossa Senhora da Conceição e São Benedito padroeiro da cidade. Grande parte das ações culturais do município estão vinculadas a Secretaria Municipal de Cultura e promovida pela Prefeitura Municipal.

A religião predominante é a Católica Apostólica Romana – cerca de 72% da população (IBGE, 2010), embora a religiões de cunho evangélica venham ganhando novos adeptos de maneira considerável como as igrejas Assembleia de Deus, Igreja Presbiteriana, Igreja Universal, Igreja Batistas e muitas outras.

4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico é o resultado da conjunção entre perfil de reprodução social (determinantes do processo saúde-doença) e os perfil de fortalecimento e desgaste (resultados do processo saúde-doença) dos grupos sociais, os quais devem ser monitorados como atividade nuclear no controle de saúde do coletivo de uma população.

A análise das condições de saúde da população do Município de São Benedito do Rio Preto-MA, tem como objetivo apresentar e direcionar, por meio de indicadores epidemiológicos e de saúde dos últimos anos, as políticas públicas em saúde para os próximos quatro anos (2022 a 2025) a nível local.

4.1 Natalidade

Taxa de natalidade é a porcentagem de nascimentos ocorridos em uma população, em determinado período de tempo. A taxa de natalidade de uma população reúne informações que permitem estabelecer um panorama nacional da quantidade de nascimentos que foram registrados durante certo tempo.

A taxa de natalidade é um índice obtido entre duas variáveis: a população de determinado período e a quantidade de nascimentos registrados no mesmo período. Ao se fazer a divisão da quantidade de nascimentos pela população do período, obtém-se a taxa de natalidade.

No município observa-se uma variação de nascimentos pouco acentuada se comparado aos últimos anos avaliado, confoem mostra o quadro abaixo de numeros de nascimentos por residencia residência da mãe:

Município: São Benedito do R. Preto					
Ano	2017	2018	2019	2020	2021
Total de nacimentos	373	361	378	378	293

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (MS/SVS/DASIS/SINASC)

Outra fator bastante imporntate refere-se ao números de nascidos por por tipo de parto, pois o numeros de partos cesarianos sobrepoem-se sobre o numero de partos normais.

Município: São Benedito do R. Preto					
Ano	2017	2018	2019	2020*	2021*
Partos Cesarianos	102	119	140	131	121
Partos Normais	271	241	238	247	167

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (sinasc/Municipal)/ * dados Paciais

O limite aceitável proposto pela Organização Mundial de Saúde é uma taxa entre 10 e 15% do total geral de nascimentos ocorridos no periodo, visto que como intervenções cirúrgicas originalmente concebidas para aliviar condições maternas ou fetais, quando há riscos para a mãe, o feto, ou ambos, duranteo desenrolar do parto, esses procedimentos não são isentos de risco, pois estão associados a maiores morbidade e mortalidade materna e infantil. Em 2021 ocorreram 05 registros ignorados

quanto ao tipo de porta que será discutido com a equipe de vigilância Municipal.

No panorama das políticas da rede cegonha, percebe-se que o município deve adotar medidas necessárias das assistências do parto e nascimentos.

4.2 Morbidade

Morbidade é uma variável característica das comunidades de seres vivos e refere-se ao conjunto de indivíduos, dentro da mesma população, que adquirem doenças (ou uma doença específica) num dado intervalo de tempo. A morbidade serve para mostrar o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população.

A morbidade geralmente é estudada de acordo com 4 indicadores básicos que são: Incidência, prevalência, taxa de ataque e distribuição Proporcional. A Incidência: é o número de novos casos da doença que tiveram início no mesmo local e período; a Prevalência: Indica qualidade do que prevalece, implica em acontecer e permanecer existindo num momento considerado; a Taxa de ataque: é o coeficiente ou taxa de incidência de uma determinada doença para um grupo de pessoas expostas ao mesmo risco, limitadas a uma área bem definida, muito útil para investigar e analisar surtos de doenças ou agravos à saúde em locais fechados; e distribuição proporcional: Indica o total de casos ou de mortes ocorridas por uma determinada causa, quantos deles se distribuem, por exemplo, entre homens e mulheres, quantos ocorrem nos diferentes grupos de idade.

As informações a seguir representa uma série histórica das internações ocorridas no município de São Benedito do Rio Preto, por residência e cid-10:

Tabela 13: Morbidade Hospitalar de residentes, segundo capítulo da CID-10.

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	183	337	222	181	230
II. Neoplasias (tumores)	25	24	34	42	27
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	4	5	7	5	6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	32	48	40	30	17
V. Transtornos mentais e	7	5	5	3	5

Capítulo CID-10	2017	2018	2019	2020	2021
comportamentais					
VI. Doenças do sistema nervoso	5	14	7	16	14
VII. Doenças do olho e anexos	2	-	1	-	-
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1	11	9	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	71	86	53	33	40
X. Doenças do aparelho respiratório	135	189	170	120	42
XI. Doenças do aparelho digestivo	57	76	86	91	57
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	37	74	42	24	10
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	7	22	19	10
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	114	154	109	91	61
XV. Gravidez parto e puerpério	295	339	272	280	295
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	19	27	14	32	13
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	6	13	9	12
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	6	8	18	10	20
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	78	128	45	51	61
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	1	2	4	8	2
Total	1076	1530	1175	1054	923

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

As internações ocorridas nos anos apresentados no quadro estão em sua grande maioria estão realiccionadas à Algumas doenças infecciosas e parasitárias, gravidez parto e nascimento, Doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo, aparelho geniturinário, doenças metabólicas e nutricionais, as demais apresentam

quantitativo relativamente baixos.

Uma internação que merece destaque no quadro, são aquelas relacionadas as neoplasias (tumores) que merecem especial atenção da gestão municipal no enfrentamento dessa doença.

De modo geral, pode-se perceber que grande partes das internações ocorridas no município são causas sensíveis a Atenção Primária e que as ações precisam ser aprimoras no combate as Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCTs, consideradas doenças evitáveis quando trabalhadas a promoção e prevenção em Saúde.

Observa-se que o município apresenta o maior numeros de internação no ano de 2018, sendo nos demais anos ocorre variação pouco significativa de um ano para outros, o município vem desenvolvendo ações conjuntas com os diversos setores para reduzir o quantitativo de internação, devendo assim reduzir os gastos com atenção especializado em decorrência do subfinanciamento do setor.

4.3 Mortalidade

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

Na atualidade, várias condições levam a emergência de novas necessidades de saúde da população brasileira, decorrentes principalmente de alterações no perfil demográfico com aumento da população idosa, diminuição da faixa abaixo de 15 anos e, também, de alterações no padrão de morbimortalidade da população brasileira, com aumento expressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); com recrudescimento de algumas doenças infectocontagiosas; com a predominância de condições crônicas; com os índices expressivos de mortalidade por causas externas; com os índices expressivos de morbimortalidade materna e infantil decorrentes de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde.

O quadro que sera representado a seguir ilustra o quantitativo de obitos

ocorridos na sua população residente no período de 2018 a 2019:

Tabela 14: Mortalidade de residentes, segundo capítulo CID-10

Capítulo CID-10	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	2	3
II. Neoplasias (tumores)	8	9	9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	1	-
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	6	11
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	1	-
VI. Doenças do sistema nervoso	-	1	-
VII. Doenças do olho e anexos	-	1	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	27	23	38
X. Doenças do aparelho respiratório	4	7	13
XI. Doenças do aparelho digestivo	1	4	2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	1	2
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	1	-
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	-	2
XV. Gravidez parto e puerpério	1	-	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	5	2	6
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	3	-
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	4	3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	9	7	5
Total	71	73	95

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

As informações presentes na tabela, são evidentes quanto as principais causas de óbitos ocorridos no município estão relacionadas às DCNTs, também consideradas as principais causas de mortes no mundo.

Considerando a importância que as DCNT representam para a saúde pública, a implementação de ações de Promoção da Saúde e prevenção dos fatores de riscos entre outras estratégias, com o intuito de garantir atenção adequada à saúde dos portadores dessas patologias, constituem medidas relevantes a redução da morbimortalidade por DCNT na população local. Portanto, é evidente que as DCNTs, devem estar presentes nas metas do município para serem trabalhadas na Atenção Primária, conseqüentemente reduzir os números de sua população, aumentando-se assim a expectativa de vida dos usuários do sistema de Saúde.

4.3 Principais Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 4, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO V, CAPÍTULO I), mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.

Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

No município a vigilância epidemiológica tem se esforçado em parceria com a atenção primária para registrar todas as notificações de agravos fazendo o encerramento oportunos destas. No quadro a seguir apresentaremos um registro dos principais agravos de notificação presentes na região ocorridos nos anos de 2018 a 2021.

São Benedito do R. Preto	Quantitativo de notificação por ano			
	2018	2019	2020	2021
Atendimento Antirabico Humano	64	79	48	40
Acidentes Com animais peçonhentos	02	04	01	07
Sífilis em Gestante	01	03	02	-
Sífilis Congenita	-	-	02	-
Sífilis não especificada		04	02	-
Toxoplasmose	-	-	03	-
Hepatite Virais	-	01	-	-
Leishimaniose Visceral	-	02	-	-
Sífilis em Adulto 9excluída a forma primária)	-	03	-	-

Fonte: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan Municipal)

Observa-se muitos agravos ainda precisam ser diagnosticados pelas equipes de vigilância em Saúde e equipes de APS, para que o município tenha um retratado das realidades das principais doenças que acomete a população residente.

4.4 O município no Cenário da Pandemia do Coronavírus

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Em janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. Os coronavírus estavam por toda parte. Eles são a segunda principal causa de resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos do que o resfriado comum.

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus em todo o mundo.

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como

uma pandemia. O termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade.

O município de São Benedito do Rio Preto-MA, realizou um conjunto de ações visando proteger sua população frente a pandemia do Coronavírus. Durante o período de 2020 e 2021 o município indentificou varios casos de coronavirus conforme mostra a tabela, de acordo com os boletins publicados pela equipe de vigilancia em Saúde:

Tabelas 15: Situação de coronavírus no município

Situação da Covid no município de São Benedito do Rio Preto-MA	Quantitativo nos anos de 2020 e 2021
Casos Notificados	4.201
Casos Confirmados	2.251
Casos recuperados	2.251
Casos descartados	1.918
Óbitos por covid-19	31

Fonte: Boletim epidemiologico/ dezembro de 2021 (sms/São Benedito do Rio Preto)

Apesar da pandemia da Covid-19 ter provocado em todo Brasil mais de 616 mil óbitos, os dados do município de São Benedito do Rio Preto-MA, mostram que as equipes atuaram forte no combate a pandemia. Muitas ações de prevenção realizadas, atendimentos médicos em tempo oportuno, contratação de profissionais, barreiras sanitárias, oferta de exames de diagnósticos, medicamentos e insumos para atendimento de qualidade a população, além de estruturação de Centro de Enfrentamento de Combate a Covid-19 com recursos próprios para atender e tratar os pacientes suspeitos /confirmados da doença. Os casos mais graves eram transferidos para a atenção especializada da rede de serviços de Saúde do Estado do Maranhão.

Outro fator importantíssimo no combate a pandemia no Brasil, estado e no município são o avanço da vacinação de todos os grupos alvos no Plano de Operacionalização da Campanha de Vacinação contra a covid-19 de todos os entes federados.

O município se destaca na região nas ações de vacinação acima de 80% da população alvo segundo a distribuição de vacinas por parte da Secretaria de Estado da Saúde-SES/MA. Cumpre-se destacar que o município dispõe de todos os

imunizantes disponibilizado pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios (Coronavac, AstraZeneca, Pfizer, Janssen). A tabela a seguir revela os dados de vacinação do município atualizado em dezembro de 2021.

Tabela 15: Vacinas aplicadas por imunizante

13.367 População 12+			7.154 Doses de imunização			53,52 % Cobertura populacional		
21.394 Doses distribuídas			17.254 Doses aplicadas			80,65 % Cobertura de doses aplicadas		
CORONAVAC			CORONAVAC			CORONAVAC		
2.941 1ª Dose	2.941 2ª Dose	0 DR *	2.793 1ª Dose	2.246 2ª Dose	0 DR *	94,97 % 1ª Dose	76,37 % 2ª Dose	0 % DR *
Total: 5.882			Total: 5.039			Cobertura: 94,97 %		
ASTRAZENECA			ASTRAZENECA			ASTRAZENECA		
3.420 1ª Dose	2.941 2ª Dose	0 DR *	3.691 1ª Dose	2.385 2ª Dose	0 DR *	100 % 1ª Dose	81,05 % 2ª Dose	0 % DR *
Total: 6.361			Total: 6.076			Cobertura: 100 %		
PFIZER			PFIZER			PFIZER		
4.086 1ª Dose	2.472 2ª Dose	2.448 DR *	3.097 1ª Dose	2.378 2ª Dose	519 DR *	75,8 % 1ª Dose	96,2 % 2ª Dose	21,2 % DR *
Total: 9.006			Total: 5.475			Cobertura: 75,8 %		
JANSSEN			JANSSEN			JANSSEN		
145 Total Dose única			145 Total Dose única			100 % Total Dose única		

Fonte: <https://painel-covid19.saude.ma.gov.br/vacinas/municipio/2110401>

A vacinas São aplicadas por grupos específicos e por faixa etária em conformidade com o Plano Nacional, Estadual e Plano Municipal de Vacinação da Covid-19.

As ações de vacinação contra a covid-19 serão continuas no município até completar o esquema vacinal de todos os usuários do SUS local, conforme distribuição dos imunizantes pelo Ministério da Saúde. As equipes de saúde da Atenção primária intensificarão em seus territórios de atuação a busca ativa de todos os usuários com calendário em atraso além de fortalecer a vacinação de rotina e demais campanhas de vacinação. No cenário da pandemia do coronavírus, fortaleceremos todas ações de Saúde do município no sentido de juntos vencer a covid-19, que vitimou muitas vidas.

As ações de promoção e prevenção da saúde serão realizadas por todas as equipes de Saúde local, em parcerias com os demais setores do município e da região de Saúde.

