



Prefeitura Municipal de

MONTEALEGRE

Governo Participativo!

RELATÓRIO
RELATORIO ANUAL DE GESTAO
2020

Monte Alegre de Sergipe
2020

SUMARIO

1 – Identificação

- 1.1 Informações Territoriais - 15
- 1.2. Secretaria de Saúde - 15
- 1.3. Informações da Gestão - 15
- 1.4. Fundo de Saúde - 16
- 1.5. Plano de Saúde - 18
- 1.6. Informações sobre Regionalização -19
- 1.7. Conselho de Saúde - 20
- 1.8. Casa Legislativa - 29
- 2. Introdução - 30
- 3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade- 45
- 4. Dados de Produção de Serviços no SUS – 57
- 5. Rede Física Prestadora de Serviços do SUS - 344
- 6. Profissionais de Saúde Trabalhadores no SUS - 345
- 7. Programação Anual de Saúde - PAS - 346
- 8. Indicadores de Pactuação Interfederativa - 348
- 9. Execução Orçamentaria e Financeira - 351
- 10. Auditorias - 353
- 11. Análises e Considerações Gerais - 355
- 12. Recomendações para o Próximo Exercício – 356
- 13. Referencias bibliográficas – 357
- 14. Anexos - 360

ABREVIACOES:

ACE - Agentes de Combate a Endemias
ACS- Agente Comunitário de Saúde
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária à Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CEM - Centro de Especialidade Médica
CES- Conselho Estadual de Saúde
CFO - Conselho Federal de Odontologia
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CMVS - Conferência Municipal de Vigilância em Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ - Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
COAP - contrato organizativo da ação pública da saúde
COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas
CRM – Conselho Regional de Medicina
CRO - Conselho Regional de Odontologia
DAB - Departamento de Atenção Básica
DASIS - Departamento de Análises de Situação de Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DENASUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DESF - Departamento de Saúde da Família
DESO - Companhia de Saneamento de Sergipe
DGMP - DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento
DIGISUS - Sistema Digital dos Instrumentos de Planejamento
DNS - Departamento Nacional de Saúde
DOMI - Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

E -SUS –

EACS - Equipes Agentes Comunitários de Saúde

ESB - Equipes de Saúde Bucal

ESF - Equipes de Saúde da Família

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNDE - Pesquisa Nacional do Perfil Nutricional e Consumo Alimentar dos Escolares

FNO - Federação Nacional dos Odontologistas

FNS - Fundo Nacional de Saúde

GTI - Grupo de Trabalho Intersetorial

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGD-E - Índice de Gestão Descentralizada dos Estados

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

IOSE - Instituto Oftalmológico de Sergipe

LACEN - Laboratório central de Saúde Pública.

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

LOA - Lei Orçamentária Anual MS Ministério da Saúde

MDDA – Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS - Ministério da Saúde

NEPS - Núcleo de Educação Permanente em Saúde

NUGAG - Aconselhamento Especializado em Orientações Nutricionais

NV - Nascidos