4.5 Estrutura e Organização do Sistema de Saúde

O Município de São Benedito do Rio Preto-MA, através de seu órgão gestor da Saúde (Fundo Municipal de Saúde) encontra-se na condição de Gestão de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, sendo referência para sua própria população. A Secretaria de Estado da Saúde –SES/MA, classificou o município como integrante da Macrorregião de São Luís com Comissão Intergestora Regional de Itapecuru Mirim, cuja região compreende 14 municípios (Arari, Anajatuba, Belagua, Cantanhede, Itapecuru Mirim, Matoes do Norte, Miranda do Norte, Pirapemas, Nina Rodrigues, Presidente Vargas, São Benedito do Rio Preto, Urbano Santos, Vargem Grande e Vitória do Mearim) .

A Secretaria Municipal de Saúde é o Órgão Gestor do Sistema Local de Saúde, desde 1998 vem aprimorando uma sistemática de planejamento de ações, trabalhando no sentido de atender às solicitações demandadas pelos órgãos de Gestão Federal, Estadual e ainda do seu polo de referência, dando respostas cada vez mais adequadas às demandas da população no que se pretende continuar investindo.

A Gestão e Gerência do Sistema de Saúde são executadas pela Secretária Municipal de Saúde, que, dentro de uma visão moderna de administração descentralizou a organização das ações e serviços de saúde no município, possibilitando a todos os segmentos que compõem o Sistema de Saúde Local, a prática do planejamento e execução da política pública de saúde.

A secretaria Municipal de Saúde tem como missão institucional cuidar de todos os Saobeneditenses, onde as possam viver cada vez melhor, trabalhando as políticas de saúde com os valores de respeito à vida, a diversidade, ética, transparência, solidariedade, compromisso, qualidade, gestão democrática e participativa do SUS local.

Nessa Perspectiva da gestão da política de SUS local, A secretaria Municipal de Saúde está organizada administrativamente em coordenações e setores e vinculadas a Prefeitura Municipal para apoiar e promover as ações e serviços públicos em saúde do município de São Benedito do Rio Preto-MA.

Proposta de Estrutura Organização da Secretaria Municipal de Saúde

- Gabinete da (o) Secretária (o) Municipal de Saúde
- Fundo Municipal de Saúde
- Conselho Municipal de Saúde
- Assessoria Técnica em Saúde

Chefe de Setores / Gabinete

- Setor de Apoio em Planejamento e Ouvidoria
- Setor de Apoio em Compras e Licitações
- Setor de Apoio em RH
- Setor de Avaliação, Controle, Auditoria e Regulação
- Setor de Manutenção de Serviços de Saúde
- Setor de Transporte da Saúde

Coordenações Municipais

- Coordenação da Atenção Primária em Saúde;
- Coordenação de Assistência à Saúde Bucal;
- Coordenação de Assistência a Atenção Especializada em Saúde;
- Coordenação de Assistência Farmacêutica;
- Coordenação de Tratamento Fora do Domicílio (TFD);
- Coordenação do Programa Saúde na Escola (PSE);
- Coordenação da Vigilância Epidemiológica;
- Coordenação de Vigilância Sanitária;
- Coordenação de Vigilância Ambiental;
- Coordenação do Núcleo de Ampliado de Apoio à Saúde da Família –NASF-AB;
- Coordenação de Tecnologia de Informação;
- Coordenação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde – NMES.
- Coordenação de Imunização.

Quadro de Profissionais Vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto.

O Município estabelece que todos os profissionais vinculados a Secretaria Municipal de Saúde, independente do vínculo estejam cadastrados no CNES. Assim a tabela abaixo mostra o quantitativo de profissionais que exercem suas funções na esfera Saúde.

Tabela 17: Quantitativo de Profissionais por Função

<i>CATEGORIA PROFISSIONAL</i>	<i>Quantidade de Profissionais com vínculo Municipal</i>
DIRETORES / GERENTES	06
Agente Vigilância Sanitária	05
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	62
Agentes de Combate às Endemias (ACE)	11
Assistente Administrativo	05
Assistente Social	03
Atendente de ESF	12
Atendente de Farmácia	04
Auxiliar de Cirurgião Dentista (ESF)	05
Auxiliar de Enfermagem	08
Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas	02
Auxiliar Operacional de Serviços Gerais	22
Cirurgião Dentistas da ESB	05
Coordenador Administrativo	04
Coordenador de Serviço de Saúde	04
Digitador	08
Diretor Administrativo	03
Diretor Clínico	01
Enfermeiros (Plantonistas)	06
Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	09
Farmacêutico	03
Farmacêuticos Analistas Clínicos	01
Fisioterapia Geral	03
Fonoaudióloga	01
Médico Cardiologista	01
Médico Cardiologista	01
Médico Cirurgião Geral	01
Médico Generalista	02
Médico Psiquiatra	01
Médico Veterinário	01
Médicos da ESF	09
Motorista	06
Nutricionista	03
Psicólogo Clínico	01
Recepcionista Consultório Médico/Dentário	05

Recepcionista em geral	13
Técnico de Enfermagem (Plantonistas)	15
Técnico de Enfermagem da ESF	13
Técnico em Radiologia/Imagenologia	02
Terapeuta Ocupacional	01
Vigilante	15
Outros	22
Total de Profissionais	307

Fonte: CNES/DATASUS/Atualização Dezembro/2021

Destacamos que o quantitativo de profissionais sofre rotatividade muito grande, devido as situações financeiras que os municípios tem em manter alguns serviços. A atualização do CNES do Município deve ser constante para sempre manter seu banco de dados atualizados.

4.6 Operacionalização do Fundo Municipal de Saúde

O Fundo Municipal de Saúde de Sao Benedito do Rio Preto-MA, foi instituído pela Lei nº 501 de 08 de abril de 1994 e resstruturado pelo Projeto de Lei nº 10/2017, cuja composição atendeu às diretrizes da Lei Federal nº 8.142/1990.

O Secretário Municipal de Saúde é o gestor/ordenador de despesas do fundo. Os recursos financeiros da saúde são compostos pela transferência direta de recursos do Fundo Nacional de Saúde e contrapartida da Prefeitura Municipal, em conta específica, no Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal ou outro Banco Público estabelecido por regulamentação específica do Ministerio da Saúde.

A Portaria PORTARIA N 3.992, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2017, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos na forma de Blocos de Financiamento.

São estes os Blocos de Financiamento descritos abaixo: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Os recursos de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a manutenções dos serviços de:

- a) Atenção Básica;

- b) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- c) Assistência Farmacêutica;
- d) Vigilância em Saúde; e
- e) Gestão do SUS; e

II - Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde:

- a) Atenção Básica
- b) Atenção Especializada
- c) Vigilância em Saúde;
- d) Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS; e
- e) Gestão do SUS.

O s recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde de:

- I - Aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;
- II - obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e
- II - obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.

Os recursos que compõem o Fundo Municipal de Saúde são oriundos de fontes diversificadas, a saber: Da contrapartida do Tesouro Municipal (15%), recursos federais transferidos Fundo a Fundo e recursos estaduais oriundos de emendas parlamentares e transferências fundo a fundo.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

Periodicamente, atendendo às determinações legais são elaborados relatórios financeiros e encaminhados à Câmara Municipal e ao Conselho Municipal para análise, apreciação e aprovação bem como a devida alimentação do SIOPS e o Sistema DIGISUS.

4.7 Conselho Municipal de Saúde

A constituição de 1988 deliberou, no artigo 198, que a sociedade participasse da gestão do sistema de saúde. As Leis nº 8.080 e 8.142, trouxeram conteúdos importantes sobre essa participação, ao abordarem aspectos relacionados ao Conselho Nacional de Saúde.

Os conselhos de saúde e as Conferências de Saúde se constituem atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado. A amplitude do campo de atuação nos conselhos de saúde, além de valiosas, é extensa.

A lei complementar nº 141/2012 é muito importante para a ação de um melhor controle social no SUS. A mesma define atribuições específicas aos conselhos de saúde referentes ao papel exercido pelo conselheiro no processo de fiscalização, avaliação e controle das despesas com ações e serviços públicos de saúde, especialmente nas prefeituras

O Conselho de Saúde de caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, por prestadores de serviços, por profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

O Conselho Municipal de Saúde é a instância responsável pelo acompanhamento e fiscalização das ações e serviços de saúde. Foi estruturado de forma paritária, conforme Lei Municipal n.º 755 /2017. Reúne-se mensalmente para discutir, propor avaliar e aprovar ou não as ações e serviços a serem implantados e implementados no Município.

Compõe-se conselho de Saúde foi reestruturado ocorrendo eleição e sua formação encontra-se compostas membros titulares e suplentes conforme mostra a seguir:

I – Do Governo Municipal e Prestadores de Serviços Públicos e Privados (25%):

- Um representante titular e um suplente da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS);
- Um representante titular e um suplente da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS).

II – Dos Trabalhadores do SUS (25%):

- Um representante titular e um suplente da Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Um representante titular e um suplente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

III – Dos Usuários (50%):

A composição dos representantes dos usuários do Serviço de Saúde Ficou representantado conforme mostra a seguir.

- Titulares: – Sindicato Rural
- Suplentes:– Associação do povoado Faveira

- Titulares: Associação do São Luís do Adelino
- Suplentes: Associação do São Luís do Adelino

- Titulares: Delegacia dos Agentes Comunitários de Saúde
- Suplentes: Delegacia dos Agentes Comunitários de Saúde

- Titulares: JUAP – (Juventude Unida Amor ao Próximo)
- Suplentes: Associação Lagoa da Lúcia

4.8 Programas e Serviços implantados

O gestor de Saúde SUS local, não tem medidos esforços para implementar serviços de saúde que tenham como objetivo melhor o acesso da população a saúde compreendendo os princípios do Sistema de Saúde.

Para assegurar serviços de saúde nas áreas de assistência, prevenção, promoção e recuperação, tem implantado todos os programas estratégicos lançados pelo Ministério da Saúde, Governo do Estado e ainda de iniciativa própria. Destacaremos alguns programas e serviços que estão em funciomaneto no município:

- Programa Previne Brasil

- Programa Nacional de Imunização;
- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- Programa Integral à Saúde da Criança;
- Programa de Assistência à Saúde do Idoso;
- Programa de Assistência à Saúde do Adolescente;
- Programa de Controle de IST's;
- Programa de Eliminação de Hanseníase;
- Programa de Controle da Tuberculose;
- Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes
- Estratégia de Saúde Bucal – ESB;
- Estratégia de Saúde da Família – ESF;
- Núcleo de ampliado de Apoio de Saúde da Família – NASF-AB (equipe Multiprofissional)
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS;
- Programas de Informação e Educação em Saúde – IEC;
- Programa de Farmácia Básica – PSB;
- Programa de Controle da Malária – PCM;
- Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue – PCFAD;
- Programa de Controle da Vigilância Sanitária.
- Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO
- Programa de Informatização de Unidades Básicas de Saúde
- Prontuário Eletrônico do Cidadão;
- Programa Saúde com agente
- Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD
- Programa Academia da Saúde
- Programa Auxílio Brasil (bolsa família na Saúde)
- Programa Mais Médicos pelo Brasil (em Implantação);
- Estratégia Nacional de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil – Proteja e muitos outros;

4.9 Rede de Serviços de Saúde

4.9.1 Atenção Ambulatorial e Hospitalar

As unidades da rede assistencial de saúde própria do Município de São Benedito Do Rio Preto-MA, corerespondem a 19 (dezenove) estabelecimentos distribuídos no território municipal e serão apresentados na tabela a Seguir.

Tabela 18: Unidades de Saúde do Município

ORDEM	CNES	NOME DO ESTABELECIMENTO	NIVEL DE ATENÇÃO
01	7683316	Unidade Basica De Saude Maria Da Penha	Atenção Primária

02	2455382	Unidade Basica De Saude Isabel Lopes Da Silva	Atenção Primária
03	5470234	Unidade Basica De Saude Aguida Carneiro De Mesquita	Atenção Primária
04	2455331	Unidade Basica De Saude Raimundo Lima Dos Santos	Atenção Primária
05	2455307	Unidade Basica De Saude Maria Teixeira	Atenção Primária
06	2455366	Unidade Basica De Saude Bernardo Monteles	Atenção Primária
07	2455323	Unidade Basica De Saude De Guabirabal	Atenção Primária
08	2455358	Unidade Basica Saude Gentil Moraes	Atenção Primária
09	7683324	Unidade Basica De Saude Augusto Pereira Costa	Atenção Primária
10	9761888	Vigilancia Sanitaria Municipal	Atenção Primária/Vigilância
11	0171298	Centro De Especialidades Governador Luiz Rocha	Atenção Primária / Média Complexidade Hospitalar
12	8013659	Hospital Cassiana Sousa Magalhaes	Atenção Primária / Média Complexidade Hospitalar
13	7683200	Nasf Do Sao Benedito Do Rio Preto	Atenção Primária
14	9497463	Semus Sao Benedito Do Rio Preto	Central de Gestão em Saúde
15	7947682	Farmacia Basica Municipal De Sao Benedito do Rio Preto	Assistencia Farmaceutica-Atenção Primária
16	683251	Vigilancia Epidemiologica Sao Benedito Do Rio Preto	Atenção Primária/Vigilância
17	0674303	Academia Da Saude Bairro Miguel Fernandes	Atenção Primária
18	0822957	Academia Da Saude Do Centro	Atenção Primária
19	5470196	Laboratorio De Analises Clinica Dr Mota Junior	Ambulatorio/atenção primaria/especializada

Fonte: cnes/Datasus

A tabelas de Estabelecimentos de Saúde do Município mostra 19 estabelecimentos de saúde sobre a gestão Municipal, não possuindo estabelecimentos de gestão dupla ou particular, todas são estabelecimentos SUS.

4.9.2 Assistência Ambulatorial Hospitalar Especializada

O principal estabelecimento de Atenção Especializada do município é o Hospital Cassiana Sousa Magalhaes, contendo os serviços de ambulatorio, urgência

e emergencia, radiologia e diagnóstico por imagem, serviços de Laboratório, nebulização, farmácia hospitalar, procedimentos clínicos e cirurgicos, atendimento 24 horas e serviços de internação contendo 26 leitos para clinicas basicas, 05 de observação, 02 pre-parto, e 02 de recuperação pós-cirurgica. O hospital ainda atende demanda de municipios da região como Urbano Santos, Belagua e Nina Rodrigues.

A manutenção da Unidade e custeda pelo Ministerio da Saúde por meio de transferência Fundo a fundo e mais de 80% por recursos do tesouro municipal.

O municipio ainda conta com o Laboratorio de Análises Clínicas Dr. Mota Junior com disponibilização de exames ambulatorial e exames de urgencia a à população residente.

Outro estabelecimento de grande Importancia para a localidade compreende o Centro de Especialidades Médicas governandor Luís Rocha, que dispoem de vários especialistas como: clinico geral, cardiologista, ginecologia, cirurgiao geral, médico psiquiatra, médico radiologista e diagnostico por imagem, alem de contar com os serviços de ultrassonografia, teste da orelhinha e da linguinha. O municipio ainda esta realizando estudo para implantação de novos serviços e especilidades médicas, pois este estabelecimento ainda não dispoem de financiamento por parte do Ministerio da Saúde e todas as depesas são custeadas pela Prefeitura Municipal.

Apresentaremos a seguir as produções do serviços de atenção especilizadas realizado pelo municipio no periodo elencado. Essa produção refere-se apenas aquelas que geraram valores aprovados disponíveis no Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA/SIH/SUS).

Tabela 19: procedimentos de média complexidade, por grupo de Procedimentos realizadas no municipio nos anos de 2010 a 2021.

GRUPO PROCEDIMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2018	2019	2020	2021	Total
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	2822	3108	2038	1510	1297	312	25264	65007	39810	36004	23726	200898
03 Procedimentos clínicos	467	595	85	425	-	209	7780	11339	12293	10411	41065	84669

04 Procedimentos cirúrgicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	22
Total	3.289	3.703	2.123	1.935	1.297	521	33.044	76.346	52.103	46.415	64.813	28.5589

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Ao longo da série histórica apresentada, podemos perceber que o município melhorou os registros de produção de suas unidades de Média complexidade, sendo os procedimentos com finalidade diagnósticas com maior quantitativo aprovado seguido dos procedimentos clínicos e necessita melhorar os procedimentos cirúrgicos.

Tabela 20: tabelas de Procedimento de AIH, por ano e grupo de Procedimento realizada pelo município

Grupo procedimento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
03-Procedimentos clínicos	643	703	676	755	971	357	436	836	1118	681	512	445	8178
04 Procedimentos cirúrgicos	106	161	93	4	-	17	-	-	26	9	17	111	546
Total	749	864	769	759	971	374	436	836	1144	690	529	556	8724

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

A série histórica apresentada na tabela, podemos perceber uma variação no quantitativos de aihs apresentadas e aprovadas ao longo dos anos. Os procedimentos cirúrgicos estão dentro das normalidades, considerando que em sua maioria são procedimentos eletivos. Os procedimentos clínicos em alguns anos ocorre um diminuição considerável, pode-se deduzir que foram os anos em que a atenção básica atuou forte na promoção e prevenção da saúde.

4.9.3 Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.

Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF.

Vários Programas estão inseridos neste nível de atenção a exemplo, o Programa Saúde na Hora, Centro de Especialidades Odontológicas, Programa de Saúde Bucal, Academia da Saúde, Estratégia de Saúde da Família e mais recente implementando o Novo Financiamento da Atenção Primária: o instituído pela Portaria 2.979 /2019, dentro outros programas e ações estratégicas.

A abaixo representa o quantitativos equipes credenciadas e financiadas pelo Ministerios da Saúde:

Tabela 21: Equipes Credenciadas e homologadas pelo Ministerio da Saúde

Equipes Implaatadas	Teto Municipal	Quatidade Credenciada
Equipes de Estratégia de Saúde da Família	09	09
Equipes de Estratégia de Saúde Bucal	09	05
Equipes de NASF-AB	-	01
Equipes de LRPD	-	01
Estratégia de Agentes Comunitarios de Saúde	53	53

Fonte: APS/MS

4.9.4 Previne Brasil - Novo modelo de financiamento para a APS

Lançado no dia 12 de novembro, Programa Previne Brasil é o novo modelo de repasse de recursos aos municípios e é baseado nas melhores evidências e experiências internacionais, como nos sistemas de saúde do Reino Unido e Canadá. O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

4.9.5 Componentes de Financiamento da APS

Captação Ponderada

A capitação ponderada é um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária. Esse componente considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município de acordo com o IBGE.

Por meio desse cadastro, pode-se identificar a população próxima à equipe e à Unidade Básica de Saúde (UBS) / Unidade de Saúde da Família (USF), subsidiando o planejamento das equipes nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos, famílias e comunidades. O cadastro do cidadão pode ser feito por CPF ou pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) por todos os integrantes da equipe de saúde.

O registro das informações de cadastro pode ser feito por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou sistemas próprios/terceiros. Os cadastros serão monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).

O incentivo financeiro referente a Capitação Ponderada é definido com base no quantitativo da população cadastrada por equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica do município (Tipologia, segundo IBGE).

O valor do incentivo financeiro de Capitação Ponderada corresponde ao per capita base anual de R\$ 50,50 (PORTARIA Nº 169, DE 31 DE JANEIRO DE 2020), por pessoa cadastrada nas eSF e eAP, podendo variar de acordo com as atribuições de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica.

O incentivo financeiro da Capitação Ponderada será monitorado e transferido mensalmente, sendo que o cálculo para definição do valor é realizado a cada 4 competências financeiras, ou seja, é calculado quadrimestralmente. O monitoramento, a suspensão e as transferências financeiras referentes a esse incentivo observarão as regras previstas na PNAB e nas normas vigentes que regulamentam o Previner Brasil e a Capitação Ponderada.

Pagamento por Desempenho

Um dos componentes que fazem parte da transferência mensal aos municípios é o pagamento por desempenho. Para definição do valor a ser transferido neste componente, serão considerados os resultados alcançados em um conjunto de indicadores que serão monitorados e avaliados no trabalho das equipes (eSF/eAP). Esse modelo tem como vantagem o aumento, no registro, das informações e da qualidade dos dados produzidos nas equipes. É importante, portanto, que as equipes se organizem para registrar e enviar periodicamente seus dados e informações de produção, por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), bem como para planejar o processo de trabalho para melhorar o desempenho. Para o ano de 2020, foram elencados e pactuados de forma tripartite sete indicadores

que atendem às seguintes ações essenciais: Indicadores criar figuras (texto no comentário)

O monitoramento desses indicadores vai permitir avaliação do acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços prestados pelas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, viabilizando, assim, a implementação de medidas de aprimoramento das ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, além de ser um meio de dar mais transparência aos investimentos na área da saúde para a sociedade. Os indicadores de pagamento por desempenho serão monitorados individualmente a cada quadrimestre, e seus resultados terão efeitos financeiros a partir de setembro de 2020. Devido a grande dificuldade enfrentada pelos municípios o ministério da Saúde através da Secretaria de Atenção Primária resolveu prorrogar por meio de Portarias o alcance desses indicadores até dezembro de 2021, considerando também os efeitos da pandemia do novo coronavírus.

Mais recentemente o Ministério da Saúde em parceria com o COSEMS e CONASEMS, levaram as pautas sobre os indicadores da APS a Comissão Intergestora Tripartite – CIT, e ficou aprovado que os municípios montariam suas estratégias para alcance das metas de desempenho conforme estabelecido por quadrimestre os indicadores: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação, Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, Cobertura de exame citopatológico, Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente e demais vacinas, Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre, Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Tabela 22: Indicadores do Previne Brasil

Indicador	Descrição do Indicador
01	Proporção de gestante com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira realizada até a 12ª semana de gestação
02	Proporção de gestante com realização de exames para sífilis e HIV
03	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado
04	Proporção de mulheres com coleta de exames citopatológicos na APS
05	Proporção de Crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, Hepatite B,

	infecções causadas por hemophilus influenzae tipo b e Poliomielite Inativa
06	Proporção de pessoas com hipertensão com consultas e pressão arterial aferida a cada semestre
07	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada solicitadas no semestre.

Fonte: APS/MS

Os indicadores de desempenho da APS, estão sofrendo análise e ajustes por parte do Ministério da Saúde e serão adotados critérios para pagamento do alcance das metas pactuadas. Existe outros indicadores que serão implementados gradativamente para qualificar melhor ainda a atenção primária em Saúde, ados quais descreveremos a seguir, caracterizado como indicadores globais.

- Ações multiprofissionais no âmbito da atenção primária à saúde;
- Ações no cuidado puerperal;
- Ações de puericultura (crianças de até 12 meses);
- Ações relacionadas ao HIV;
- Ações relacionadas ao cuidado de pessoas com tuberculose;
- Ações odontológicas;
- Ações relacionadas às hepatites;
- Ações em saúde mental;
- Ações relacionadas ao câncer de mama;

Indicadores globais de avaliação da qualidade assistencial e experiência do paciente com reconhecimento e validação internacional e nacional, como o primary care assessment tool (pcatool - instrumento de avaliação da atenção primária), o patient-doctor relationship questionnaire (pdrq-9 - questionário de avaliação da relação médico-paciente) e o net promoter score (nps - escala de satisfação do usuário).

Incentivos para ações estratégicas

Os incentivos para ações estratégicas abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde.

- Programa Saúde na Hora;
- Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Microscopista;
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade;
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Programa Academia da Saúde;
- Programas de apoio à informatização da APS;
- Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

As transferências financeiras referentes a cada uma das ações estratégicas observarão as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento dos respectivos programas, estratégias e ações.

Credenciamento e Homologação de Equipes e Serviços da APS

O município possui atualmente credenciada e financiada pelo Ministério da Saúde 05 equipes de estratégia de Saúde Bucal, e 09 equipes de estratégia de Saúde da Família e pretende ao longo dos anos ampliar de acordo com o teto municipal e outras estratégias.

A transferência dos incentivos financeiros de custeio federal referente a APS está condicionada:

- ao prévio credenciamento e homologação dos códigos identificáveis (INE e CNES) das equipes e serviços pelo Ministério da Saúde;
- a existência do cadastro das equipes e serviços no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES (com composição profissional e carga horária exigida para cada tipo de equipe); e

- a ausência de irregularidades que motivem a suspensão da transferência conforme disposto na PNAB (duplicidade profissional, denúncia de irregularidade por órgão de controle e para algumas equipes/serviços a ausência de envio de produção pelo SISAB por 3 competências consecutivas).

E ainda sobre o monitoramento mensal para fins de custeio, vale destacar que a transferência dos incentivos de custeio federal, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das equipes e serviços da APS ocorrerão por meio da homologação dos códigos identificáveis (INE e CNES), e não será permitida, sob pena de suspensão da transferência financeira, a alteração ou substituição dos códigos definidos em portarias específicas e a alteração do tipo de equipe vinculado ao código. Caso ocorram essas alterações, a transferência do incentivo financeiro será suspensa e mantida até a correção da irregularidade.

Estratégia de Saúde Bucal Saúde Bucal

As equipes de saúde bucal (eSB) vinculadas à eSF e eAP realizam ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação da saúde através da ampliação do acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas equipes são constituídas por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. E podem ser classificados em modalidade I e II, de acordo a composição profissional estabelecida na PNAB. Os profissionais das eSB devem cumprir carga horária individual de 40h semanais, com a excepcionalidade da eSB de carga horária diferenciada em que os profissionais podem cumprir carga horária individual de 30h ou 20h semanais.

O valor do incentivo financeiro de custeio mensal das equipes de saúde bucal (eSB) são:

Esb Modalidade I - 40h: R\$ 2.453,00 por Equipe,
Esb Modalidade II - 40h: R\$ 3.278,00 por Equipe,
Esb Modalidade I - 20h: R\$ 1.226,50 por Equipe;
e Esb Modalidade I - 30h: R\$ 1.839,75 por equipe.

Equipe de Saúde Bucal Credenciadas e homologadas

UF	MUNICÍPIOS	IBGE	Competência Financeira	Nº de equipes			Nº total de ESB custeada
				Nº de ESB 40h	Nº de ESB 20h	Nº de ESB 30h	
MA	SÃO BENEDITO DO RIO PRETO	211040	11/2021	5	0	0	5

Fonte: Ministério da Saúde / APS

Unidade Odontológica Móvel (UOM)

As Unidades Odontológicas Móveis (UOM) são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por Equipes de Saúde Bucal (eSB) vinculadas às Equipes da Estratégia de Saúde da Família.

A Equipe de Saúde Bucal (eSB) atenderá na UOM, seguindo os princípios e diretrizes definidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, atuando para garantir as ações de promoção e prevenção e o atendimento básico às populações: rurais; quilombolas; assentadas; e em áreas isoladas ou de difícil acesso.

A continuidade da atenção à saúde bucal das populações atendidas pela UOM se dará referenciando aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e/ou aos Laboratórios Regionais de Próteses de acordo com a necessidade.

Os procedimentos realizados na Unidade Odontológica Móvel deverão ser registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB).

O município contemplado com UOM receberá os seguintes incentivos financeiros: Incentivo de implantação – R\$ 3.500,00 em parcela única, Custeio mensal – R\$ 4.680,00.

O Município de São Benedito do Rio Preto, Não Possui UOM habilitada pelo Ministério da Saúde, mas pretende implantar nos próximos anos.

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade.

O CEO deve realizar uma produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria de consolidação nº6, de 28 de setembro de 2017. A transferência de incentivos financeiros mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO poderá ser suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal.

Existem três tipos de CEO que são descritos abaixo com seus respectivos custeios a serem recebidos:

CEO	Número de Cadeiras	Incentivo de implantação*	Incentivo de custeio - mensal
Tipo I	3 cadeiras odontológicas	R\$ 60 mil	R\$ 8.250 mil
Tipo II	de 4 a 6 cadeiras odontológicas	R\$ 75 mil	R\$11.000 mil
Tipo III	acima de 7 cadeiras odontológicas	R\$ 120 mil	R\$ 19.250 mil

*Incentivo de implantação - para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos

Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)

O LRPD é um estabelecimento que realiza o serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intraradiculares e fixas/adesivas.

A produção de prótese dentária é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo município/estado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Para fins de avaliação dos Municípios/Estados. Por isso é importante que o gestor faça a alimentação regular dos dados no sistema de informação para que não acarrete em suspensão da transferência do recurso financeiro. O Ministério da Saúde transfere um incentivo financeiro de custeio mensal aos municípios/estados para confecção de próteses dentárias, de acordo a faixa de produção:

- Entre 20 e 50 próteses/mês: R\$ 7.500,00
- Entre 51 e 80 próteses/mês: R\$ 12.000,00
- Entre 81 e 120 próteses/mês: R\$ 18.000,00
- Acima de 120 próteses/mês: R\$ 22.500,00

Credenciamento - Laboratório Regional De Prótese Dentária do Município

Laboratório Regionais de Prótese Dentária - LRPD						
UF	MUNICÍPIOS	IBGE	Competência Financeira	FAIXA	GESTÃO	
MA	SÃO BENEDITO DO RIO PRETO	211040	202111	20-50	MUNICIPAL	

Agentes Comunitários Da Saúde (ACS)

No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional, o ACS é considerado um componente da Estratégia de Saúde da Família atuando na Atenção Primária à Saúde (APS) com a perspectiva de, em sua área geográfica de atuação e por meio de dentária - visitas domiciliares rotineiras, ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão das equipes de referência que atuam na APS.

O incentivo financeiro referente ao Agentes Comunitários de Saúde (ACS) credenciados pelo Ministério da Saúde é transferido aos municípios em 12 parcelas consecutivas e uma parcela adicional no último trimestre. A Portaria nº 1.024, de 21 de julho de 2015, define a forma de repasse dos recursos da Assistência Financeira Complementar (AFC) da União para o cumprimento do piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do Incentivo Financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACS, de que tratam os art. 9º-C e 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006.

Com relação às responsabilidades municipais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltamos que em observância à autonomia dos entes federativos na relação Tripartite, e ao processo de descentralização da gestão do SUS, configura-se o município como principal responsável pela execução das ações de saúde em seu território. E a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ratifica as responsabilidades dos gestores, em âmbito de suas competências, dentre elas: "XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente."

O valor do incentivo financeiro federal de custeio mensal referente ao ACS está fixado, em R\$ 1.400,00 (um mil e quatrocentos reais) por Agente Comunitário de Saúde (ACS) a cada mês do ano de 2020.

Transferência Financeira Mensal – Agente Comunitário De Saúde

UF	Município	IBGE	Competência Financeira	Qt. ACS (95% e 5%)	Valor ACS (95% e 5%)*
MA	SÃO BENEDITO DO RIO PRETO	211040	11/2021	53 (direto) + 0 (indireto)	R\$ 82.150,00 (direto) + R\$ 0,00 (indireto)

*Assistência Financeira Complementar (AFC) - 95% e Incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACS (IFP) – 5%

Programa Saúde na Escola (PSE)

O município que possuir eSF e escola que participem da Semana de Mobilização Saúde na Escola, poderá ser custeado com incentivo financeiro federal de custeio de periodicidade anual. Para fazer jus a esse incentivo é necessário que os municípios tenham adesão ao Programa Saúde na Escola e que alcancem as metas pactuadas no Termo de Compromisso do Programa.

A transferência desse incentivo financeiro federal de custeio está condicionada a publicação de portaria específica do Ministério da Saúde com a lista dos municípios que serão custeados, em parcela única no ano.

Transferência Financeira Anual – Programa Saúde Na Escola

UF	Município	IBGE	Competência financeira de transferência do incentivo anual	Valor Municipal	Valor Estadual
MA	SÃO BENEDITO DO RIO PRETO	211040	-	(O Município possui adesão ao PSE)	

Programa Academia Da Saúde

O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde. Esses polos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, que complementam o cuidado

integral e fortalece as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde da Atenção Primária.

O incentivo financeiro de custeio dos polos do Programa Academia da Saúde, a ser repassado mensalmente, por transferência regular e automática, por meio do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), no valor mensal de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por polo.

O valor do incentivo financeiro de custeio mensal dos polos do Programa Academia da Saúde são: Polo de Academia da Saúde: R\$ 3.000,00 (três mil reais) por polo;

O Município possui 02 polos de academias da Saúde em funcionamento e encontra-se em processo de solicitação de custeio junto ao ministério da Saúde.

Programa Informatiza APS

O Informatiza APS faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O programa apoia a informatização das unidades básicas de saúde e a qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde de todo o país. Podem participar do programa as Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP) que forem consideradas informatizadas, ou seja, que fazem uso de sistema de prontuário eletrônico nos ambientes de atendimento direto ao cidadão, devidamente preenchido a cada atendimento e com envio adequado de dados ao Ministério da Saúde.

Para que essas equipes possam receber custeio do programa Informatiza APS, o gestor municipal deve aderir ao Informatiza APS no portal e-Gestor AB, e também é necessário que tenham enviado informações ao Ministério da Saúde provenientes de sistema de prontuário eletrônico em pelo menos uma das três competências anteriores à solicitação de adesão. A adesão se confirmará após publicação de portaria de homologação.

O valor do incentivo financeiro de custeio mensal do Programa Informatiza APS são:

Para Equipe de Saúde da Família em: municípios com tipologia urbano ou intermediário adjacente: R\$ 1.700,00 por equipe; Municípios com tipologia intermediário remoto ou rural adjacente: R\$ 2.000,00 por equipe; municípios com tipologia rural remoto: R\$ 2.300,00 por equipe.

Para as Equipes de Atenção Primária os valores de custeio serão proporcionais aos valores para eSF: eAP de Modalidade I - 50% do valor do incentivo definido para a eSF, eAP de Modalidade II - 75% do valor do incentivo definido para a eSF,

O valor do incentivo financeiro referente ao programa será transferido mensalmente, fundo a fundo do Ministério da Saúde aos municípios, de acordo com o número de equipes aderidas, desde que cumpram os requisitos mínimos para implantação e manutenção do programa, após a publicação da portaria de homologação.

O Município encontra-se em processo de adesão ao programa Informatiza APS. O programa viabiliza o custeio aos municípios e Distrito Federal para implantação do horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o território brasileiro. O programa conta com a possibilidade de adesão em quatro tipos de formato de funcionamento em horário estendido:

- USF 60h: composta por 3 eSF;
- USF 60h com saúde bucal: composta por 3 eSF e 2 eSB;
- USF 75h com saúde bucal: composta por 6 eSF e 3 eSB
- USF 60h simplificado: composta pela soma da carga horária de todas as equipes de saúde da unidade, podendo ser uma combinação de eSF (40 h) e eAP (20h ou 30h).

Incentivo financeiro para implantação em parcela única para cada USF:

O valor do incentivo financeiro adicional de custeio mensal por USF ou UBS são:

- USF 60h: R\$ 22.816,00;
- USF 60h com saúde bucal: R\$ 31.766,00;
- USF 75h com saúde bucal: R\$ 59.866,00; e
- UBS ou USF 60h simplificado: R\$ 15.000,00.

O valor do incentivo financeiro referente ao programa será transferido mensalmente, fundo a fundo do Ministério da Saúde aos municípios, de acordo com o número de USF ou UBS aderidas e o respectivo formato de funcionamento, desde que cumpram os requisitos mínimos para implantação e manutenção do programa. Além do O valor será correspondente ao incentivo financeiro adicional de custeio mensal por

USF ou UBS, o município fará jus a parcela única de apoio à implantação do programa, de valor igual ao custeio mensal equivalente ao formato de funcionamento de horário estendido.

Dentro da Estratégia de Saúde da Família existe uma series de Programas que devem ser desenvolvidos com ênfase na melhora da qualidade de vida dos usuários dos quais podemos destacar:

Saúde da Criança: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança desenvolve ações que vão desde um pré-natal de qualidade para a mulher e o bebê, nascimento seguro e humanizado com a adoção de boas práticas, atenção à saúde do recém-nascido, aleitamento materno, estímulo ao desenvolvimento integral na primeira infância, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, prevenção de violências até promoção da cultura de paz.

Saúde da Mulher: O Programa Saúde da Mulher tem por objetivo promover Assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológica, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) como também nos casos de doenças crônicas ou agudas.

Saúde do Idoso: A Saúde do Idoso busca oferecer qualidade de vida por meio da alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que reduzam o estresse, diminuição dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação.

Saúde do Homem: essa estratégia é fundamental e quando adotada alicerça suas ações e metas de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação dos agravos à saúde do homem, sobretudo nos serviços oferecidos na Rede SUS, a Política Nacional de Atenção Básica e do seu Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Programa de Hipertensão e Diabetes: Caracteriza-se por um conjunto de de ações estratégicas consiste em promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, assistência farmacêutica e medidas preventivas para o controle de complicações. O acompanhamento e o controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus no âmbito da Atenção Básica poderão evitar o surgimento e a progressão de complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade devido a esses agravos.

Outros programas estão inseridos dentro da Atenção básica em parceria com a vigilância em Saúde dentre destacamos: programa de controle da hanseniose e tuberculose, atenção integral a população negra, programa de imunização, programa de combate a obesidade, e muitos outros.

Produção dos Serviços de Saúde da Atenção Primária

As informações da atenção Primária são registradas por meio de sistemas de informação em Saúde, que são disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS- DATASUS. As informações presentes na tabela abaixo caracterizam um registro de série histórica de produção por grupo de Procedimento da APS, compreendido nos anos de 2010 a 2021, realizados no município e enviado ao Ministério da Saúde através do Sistema SIA/SUS:

Tabela23:Produção de Atenção Básica por grupo de procedimentos e ano de atendimento.

Grupo procedimento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
01 Ações de promoção e prevenção em saúde	102.290	85314	6983	64.400	87.918	1.068.948	609.979	86251	140205	90528	63046	-	2.405.862
02 Procedimentos com finalidade diagnóstica	544	442	61	1167	2343	4.720	2683	3224	3326	3249	3591	1406	26.756
03 Procedimentos clínicos	37033	34640	2723	65047	1633727	128325	152.103	72671	119674	330960	65902	125	2.642.933
04 Procedimentos cirúrgicos	2469	2669	261	404	1548	3435	714	1340	1312	1574	1387	-	17.113
Total	142.336	123.065	10.028	131.018	1.725.536	1.205.428	765.479	163.486	264.517	426.311	133.926	1.531	5.092.664
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)													

A tabela mostra que os da APS foram muito bem registrados em anos anteriores a 2021, pois tratava-se procedimentos informados em Boletim de Produção Ambulatorial- BPA. Com os avanços das tecnologias o BPA, foi substituído pelo E-SUS – Estratégia do SUS.

O e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do

Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

O e-SUS passou então a ser o sistema oficial de registro de produção da Atenção Básica, pois ele individualiza o atendimento através do Cartão Nacional de Saúde e/ou Cadastro de Pessoa Física – CPF, com informações mais fidedigna.

SAÚDE		MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO DE MARANHÃO MUNICÍPIO DE SÃO BENEITO DO RIO PRETO											
FILTROS: Período: 01/01/2021 a 31/12/2021 Unidade de saúde: Todos Equipe: Todos Profissional: Todos CBO: Todos													
Relatório de resumo de produção - Série histórica													
Cadastros													
Descrição	01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	08/2021	09/2021	10/2021	11/2021	12/2021	Total
Cadastro domiciliar e territorial	0	1	0	1	0	1	32	32	33	31	34	0	203
Cadastro individual	0	3	0	0	1	0	73	168	168	151	42	0	633
Total	0	4	0	1	1	4	105	220	221	203	76	0	835
Produção													
Descrição	01/2021	02/2021	03/2021	04/2021	05/2021	06/2021	07/2021	08/2021	09/2021	10/2021	11/2021	12/2021	Total
Atendimento domiciliar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atendimento individual	30	77	366	861	1.919	1.630	1.763	1.628	1.837	1.376	224	0	11.691
Atendimento odontológico individual	0	0	0	217	396	230	347	98	208	302	32	0	1.430
Atividade coletiva	11	3	2	2	12	12	22	31	45	18	1	0	139
Análise de elegibilidade e admissão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Marcação de consumo alimentar	0	3	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0	21
Procedimentos individualizados	3	40	239	316	1.131	1.021	1.413	1.397	1.238	1.033	175	0	6.272
Síndrome neurológica por Zika / Microcefalia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vacinação	13	145	305	429	943	994	1.847	413	432	337	146	0	6.322
Unidade domiciliar e territorial	36	773	1.586	1.587	3.279	3.731	4.096	2.570	2.207	1.327	41	0	20.749
Total	73	1.041	2.017	3.821	7.305	7.803	9.290	6.139	6.287	4.413	419	0	46.670

Fonte: E-sus APS/ Município: Dados preliminares/ novembro 2021

As Informações da tabela acima, mostra o avanço do município na implementação do Sistema de informação da Atenção Básica, com o sistema oficial. As informações contidas na tabela são fidedignas por se tratar do registro individualizada e são preliminares de novembro de 2021, e já foram registrados no período cerca de 46.670 atendimentos de todas as categorias profissionais. Através do Esus, são registrados e calculados todos os indicadores da APS para fins de financiamento da Saúde do nível de atenção.

4.9.6 A Assistência Farmacêutica Municipal

Caracteriza-se por um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e uso racional são desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

A oferta de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada em três componentes que compõem o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica - Básico, Estratégico e Especializado, além do Programa Farmácia Popular. Com exceção do Farmácia Popular, em todos os outros componentes o

financiamento e a escolha de qual componente o medicamento fará parte é tripartite, ou seja, a responsabilidade é da União, dos estados e os municípios.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos, no âmbito municipal caberá a Secretaria Municipal de Saúde de Anajatuba as responsabilidades:

- Coordenar e executar a Assistência Farmacêutica, no seu âmbito;
- Promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- Capacitar RH para cumprimento das responsabilidades do município;
- Implementar ações de Vigilância Sanitária sob sua responsabilidade;
- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- Definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais- RENAME, a partir das necessidades, decorrentes do perfil noológico da população;
- Assegurar o suprimento dos medicamentos destinados a Atenção Básica à saúde de sua população, integrando sua programação a do Estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
- Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

No município de São Benedito do Rio Preto-MA, está implantado a coordenação de Assistência Farmacêutica Municipal, e está habilitado dentro do

Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS), no eixo Estrutura, para fins de receber recursos de capital e custeio para contribuir na estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS na Atenção Básica considerando área física, equipamentos, mobiliários e recursos humanos a nível local. O município também está em fase de implantação do sistema Horus ou um sistema próprio informatizado.

4.9.7 Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.

As ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador fazem parte da vigilância em saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma de consultas e procedimentos. Portanto, a vigilância em saúde busca contemplar os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde.

O município conta em sua estrutura administrativa e como política a vigilância epidemiológica, e sanitária e está em fase de implantação da vigilância ambiental.

4.9.8 Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei nº 8.080/90 como “um 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”.

O objetivo principal é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida.

Constitui-se ainda um importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas afins.

A vigilância epidemiológica prevê a integralidade preventivo assistencial das ações de saúde, e a consequente eliminação da dicotomia tradicional entre essas duas áreas, que tanto dificultava as ações de vigilância. Além disso, a descentralização das responsabilidades e funções do sistema de saúde implicou no redirecionamento das atividades de vigilância epidemiológica para o nível local.

A Vigilância Epidemiológica tem como funções a coleta e processamento de dados, notificar, investigar e encerrar casos de doenças e agravos de notificações compulsórias (Portaria nº204/2016 GM/MS), monitorar a ocorrência de mortalidade materna em mulheres em idade fértil, investigar óbitos de causas mal definidas e alimentar os sistemas de informação do Ministério da Saúde: SIM, SINAN e SINASC, além de enviar amostras ao LACEN, quando necessário.

Dentro da estrutura da Vigilância epidemiológica do município estão uma série de Programas e sistemas de informação capazes de produzir informações para a tomada de decisão sobre as políticas de saúde local.

Sistema de Informação de mortalidade – SIM: O SIM proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. O documento base para a captação dos dados de mortalidade é a Declaração de Óbito - DO. Trata-se de um documento fornecido pelo Ministério da Saúde, em três vias, pré numeradas sequencialmente e distribuído às Secretarias Municipais de Saúde. A responsabilidade pela emissão da DO é do médico, sendo fundamental o seu empenho no preenchimento correto de todas as variáveis desse documento.

Com base nessas informações do sistema SIM, é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. O sistema ainda proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. O documento base para a captação dos dados de mortalidade é a Declaração de Óbito.

Sistema de Informação de Nascidos Vivos: O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) tem por objetivo reunir informações relativas aos nascimentos ocorridos em todo o território nacional. A fonte dos dados é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada pelo Ministério da Saúde.

A partir da base de dados do SINASC é possível: Conhecer o perfil de nascidos vivos, identificando seus diversos aspectos: peso ao nascer, condições de vitalidade, idade da mãe, prematuridade, distribuição espacial e temporal, entre outros, Oferecer subsídios para o desenvolvimento de ações para melhorar o atendimento às gestantes e aos recém-nascidos, identificando situações de risco e calcular indicadores tais como percentual de partos cesariana, nascidos vivos com baixo peso e por faixa etária da mãe. O número de nascidos vivos também é utilizado como denominador para cálculo da cobertura vacinal, coeficiente de mortalidade infantil e materna.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Tem por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica.

A utilização efetiva dos seus dados permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas contribuindo assim para a identificação da

realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

A notificação compulsória deve ser feita por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes. Além disso, alguns eventos ambientais e doença ou morte de determinados animais também se tornaram de notificação obrigatória.

Em todas as Unidades de Saúde realiza ações de Vigilância Epidemiológica notifica, investiga e desenvolve ações para o controle de doenças e agravos de ocorrência no município.

A vigilância epidemiológica ainda utiliza outros sistemas de informação como: sivep_dda para monitorar as diárias ocorridas por semana epidemiológicas, SIVEP-Malaria para informação de casos de malária ocorridos na região, SISPNCD que registra as informações do Programa da Dengue no Município e o LIRAA que realizado de acordo com o planejamento do Estado do Maranhão, cuja finalidade é acompanhar a infestação de Dengue no território. E ainda utiliza sistemas de informação de outras áreas para traçar suas estratégias de atuação. Todos esses sistemas mencionados são alimentados de forma regular pelos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde.

A vigilância epidemiológica trabalha em parceria com a Atenção Primária do Município com a realização de programas estratégicos tais como:

Programa de Controle da Malária: O Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM), do Ministério da Saúde, estabelece uma política permanente para a prevenção e o controle dessa endemia, agregando as sugestões emanadas do processo contínuo de avaliação realizado pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

O Programa tem como base os seguintes componentes: Apoio à estrutura dos serviços locais de saúde, Diagnósticos e tratamentos, Fortalecimento da vigilância da malária, Capacitação de recursos humanos, Educação em Saúde, Comunicação e mobilização social, Controle seletivo de vetores.

Programa de Controle das Leishmanioses: A Leishmaniose visceral (LV) foi primariamente uma zoonose, caracterizada como doença de caráter eminentemente rural. Mais recentemente vem se expandindo para áreas urbanas de médio e grande porte e se tornou um grande problema de saúde pública no país e em outras áreas do continente americano, sendo uma endemia em franca expansão geográfica. É uma doença crônica sistêmica, quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90%

dos casos.

Na área urbana o cão (*Canis familiares*) é a principal fonte de infecção. A enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção de cães tem sido mais prevalente que no Homem. Os vetores relacionados com a transmissão da doença são denominados flebotomíneos, conhecidos popularmente como mosquito palha, tatuquiras, brigui, entre outros.

Programa Nacional de Controle da Dengue: o Programa Nacional de Controle da Dengue, foi implantado pelo Ministério da Saúde no de 2002, que incorporou as experiências nacionais e internacionais de controle da dengue, enfatizando a necessidade de mudança nos modelos anteriores.

Os objetivos do Plano Nacional do Controle da Dengue são: Reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*, Reduzir a incidência da dengue, Reduzir a letalidade por complicações da dengue.

O Município de São Benedito do Rio Preto, conta com uma equipe treinada para realizar as ações ao longo de todo o ano. as ações de combate e controle da dengue incluem :notificar os casos suspeitos de dengue, coleta e envio de exames dos casos suspeitos ao laboratório de referência, levantamento rápido do índice de infestação, execução das ações de controle mecânico, químico e biológico do vetor da dengue, alimentação do sistema de informação e envio de dados à instância regional, análise e retroalimentação dos dados às unidades notificantes, divulgação de informação e análise epidemiológica da dengue, coordenação e execução das atividades de educação em saúde e mobilização social, capacitação de recursos humanos para execução do programa.

Programa Nacional de Imunização: o PNI foi institucionalizado 1975 pelo Ministério da Saúde resultante do somatório de fatores, de âmbito nacional e internacional, que convergiam para estimular e expandir a utilização de agentes imunizantes, buscando a integridade das ações de imunizações realizadas no país. O PNI passou a coordenar, assim, as atividades de imunizações desenvolvidas rotineiramente na rede de serviços própria.

O objetivo principal do Programa é de oferecer todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente em nosso país, tentando alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea em todos os municípios e em todos os bairros.

O Município dispõem de uma coordenação atuante do Programa, cuja

finalidade é desenvolver um conjunto de ações estratégicas para alcance das coberturas vacinais nas faixas etárias e grupos preconizados pelo Ministério da Saúde, cumprindo o calendário nacional básico de vacinas, realizando imunização de rotina e campanhas nacionais descentralizadas para as áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Em 2021, além da vacinação de rotina e campanhas já conhecidas, foi implementado mais uma campanha de vacinação contra a Covid-19.

A Secretaria Municipal elaborou o Plano Municipal de Vacinação contra a Covid-19, em consonância com o Plano Nacional e Estadual de Vacinação e a campanha segue em ritmo acelerado. A Secretaria disponibilizou equipes próprias de vacinação, disponibilizando insumos e materiais para vacinação da população.

Os imunizantes disponíveis no município são os mesmos distribuídos pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios: Coronavac, Astrazeneca, Pfizer e Janssen. A Secretaria Municipal de Saúde tem como meta vacinar 100% dos públicos-alvos e garantir a proteção de toda a sua população, complementando todo o esquema vacinal dos usuários.

Outros programas ainda se destacam: Programa de Controle da Hanseníase e tuberculose, Programa de Monitoramento das diarreias agudas, Programa de Controle das IST's, Vigilância do Óbito infantil e fetal e materno e muitos outros que fortalecem o sistema de vigilância epidemiológica do município.

4.9.9 Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária Municipal é o órgão da Secretaria de Saúde, que tem por competência planejar e executar as ações nessa área, no âmbito do município, visando o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de precaução na saúde, prevenção e controle nos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde.

Os principais objetivos da Vigilância Sanitária Municipal são atualizar os cadastrados estabelecimentos sujeitos a controle sanitário; licenciar e inspecionar os estabelecimentos sujeitos a controle sanitário; fiscalizar o comércio de ambulantes, abates, açougues, produtos in natura e outros, atuando de forma integrada ao Ministério da Agricultura e Secretarias de Estado da Agricultura; integrar-se aos órgãos de

vigilância epidemiológica e Vigilância em Saúde Ambiental na investigação de surto por doenças transmitidas por alimentos e água contaminada.

Além disso, deve garantir que denúncias e reclamações sejam atendidas e resolvidas em um curto período de tempo, garantir que as ações sejam realizadas conforme o cronograma de metas, orientar e educar a população, produtores, manipuladores e distribuidores por meio de palestras, seminários, encontros, reuniões, além de enviar mensalmente relatório das atividades desenvolvidas pela Visa municipal ao órgão competente da SUVISA.

O município dispõe de sua equipe de Vigilância montada e estruturada para realizar as ações de serviços de saúde de competência da VISA municipal. A tabela a seguir mostra um conjunto de atendimentos realizados no período.

Tabela 24: Procedimentos de visa por ano de atendimento

Procedimento	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	Total
0102010056 atividades educativas para o setor regulado	-	13	2	-	26	88	55	18	44	246
0102010072 cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	9	42	12	1	62	116	79	14	56	391
0102010170 inspeção dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	-	19	15	-	36	91	67	17	85	330
0102010188 licenciamento dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária	-	-	-	-	-	-	-	-	33	33
0102010226 atividade educativa para a população	-	15	6	-	26	82	57	17	147	350
0102010234 recebimento de denúncias/reclamações	-	30	12	-	34	103	99	46	53	377
0102010242 atendimento à denúncias/reclamações	-	19	7	-	29	108	99	51	53	366
0102010455 cadastro de serviços de alimentação	-	-	-	-	-	-	-	-	19	19
0102010463 inspeção sanitária de serviços de alimentação	-	-	-	-	-	-	-	-	25	25
0102010501 atividades educativas sobre a temática da dengue, realizadas para a população	1	-	-	-	-	-	-	-	81	82
0102010528 instauração de processo administrativo sanitário	-	13	4	2	4	15	6	15	1	60
Total	10	151	58	3	217	603	462	178	597	2279

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) /*Dados preliminares de 2021

Observa-se que a vigilância Sanitária Municipal vem realizando um conjunto de ações de sua competência, tendo melhorado ao longo dos anos os registros de informação em saúde, além de realizar outras ações em parcerias com outros setores e entidades.

4.10 Vigilância Ambiental

A Vigilância em Saúde Ambiental é um conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. Ela tem a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.

- As principais ações da vigilância em saúde ambiental são as seguintes:
Fomentar a articulação permanente com as outras estruturas da vigilância em saúde e o processo de trabalho integrado com a atenção à saúde;
- Definição de áreas de atenção ambiental atmosférica de interesse para a saúde;
- Garantir a intersetorialidade e interinstitucionalidade voltada para promoção da saúde e prevenção dos agravos decorrentes dos fatores de risco presentes no ambiente;
- Identificação e priorização de áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a contaminantes químicos;
- Participar da preparação e resposta do setor saúde aos desastres naturais;
- Estabelecer ações de vigilância entomológica e malacológica;
- Realizar o manejo integrado de vetores.

O município de São Benedito do Rio Preto-MA, estabeleceu como meta neste plano a implantar a VSA e desenvolver um conjunto de ações de sua competência.

Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQA-VS compõe o conjunto de iniciativas do Ministério da Saúde para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas para a garantia do acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população, para redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros.

A Portaria GM Nº 1.708, DE 16 DE AGOSTO DE 2013, regulamenta o

Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. O PQA-VS tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde nos âmbitos estadual, distrital e municipal e é composto por Fase de Adesão e Fase de Avaliação.

O município tem se empenhado e a cada ano tem atingido os indicadores propostos e, posteriormente ainda recebe recursos para investir nas ações de vigilância. A tabela a seguir mostra a lista de indicadores mínimos da PQA-VS, que os municípios devem trabalhar para qualificar sua gestão em vigilância.

Tabela 25: indicadores da PQA-VS

Indicador	% Meta
1- Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência	$\geq 90\%$
2- Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência.	$\geq 90\%$
3- Proporção de salas de vacina do Município alimentando mensalmente no SI-PNI	$\geq 80\%$
4- Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Básico de Vacinação da Criança - Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) em < 1 ano e Tríplice viral (1ª dose) até 1 ano, com cobertura preconizada	100%
5- Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro)	$\geq 75\%$
6- Número de semanas epidemiológicas com informações no Sinan	=50
7- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	=80%
8-- Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno	=70%
9- Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	=4
10- Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase	=80%
11- Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	=70%
12- Número de testes de sífilis por gestante.	=2
13- Número de testes de HIV realizados	=15%
14- Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho	=95%

15- Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	=95%
---	------

Nas últimas avaliações de 2021 do PQA-VS divulgada pela Secretaria de Estado da Saúde, o município apresenta uma das melhores posições do ranking de cobertura de indicadores, conforme mostra abaixo:

URS	MAIS IDH	IBGE	MUNICÍPIOS	Nº de Metas para 100% R\$	2021	Falta Alcançar	INDICADORES ALCANÇADOS 2021 (PARCIAL)															SITUAÇÃO
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
ITAPECURU MIRIM	NÃO	210070	Anajatuba	7	8	-1	1	-	3	-	-	-	8	9	10	-	12	13	14	PARABENS		
	NÃO	210100	Arari	7	8	-1	1	-	-	-	5	-	-	8	9	10	11	-	13	14	PARABENS	
	SIM	210173	Belágua	6	7	-1	-	2	3	-	-	-	8	-	-	11	12	13	14	PARABENS		
	NÃO	210270	Cantanhede	7	8	-1	1	2	3	-	-	-	8	9	10	-	-	13	14	PARABENS		
	NÃO	210540	Itapecuru Mirim	9	8	1	1	-	-	-	5	6	-	8	9	10	-	-	13	14	Intervir	
	NÃO	210663	Matões Norte	7	7	0	-	-	3	-	5	-	-	8	9	10	-	-	13	14	PARABENS	
	NÃO	210675	Miranda do Norte	7	7	0	1	-	3	-	-	-	-	8	9	-	11	-	13	14	PARABENS	
	NÃO	210720	Nina Rodrigues	7	7	0	-	-	3	-	5	-	-	-	9	-	11	12	13	14	PARABENS	
	NÃO	210880	Pirapemas	7	8	-1	-	-	3	-	-	6	-	8	9	10	11	-	13	14	PARABENS	
	NÃO	210930	Presidente Vargas	7	10	-3	1	-	3	-	5	-	-	8	9	10	11	12	13	14	PARABENS	
	NÃO	211040	São Benedito do Rio Preto	7	8	-1	1	2	3	-	-	-	-	8	9	-	11	-	13	14	PARABENS	
	NÃO	211260	Urbano Santos	8	9	-1	1	2	-	-	-	6	-	8	9	10	11	-	13	14	PARABENS	
	NÃO	211270	Vargem Grande	9	11	-2	1	2	3	-	5	6	-	8	9	10	11	-	13	14	PARABENS	
	NÃO	211290	Vitória do Mearim	8	10	-2	1	2	3	-	5	-	-	8	9	10	11	-	13	14	PARABENS	

Fonte: SES/MA

5 . AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes

para a organização da RAS no âmbito do SUS. As redes de atenção à saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, organizando o acesso da população nos três níveis de assistências (Primária, Secundária e Terciária), compreendendo as condições crônicas e agudas.

O município de São Benedito do Rio Preto-MA, está inserido dentro de da região de Saúde de Itapecuru composta por 14 municípios, onde são discutido as propostas da rede de Atenção a Saúde e em seguida são encaminhada as demandas para o grupo condutor do PRI, onde são aprovadas para constituição e elaboração dos planos das redes.

A Região de Saúde de Itapecuru-Mirim, possui clima predominantemente tropical, compreende uma área de 9.916,17km², com uma densidade demográfica média de 22,23hab/km², conforme mostra a tabela com os municípios da região, população e densidades.

Tabela 26: Composição da região de Saúde de Itapecuru

Município	Área (Km ²)	População (Hab)	Densidade
Anajatuba	1116.947	27170	24,33
Arari	1100.285	30014	27,28
Belágua	499.427	7586	15,19
Cantanhede	797.887	22236	27,87
Itapecuru mirim	1165.585	69233	59,40
Matões do norte	781.963	17316	22,14
Miranda do norte	353.553	29121	82,37
Nina rodrigues	572.513	14826	25,90
Pirapemas	688.737	18814	27,32
Presidente vargas	467.323	11328	24,24
São benedito do rio preto	931.592	18769	20,15
Urbano santos	1207.774	33791	27,98
Vargem grande	1957.772	57813	29,53
Vitória do mearim	726.435	32956	45,37

Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)
Ano de referência: 2021

No longo dos anos a região de Saúde tem discutido e elaborado os planos das 05 (cinco) redes Atenção à Saúde, a Saber: Rede Materno-Infantil, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas, considerando o perfil da região e capacidade instalada de cada município.

5.1 Rede de Atenção as Urgências

A Portaria Ministerial nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), tem por objetivo ampliar, qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de Urgência e Emergência. Busca melhorar a articulação e a comunicação entre a Central de Regulação do SAMU 192, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24 h), as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades Hospitalares, tornando o atendimento ainda mais rápido e eficaz, com o objetivo de reduzir as mortes ou sequelas ao paciente.

A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (§ 1º art. 3º Portaria 1600/2011).

Conforme o art. 4º da portaria supracitada, a Rede de Atenção às Urgências, é constituída pelos seguintes componentes:

- Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- Atenção Básica em Saúde;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- Sala de Estabilização;
- Força Nacional de Saúde do SUS;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- Hospitalar; e

- Atenção Domiciliar.

A proposta da pactuação do desenho regional da Rede de urgência foi realizada em reuniões da Comissão Intergestores Regional - CIR Itapecuru Mirim e encaminhada ao grupo condutor do PRI. Nesta rede o município de São Benedito do Rio Preto Incluiu alguns serviços dentro eles o SAMU 192, Motolândia vinculado ao samu 192, implantar o Serviço de atenção domiciliar com EMAD E EMAP.

5.2 Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil (Rede Cegonha)

Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil (Rede Cegonha), foi instuída pelo Ministério da Saúde, através da portaria 1459 de 24 de junho de 2011 como uma rede de cuidados materno e infantil que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério; e à criança o nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Rede organiza-se em 04 componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (transporte sanitário e regulação) e tem por objetivos garantir:

- O direito à ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal às mulheres, recém-nascidos e crianças;
- A vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto;
- A realização de parto e nascimento seguros, mediante boas práticas de atenção;
- Acompanhante no parto, de livre escolha da gestante;
- A atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade
- O planejamento reprodutivo.

O desenho do Plano de Ação da Rede Materno Infantil de Itapecuru Mirim fundamenta-se no eixo normativo do SUS e foi elaborado a partir do diagnóstico situacional da saúde da mulher e da criança de cada município da Região, da elaboração do desenho regional da Rede de Saúde voltada à área materno-infantil com a utilização de uma matriz diagnóstica de saúde obedecendo à portaria 650, de 5 de

outubro de 2011 e aos princípios que regem a portaria regulamentadora da Rede.

O município de São Benedito dentro da Estrutura da Rede Materno Infantil, de acordo com sua capacidade instalada tem a responsabilidade sobre o pre-natal de risco habitual, tendo sua referência para alto risco o Hospital Adelia Matos Fonseca no município de Itapecuru e os hospitais da rede estadual em São Luis-MA.

5.3 Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, tem o objetivo de acolher e acompanhar as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

A Rede de Atenção Psicossocial organiza-se nos seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial e tem por objetivos garantir:

- Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A Região de Saúde de Itapecuru Mirim não dispõe, ainda, de Pontos de Atenção Especializados para atender de modo acolhedor e integral, a necessidade dos usuários do SUS.

São benedito do Rio Preto, pactuou nesta rede a implantação de alguns serviços, como: CAPS I, equipe Especializada em Saúde mental tipo II e III. E implantará os serviços ao longo da vigência deste Plano de Saúde.

5.4 Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas

As diretrizes da Rede estão definidas nas portarias nº 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Essa rede encontra-se em processo de reestruturação, priorizando os serviços de média complexidade os Serviços de Prevenção de Lesões Percussoras do Câncer do Colo Uterino (SRC) e Serviços para Prevenção e Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM).

A região de Itapecuru é desprovida de serviços da rede. A secretaria de Estado da Saúde, no intuito de minimizar os transtornos aos pacientes, realizou um desenho não oficial para atender os municípios. Pacientes Oncológicos São encaminhados para a rede de saúde do estado em outras regiões como Chapadinha e São Luís. Atualmente os pacientes oncológicos de São Benedito do Rio Preto são referenciados para o Hospital Audenora Belo ou outro da capital e pacientes dialíticos são atendidos no Hospital Regional de Chapadinha e em alguns casos São Luís.

5.5 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

A política de saúde para pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS), instituída por meio da Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de

implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil, por meio de uma atenção integral à saúde dessa população, desde a Atenção Primária em Saúde (APS) até a reabilitação, incluindo o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando necessário.

O objetivo é promover saúde, prevenir e diagnosticar deficiência precocemente, além de tratar com foco na habilitação e reabilitação das suas capacidades funcionais (física, auditiva, intelectual e visual) desenvolvendo, desta forma, suas potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia.

Na região de Itapecuru os municípios identificam as necessidades básicas e específicas de saúde da pessoa com deficiência, através da promoção, prevenção, reabilitação e principalmente a inclusão social, numa estrutura organizada de assistência a atenção primária, média e alta complexidade fortalecida pelo ideário do SUS.

No desenho desta rede São Benedito do Rio Preto, pleitou a inclusão do Centro de reabilitação tipo II (física e intelectual), referenciado para sua própria população.

6. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Educação em Saúde são temas extremamente importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde muito tempo essa política vem sendo um desafio para todos os gestores.

Essa área enfrenta vários desafios, principalmente a necessidade de capacitação e reciclagem de recursos humanos, de forma a possibilitar a realização de novas práticas e tecnologias que conduzam à transformação do quadro sanitário do nosso município.

A Educação em Saúde tem como objetivo principal, desenvolver ações educativas, de mobilização social, fazendo prevenção e promoção de saúde, visando o controle de doenças e agravos prevalentes nas regiões, fomentando nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde.

A educação permanente compreende ações de formação dos profissionais da saúde, transformando os processos formativos e as práticas pedagógicas, proporcionando assim, a organização dos serviços através da articulação da gestão, na identificação de problemas cotidianos buscando soluções.

O município se propõe ao longo desse quadriênio na diretriz Saúde do trabalhador instituir A Política de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS local. E ainda, propõem estabelecer condições e articulação com a Secretaria de Estado da Saúde-SES/MA, a Escola Técnica do SUS (ET-SUS) e Ministério da Saúde através ambientes virtuais de aprendizagens –AVA, Portal UNA-SUS, Instituição públicas e privadas e muitas outras alternativas para qualificar todos os trabalhadores de saúde.

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O processo de monitoramento e avaliação é elemento essencial da gestão pública. São funções estratégicas de planejamento e devem ser inerentes a todas as políticas, pois informam a tomada de decisão e o Controle Social sobre os rumos da política de saúde, induzindo a alocação dos recursos disponíveis de forma adequada e solucionando possíveis problemas de execução das ações e programas.

O monitoramento consiste no acompanhamento contínuo de uma política pública, através da coleta e análise sistemática de dados sobre a sua execução, a fim de verificar se sua implementação está de acordo com as metas planejadas. A avaliação fundamenta-se na análise dos efeitos da política para determinar a capacidade de gerar as mudanças planejadas, ou seja, busca estabelecer uma relação de causa e efeito, inferindo um julgamento de valor sobre a intervenção. Portanto, a avaliação é um processo mais amplo e refere-se aos resultados finalísticos da ação avaliada. O processo de monitoramento e avaliação da Secretaria Municipal de Saúde deve se fundamentar na utilização dos instrumentos de planejamento tanto do SUS quanto do governo municipal.

As ações e os recursos necessários para atingir as metas propostas neste Plano Municipal de Saúde estão definidos na Programação Anual de Saúde (PAS). A cada quatro meses, através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), o município ainda deverá monitorar a oferta e a produção de serviços públicos, os

indicadores de saúde e financeiros, bem como as auditorias realizadas no período de vigência deste instrumento.

Anualmente, as ações propostas e o alcance das metas do ano são avaliados através do Relatório Anual de Gestão (RAG), momento em que podem ser construídas propostas e recomendações para a próxima PAS e/ou realizados os redirecionamentos do Plano de Saúde.

Os instrumentos utilizados para monitorar o plano de Saúde são as Diretrizes, Objetivos, ações e metas e para todas as áreas de saúde, como: Atenção Primária em Saúde, Atenção especializada, Vigilância em Saúde, redes de atenção à saúde, assistência farmacêutica, participação da comunidade por meio do controle social, gestão do trabalho e educação na saúde e as pactuações dos planos anuais de hanseníase, Arboviroses, PQA-VS, Previne Brasil, Controle de doenças crônicas não-transmissíveis ou outros instrumentos que venham instrumentalizar para aprimoramento da gestão Municipal.

8 COMPROMISSOS DA GESTÃO MUNICIPAL PARA O PERÍODO 2022 A 2025

O Município de São Benedito do Rio Preto-MA necessita adquirir equipamentos, recursos humanos especializados para organização e resolutividade dos serviços de Atenção Primária e média complexidade. Priorizar a implantação das linhas de cuidados das Rede de Doenças Crônicas, Rede de Atenção às Urgências, Rede Psicossocial, rede Materno Infantil, rede da Pessoa com deficiência, junto ao Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde – SES/MA. Essas necessidades apontadas não dependem unicamente do município, mas também do apoio da esfera estadual e federal na implementação dessas políticas.

O município estabeleceu objetos e metas Presente no Plano Pluriano descrevendo suas principais metas para os próximos 04 anos que serão descritos abaixo:

Objetivo: Garantir o acesso, a integridade e a qualidade da atenção à Saúde e proporcionar o desenvolvimento das capacidades necessárias a desenhar e organizar redes de ações e serviços de saúde capazes de responder às necessidades sanitárias que se apresentam em diferentes escalas geográficas, utilizando-se de alguns dos instrumentos de gestão do SUS

Justificativa: O fortalecimento da gestão municipalizada da saúde constitui

uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde.

As principais ações foram descritas no Plano com as seguintes descrições:

- Construção, Reforma, Ampliação, Equipamentos e Mobília de Unidades Básicas de Saúde;
- Construção, Implatação, Reforma., e Ampliação de Academia de Saúde
- Aquisição de Unidade Móvel de Saúde
- Manutenção e Funcionamento do Programa previne brasil
- Manutenção e Funcionamento da Rede Municipal de Saúde
- Manutenção e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF
- Manutenção e Funcionamento do Programa de Saúde Bucal - PSB
- Manutenção do Programa de Tratamento Fora de Domicílio - TFD
- Manutenção e Funcionamento do Hospital e UBS Unidade Básica de Saúde
- Manutenção das Campanhas de Vacinação de acordo com o calendario do Ministério da Saúde;
- Manutenção e Funcionamento do Programa de Assistência Farmacêutica Básica
- Manutenção e Funcionamento do Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS
- Manutenção e Funcionamento das Atividades Laboratoriais
- Manutenção e Funcionamento do Sistema de Vigilância Sanitária
- Manutenção e Funcionamento do Sistema de Vigilância Epidemiologica
- Manutenção e Funcionamento das Ações de Alimentação e Nutrição – VAN
- Implantação do CAPS I
- Implantação e funcionamento das Equipes Especializadas em Saúde mental
- Implantação do Laboratório Regional de Próteses – LRPD
- Implantação do Centro de Reabilitação Municipal (CER II)
- Implantação, Manutenção e Funcionamento das Equipes Multiprofissionais
- Implantação da política de Saúde integral do homem
- Implantação da Política de Saúde Integral da População Negra
- Manutenção e funcionamento do Centro de Especialidades Médicas
- Manutenção dos serviços de Raios-X, Ultrassonografia e Eletrocardiograma
- Implantação do SAMU municipal

Outras ações serão implantadas e implementadas com o objetivo de fortalecer o Sistema único de Saúde local, garantindo acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno na rede pública municipal.

9. DIRETRIZES, OBJETIVOS, AÇÕES E METAS DO PMS

Como Instrumento central de planejamento da política pública Municipal de saúde, o PMS 2022- 2025, é resultado da compatibilização de diversos instrumentos de planejamento e documentos orientadores, que expressam as prioridades e as necessidades em saúde para os próximos 4 anos. As diretrizes, objetivos e metas do plano, foram uma construção coletiva, elaboradas e aprovadas na 13ª conferência Municipal de Saúde realizada em novembro de 2021, Plano de Governo Municipal, objetivos do planejamento estratégico da Secretaria Municipal e Saúde, além de outros instrumentos de gestão que visam o fortalecimento do SUS na esfera municipal.

Quadro de Diretrizes e Objetivos do Plano Municipal de Saúde

Tabela 27: Diretrizes e Objetivos do Plano Municipal de Saúde – PMS

DIRETRIZ	OBJETIVOS
<p>Diretriz I - Garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde como direito fundamental ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, vigilância em saúde, atenção especializada e garantindo o acesso a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS.</p>	<p>Objetivo 1: fortalecer a Atenção Primária em Saúde tornando-a resolutiva no atendimento e solução dos problemas de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde.</p> <p>Objetivo 2: Implementar e Fortalecer as ações de Vigilância em Saúde para Promoção, Prevenção, Controle de Doenças e Agravos.</p> <p>Objetivo 3: Garantir aos usuários do SUS, acesso aos medicamentos Componentes Básico, da Assistência Farmacêutica Municipal em quantidades suficientes.</p> <p>Objetivo 04: Desenvolver as ações de enfrentamento ao Coronavírus no município de São Benedito do Rio Preto</p>

<p>Diretriz II- Fortalecimento da Assistência de Média e Alta Complexidade, de forma ascendente e regionalizada, contemplando as demandas específicas da saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, garantido a oferta de serviços de saúde.</p>	<p>Objetivo 1: Garantir a integralidade da assistência dos serviços e equipes de média complexidade visando atendimento seguro e humanizado aos usuários do SUS;</p> <p>Objetivo 2: Modernizar a Rede Assistencial dos Serviços de Saúde municipal</p>
<p>Diretriz III – Fortalecer a Gestão Pública, por meio da gestão compartilhada na região de saúde, com aprimoramento do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão, garantindo e fortalecendo as instâncias de controle social.</p>	<p>Objetivo 01: fortalecer a gestão de saúde Municipal tendo como instrumento a Consolidação dos Princípios do SUS, garantindo o fortalecimento do Controle Social.</p> <p>Objetivo 02: promover capacitação, qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras de Saúde da Gestão Municipal</p>
<p>Diretriz IV – Garantir o financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde, melhorando o padrão de gastos e qualificando o financiamento em todos os níveis e serviços de atenção, com financiamento tripartite em saúde.</p>	<p>Objetivo 01:Garantir os investimentos em ações e serviços de saúde no município, com a captação de recursos eaumentando a eficiência dos gastos da saúde</p>

A partir das diretrizes traçadas neste instrumento de gestão detalharemos as descrições das metas para o quadriênio (2022 a 2025), para serem desenvolvidas com toda a rede de Saúde municipal.

Diretriz I - Garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde como direito fundamental ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção primária, vigilância em saúde, atenção especializada e garantindo o acesso a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS.

Objetivo 1: fortalecer a Atenção Primária em Saúde tornando-a resolutiva no atendimento e solução dos problemas de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde.										
Descrição da meta	Indicador	Indicadores (linhas de base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Indicadores (linhas de base)			2022	2023	2024	2025
Ampliar o número de Equipes de Saúde da Família – ESF	Números de equipes Implementadas	-	2022	Número	02	numero	-	-	01	01
Ampliação das Equipes Estratégia de Saúde Bucal - ESB	Aumento do número de Equipes Implementadas	-	2022	Número	04	Número	0	02	01	01
Construção de Unidade Básica de Saúde na sede e zona Rural	Aumento do número de unidades Básicas de saúde construída	-	2022	Número	02	Número	-	-	01	01
Aquisição de Uma Unidade Odontológica Móvel – UOM para atendimento em localidades de difícil acesso	Unidade Móvel Odontológica para melhorias da cobertura de Saúde Bucal no município	-	2022	Número	01	Número	-	-	01	-
Informatização das	Prontuário Eletrônico do	-	2022	percentual	100%	Percentual	30	30	20	20

Unidades Básicas de Saúde com o Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC	Cidadão – PEC implantado em 100% das UBS									
Aquisição de Veículo para a Atenção Primária	Aumento do Número de transporte adquiridos para APS	-	2022	Números	06	Número	-	01	01	04
Reformar e Ampliação Unidades Básicas de Saúde	Unidades Básicas de Saúde reformada ou ampliada	-	2022	Números	09	Número	01	03	02	03
Manutenção das Unidades Básicas de Saúde	Manutenção predial das Unidades Básicas de Saúde	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100
Aquisição de Equipamentos para as UBS do Município	UBS com 100% com equipamentos mínimos	-	2022	Percentual	100%	Percentual	25	25	25	25
Implantar equipes de Atenção às Comunidades Remanescentes de Quilombos	Implantar a política de Atenção à população negra com equipes específicas	-	2022	Número	01	Número	-	-	-	01
Implantar Equipe de Saúde na Hora	Ampliar o horário de atendimento nas Equipes de APS	-	2022	Número	02	Número	-	-	-	02
Implantação de Equipes Especializadas em Saúde Mental	Implantar equipes novas com atendimento à Saúde Mental	-	2022	Número	02	Número	-	01	01	-
Fortalecer o Previn Brasil com Alcance dos Indicadores da APS	Aumentar a cobertura de alcance do Indicador Sintético Final – ISF com recebimento de 100% do recurso de	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100

	desempenho do Previne Brasil									
Oferta de teste rápido de gravidez nas Unidades de Saúde da Família- USF	Aumentar a cobertura do teste Rápido no município	-	2022	Percentual	100%	Percentual	25	25	25	25
oferta de serviço de ultrassonografia para atenção primaria	Ampliar os serviços de ultrassonografia para as equipes de APS	-	2022	Percentual	100%	Percentual	25	25	25	25
utilização dos protocolos de segurança nas ubS nas ações de enfrentamento da pandemia	Cobertura de 100% utilizando os protocolos de segurança da covid-19	-	2022	Percentual	100%	Percentual	50	30	10	10
Programa de nutrição materno infantil nas ubS	Aumentar a número de atendimentos na rede de aps	-	2022	Percentula	100%	Percentual	25	25	25	25
Fortalecimento da rede de atenção Primária com os atendimentos domiciliares na zona rural e urbano com equipe multiprofissional.	Percentual de Consultas de Profissionais de nível superior na APS realizadas em domicilio	-	2022	Percentual	100%	percentual	25	25	25	25
Implantar o Laboratório Regional de Prótese Dentaria – LRPD	Serviço do Protese dentária disponível para a população	-	2022	Número	01	Numero	01	-	-	-
Acompanhamento das condicionalidades do Programa Auxilio Brasil (bolsa Família na Saúde)	Acompanhar as Condicionalidades do Perfil Saúde do Programa Auxilio Brasil	-	2022	Percentual	75%	Percentual	75%	75%	75%	75%

Cobertura de 100% das equipes de atenção Básica no Município	Ampliação de Acesso a População aos Serviços de Atenção Primária	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100%	100	100	100
Ampliar a Cobertura de Equipes de Saúde Bucal no Município	Ampliação do Acesso em Saúde Bucal aos residentes	-	2022	Percentual	100%	Percentual	85%	100%	100%	100%
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	Redução da Gravidez na Adolescência.	-	2022	Percentual	50%	Proporção	15%	15%	10%	10%
Desenvolver Ações do Programa Proteja em todas as Unidades de Saúde da Família	Em ações articuladas dentro da rede de saúde desenvolver as ações pactuadas dentro do Programa Proteja	-	2022	Numero	20	Numero	05	05	05	05
Implantar e desenvolver ações de atividade Física na APS	Desenvolver um conjunto de ações visando a qualidade de vida dos Usuarios do SUS nas equipes de APS	-	2022	Percentual	100%	Percentual	02	02	02	03

Objetivo 2: Implementar e Fortalecer as ações de Vigilância em Saúde para Promoção, Prevenção, Controle de Doenças e Agravos.

Descrição da meta	Indicador	Indicadores (linhas de base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Indicador linha de base			2022	2023	2024	2025
Integração da vigilância em	Integrar 100% das	-	2022	Percentual	100%	percentual	100	100	100	100

saude e aps para aprimorar e otimizar a identificação precoce dos agravos ofertando assim melhor atendimento e tratamento imediato.	equipes de APS e Vigilância										
capacitação para as equipes vigilância em saúde voltadas na abordagem e identificação de novos casos ou possíveis fontes de problemas de saúde	Aumento de percentual de agentes capacitados	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100	100
intensificar as notificações e investigações das doenças emergentes e reemergentes.	Aumentar a cobertura em 100% das notificações com investigação concluídas	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100	100
Munutenção dos Polos das Academias da Saúde	Polos de academias em bom estado de conservação	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100	100
Implantar a Vigilância em Saúde Ambiental	Ações de vigilância ambiental executados com alcance de indicadores nacionais estabelecidos	-	2022	Numero	01	Numero	0	1	0	0	0
Aquisição de Equipamentos permanentes para a Vigilância em Saúde	Ampliar o acesso de equipamentos permanentes para execução das ações de VISA	-	2022	Percentual	100%	Percentual	25	25	25	25	25
Aquisição de Uniformes, EPI's para equipes de Vigilância em	Ampliar a distribuição de	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100	100

Saúde	uniformes e EPI para as equipes municipais										
Realização de Campanhas de Vacinação Humana e Animal conforme cronograma e metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde	Alcance de no mínimo 80% das coberturas de vacinação	-	2022	Percentual	100%	Percentual	80	80	80	80	80
Realizar ações de Prevenção e Combate ao Coronavírus ou outras doenças emergentes no município.	Desenvolver ações de orientação e prevenção nas Unidade de Saúde, escolas e outros durante o ano	-	2022	Numero	20	Número	05	05	05	05	05
Atualizar e executar o plano de ação de a dengue/Arboviroses, vigilância Sanitária e Ambiental	Desenvolver ações dos planos durante todo o ano.	-	2022	Número	01	numero	-	01	01	01	01
Assegurar as ações de Vigilância Sanitária	Desenvolver no minimo 80% das ações de vigilância sanitária estabelecidas em plano de ação.	-	2022	Percentual	100%	Percentual	80	80	80	80	80
Cobertura de registro de óbito com Causa Básica bem Definida	Melhorar a cobertura de óbitos Com Causa Básica bem definida	-	2022	Proporção	95%	Proporção	95%	95%	95%	95%	95

Objetivo 3: Garantir aos usuários do SUS, acesso aos medicamentos do Componentes Básico, da Assistência Farmacêutica Municipal em quantidades suficientes.

Descrição da meta	Indicador	Indicadores (linhas de base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de medida	Meta Prevista			
		Valor	ano	Indicadores (linhas de base)			2022	2023	2024	2025
Implantar e Estruturar a Central de Abastecimento farmaceutica Municipal - CAF	CAF implantada e em funcionamento	-	2022	Numero	01	Numero	0	1	0	0
Elaborar e Atualizar o REMUME do municipio de São Benedito do Rio Preto	Municipio com REMUME elaborado e aprovado no Conselho Municipal de Saúde		2022	Numero	01	Numero	0	0	1	0
Aquisição de Prédio Próprio para a Farmácia Básica Municipal	Estabelecimento proprio com finalidade de estruturação da farmacia Básica municipal		2022	Numero	01	Número	0	1	0	0
Equipar a Farmacia Básica Municipal	Estruturar com mobília e equipamentos novos	-	2022	Numero	01	Numero	0	1	0	0
Implatação do Sistema Horus Ou outro Equivalente para controle dos Medicamentos e insumos do Municipio	Sistema de informação implantado com avaliação e controle		2022	Numero	01	Numero	-	-	01	-
Viabilizar a compra dos medicamentos e	Realizar atendimento das demandas judiciais com compra através de	-	2022	Numero	20	Numero	05	05	05	05

alimentação especial de Demandas Judiciais em tempo oportuno	processo legal.										
Garantir o custeio dos serviços de Assistência Farmacêutica.	Investir um percentual de no mínimo 10% de investimento na assistência farmacêutica	-	2022	Percentual	10%	Percentual	10	10	10	10	10
Realizar o uso racional de medicamentos e na avaliação das demandas dos serviços de saúde.	Melhorar o uso racional de medicamentos na rede municipal de saúde	-	2022	Percentual	100%	Percentual	20	30	30	20	20
Implantação da Farmacia Viva nas Unidades Básica de Saúde	Numeros de Unidade Básica de Saúde com farmacia Viva Implantada	-	2022	Numero	02	Número	-	-	-	01	01
implantação da Dispensação de Medicamentos Básicos nas Unidades Básicas de Saúde	Ampliar a dispensação de medicamentos nas Unidades de Saúde da Família	-	2022	Percentual	100	Percentual	20	30	30	20	20
oferta de insulina dentro das ubS com ações de prevenção do diabetes dentro da ubS e com acompanhamento nutricional	Ampliar a distribuição de Insulina aos Dibéticos nas USF	-	2022	Número	09	Número	03	02	02	02	02

Objetivo 4: Desenvolver as ações de enfrentamento ao Coronavírus no município de São Benedito do Rio Preto											
Descrição da meta	Indicador	Indicadores (linhas de base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de medida	Meta Prevista				
		Valor	Ano	Indicadores (linhas de base)			2022	2023	2025	2025	
Manter Leitos de Isolamento no Hospital Municipal para pacientes vítimas da COVID-19	Leitos Clínicos disponíveis na Unidade Hospitalar	-	2022	Número	06	Numero	06	06	06	06	
Implantar Centro de Atendimento para enfrentamento da Covid 19	Ampliar locais específicos para atendimento síndromes Gripais	-	2022	Numero	01	Número	01	01	01	01	
Aquisição de Testes Rápidos e Swab Nasofaríngeo para Diagnóstico precoce da Covid-19	Ampliar a oferta de Testes para diagnosticar, isolar e tratar os pacientes	-	2022	Numero	8.000	Número	2000	2000	2000	2000	
Aquisição de Medicamentos e Insumos em quantidade Suficiente para auxiliar no Tratamento de pacientes vítimas do Coronavírus	Disponibilizar medicamentos suficientes para a atenção aos pacientes com síndromes gripais	-	2022	Percentual	60%	Percentual	60	60	60	60	
Contratação de Profissionais para atuar na Linha de frente da Pandemia	Aumentar o número de profissionais de saúde para atuar no Combate ao Coronavírus	-	2022	Numero	100	Percentual	50	20	20	10	

Aquisição de EPI para os Profissionais que atuam no Combate a Pandemia	Disponibilizar EPI para todos os profissionais de Saúde atuante no combate a pandemia	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100
Capacitação dos profissionais com utilização de protocolos atualizados frente ao combate a pandemia	Capacitar os profissionais nos protocolos atuais de enfrentamento da pandemia	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100
Oferta de vacina contra a Covid-19 disponíveis	Vacinação de 100% da população residente	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100

Diretriz II- Fortalecimento da Assistência de Média e Alta Complexidade, de forma ascendente e regionalizada, contemplando as demandas específicas da saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, garantido a oferta de serviços de saúde.

Objetivo 1: Garantir a integralidade da assistência dos serviços e equipes de média complexidade visando atendimento seguro e humanizado aos usuários do SUS										
Descrição da meta	Indicador	Indicadores (linhas de base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Indicadores (linhas de base)			2022	2023	2024	2025
Garantir Exames aos Pacientes Internos Municipal	Oferta de 100% de exames de paciente internados na unidade hospitalar	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100

Implantar o Parto humanizado com Técnicas Especializadas e enfermarias adequadas	Percentual de profissionais capacitados e enfermarias adequadas para realização dos procedimentos	-	2022	Percentual	100%	Proporção	10	20	30	40
Implantar Sala de Estabilização no Hospital Municipal	Sala de Estabilização Implantada e em funcionamento	-	2022	Numero	01	Número	0	0	0	01
Implantação do Serviço Melhor em Casa	Equipes Apravadas e implantadas no município	-	2022	Número	01	Numero	0	0	01	0
Implantação da Base Descentralizada SAMU	Base aprovada e Implada no Município	-	2022	Número	01	Número	0	01	0	0
Implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I	CAPS I aprova e Implando no município	-	2022	Número	01	Número	0	01	0	0
Implantação de Centro de Reabilitação tipo II (física e Intelectual)	CER tipo II Aprovado e Implantado	-	2022	Número	01	Número	0	0	1	0
Garantir manutenção de rotina no Hospital Municipal	Prédios em condições salubres de funciomaneto	-	2022	Percentual	100	Percentual	100	100	100	100
Reformar e ampliar o Hospital Municipal Cassiana Sousa Magalhaes	Unidade Hospitalar entregue para prestação de serviço a população	-	2022	Número	02	Número	0	01	0	0
Garantir a realização de cirurgias eletivas.	Ofertar de Cirurgias eletivas a população residente	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100
Implantação da Motolândia Vinculado ao Serviço SAMU 192	Motolândia Aprovada e Implantada no município vinculada ao	-	2022	Numero	01	Número	0	01	0	0

	SUMU 192										
Implantação de Equipes EMAD E EMAP	Aumentar o numero de equipes para atendimento da população	-	2022	Numero	02	Número	0	0	01	01	
Implantação de protocolos de assistência às urgências e emergências.	Profissionais 100% capacitados nos protocolos existentes de urgencia e emergencias	-	2022	Percentual	100%	Percentual	25	25	25	25	
Utilizar protocolos de regulação do acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais.	Profissionais capacitados na Utilização de Protocolos de regulação na rede SUS nos niveis de atenção	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100	

Objetivo 2: Modernizar a Rede Assistencial dos Serviços de Saúde municipal

Descrição da meta	Indicador	Indicadores (linhas de base)			Meta	Unidade	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Indicadores (linhas de base)	Plano 2022-2025	de medida	2022	2023	2025	2025
Aquisição de Raio –X de 500 MA ou superior	Raio X adquirido em funcionamento para atendimento a população	-	2022	Número	01	Numero	-	01	0	0
Aquisição de Equipamento de	Equipamento adquerido e em	-	2022	Numero	02	Número	-	01	0	01

Ultrassonografia	funcionamento para atendimentos as demandas municipais										
Aquisição de Equipamentos modernos para a Unidade Hospitalar	Equipamentos Hospitalares modernos a disposição da população	-	2022	Percentual	100%	Percentual	25	25	25	25	
Manutenção preventiva e Corretiva dos Equipamentos Hospitalares existentes	Equipamentos conservados e calibrados com parâmetros precisos de diagnósticos	-	2022	Percentual	100%	Percentual	100	100	100	100	
Manter um mecanismo que facilite o transporte de pacientes do município para os Hospitais de São Luís ou outros Hospitais da rede Estadual.	Aquisição de Ambulância para traslado de pacientes para referência de Saúde	-	2022	Número	02	Número	0	01	-	01	

Diretriz III – Fortalecer a Gestão Pública, por meio da gestão compartilhada na região de saúde, com aprimoramento do planejamento estratégico e dos instrumentos de gestão, garantindo e fortalecendo as instâncias de controle social.

Objetivo 01: fortalecer a gestão de saúde Municipal tendo como instrumento a Consolidação dos Princípios do SUS, garantindo o fortalecimento do Controle Social.

Descrição da meta	Indicador	Indicadores (linhas de base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Indicadores (linhas de base)			2022	2023	2025	2025
Implantação da Ouvidoria do SUS Municipal	Ouvidoria Implantada e em funcionamento no município	-	2022	Número	01	Número	0	01	0	0
Implantação da Política de Educação Permanente para o controle social	Realizar pelo menos uma capacitação anual aos Conselheiros Municipais de Saúde	-	2022	Número	04	Número	01	01	01	01
Implantar Coordenação de Planejamento, controle e avaliação e regulação e auditoria em Saúde na SEMUS	Coordenação inserida na Estrutura Administrativa da SEMUS e em Funcionamento		2022	Número	01	Número	0	01	0	0
Implantação do Programa Mais Médicos pelo Brasil	Implantar equipes com profissionais médicos do Programa do Governo Federal	-	2022	Número	02	Número	01	01	0	0

Objetivo 02: promover capacitação, qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras de Saúde da Gestão Municipal										
Descrição da meta	Indicador	Indicadores (linhas de base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Indicadores (linhas de base)			2022	2023	2025	2025
Implantar o Plano Municipal de educação Permanente aos Trabalhadores da rede SUS Municipal	Capacitar 100% dos Trabalhadores do SUS municipal	-	2022	Percentual	100%	Percentual	25	25	25	25
Estabelecer mediante instrumento legal Gratificação aos Profissionais da Atenção Primária em Saúde relativos ao alcance de Indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil	Elaboração e aprovação de instrumento que viabilize o mérito	-	2022	Numero	01	Número	0	01	0	0
Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do CMS.	Reestruturar a sala do CMS	-	2022	Número	01	Número	0	01	0	0
Garantir a participação de conselheiros em eventos nacionais, estaduais e municipais.	Definir em reuniões a partir da demanda de convocações	-	2022	Numero	04	Numero	01	01	01	01

Realizar capacitação técnica dos Agentes Comunitário de Saúde e Agente de Endemias	Profissionais 100% capacitados	-	2022	Perccentual	100%	Percentual	30	30	20	20

Diretriz IV – Garantir o financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde, melhorando o padrão de gastos e qualificando o financiamento em todos os níveis e serviços de atenção, com financiamento tripartite em saúde.

Objetivo 01: Garantir os investimentos em ações e serviços de saúde no município, com a captação de recursos e aumentando a eficiência dos gastos da saúde										
Descrição da meta	Indicador	Indicadores (linhas de base)			Meta Plano 2022-2025	Unidade de medida	Meta Prevista			
		Valor	Ano	Indicadores (linhas de base)			2022	2023	2025	2025
Garantir repasse Mínimo de 15% para os gastos com Saúde no Município	Indicador financeiro acima do mínimo estipulado com saúde: 15%	-	2022	Percentual	15%	Percentual	15	15	15	15
Garantir recursos financeiros de Emendas parlamentares de Custeio e Investimento para todos os níveis de atenção no município	Recurso recebido e aplicados nos serviços e ações de saúde para melhoria da Saúde do município	-	2022	Número	16	Número	4	4	4	4
Garantir contrapartida	Proporção de repasses	-	2022	Proporção	100%	Proporção	100	100	100	100

Municipal para aquisição de medicamentos e insumos para a farmacia Básica Municipal	efetuados na conta específica da farmacia básica Municipal										
Realizar contrato com empresas privadas para prestação de serviços de saúde no município	Assinatura de Contrato com Prestadoras de serviços de média complexidade para atendimento de demandas municipais	-	2022	Número	04	Numero	01	01	01	01	
realizar a integração de consocio públicos para implantação de serviços de Média Complexidade.	Assinatura de Contrato de Consocio regional para atender demandas municipais	-	2022	Número	01	Número	0	0	01	0	

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei 8080/90/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: 2017.

BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. p. 1.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório Final da 13ª Conferência Municipal de Saúde, São Benedito do Rio Preto-MA, 2021.

Maranhão. Plano Estadual de Saúde 2020-2023/Governo do Estado do Maranhão. 1. ed. São Luís, Secretaria de Estado da Saúde, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Planejamento do SUS. Brasília :Ministério da Saúde, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS Nº 1.631/GM, de 01 de outubro de 2015. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ms. Brasília- DF. 2015

Plano Municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto 2018-2021. Secretaria Municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto-MA, 2018

SÃO BENEDITO DO RIO PRETO. Secretaria de Administração, Planejamento e Orçamento. Plano Plurianual – PPA 2022-2025 da Prefeitura de São Benedito do Rio Preto- MA, São Benedito do Rio Preto, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 26 Set 2013. [acesso em 06 de setembro de 2021].

Brasil. MINISTERIO DA Saúde. PORTARIA Nº 2.135, DE 25 DE SETEMBRO DE 2013 *diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).* Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html, »

BRASIL. Ministério da Cidadania, Governo Federal. Programa Auxílio Brasil. Disponível em <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/painel.html>. Acesso em 10. Novembro de 2021

BRASIL. Biblioteca virtual em Saúde. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf. Acesso em 20.10.2021.

BRASIL. IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 10 de out. 2021.

SÃO BENEDITO DO RIO PRETO. Infosamba. Informações Municipais. Disponível em: <https://infosambas.org.br/municipio/sao-benedito-do-rio-preto-ma/>. Acesso em 09 de out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Disponível em : <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em 06. Set.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET). Acesso em 20 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (MS/SVS/DASIS/SINASC). Disponível em <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em 03. Nov. 2021.

ANEXOS - Resolução do Conselho Municipal de Saúde Aprovando o Plano Municipal de Saúde- 2022 a 2025



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BENEDITO DO RIO PRETO-MA
LEI MUNICIPAL Nº 755/2017

RESOLUÇÃO Nº 01-A, de 02 FEVEREIRO DE 2022

Dispõem sobre a aprovação do Plano Municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto-MA vigência 2022-2025 e das outras providências.

O Conselho Municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto-MA, em 02 fevereiro de 2022, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei Federal nº 8.142 de 28/12/1990 e Lei Municipal nº 755 de 06 de junho de 2017,

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Plano Municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto-MA, com vigência 2022-2025.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação. Publique-se e cumpra-se.

São Benedito do Rio Preto(MA), 02 de fevereiro de 2022.

Marcia Helena Neves Pinto

MARCIA HELENA NEVES PINTO
Presidente CMS São Benedito do Rio Preto-MA.

Homologo a Resolução nº 01-A, de 02 de fevereiro 2022, nos termos das legislações vigentes.

Mariana de Mesquita Costa Frazão
Secretária Municipal de Saúde

MARIANA DE MESQUITA COSTA FRAZÃO
Secretária Municipal de Saúde de São Benedito do Rio Preto-MA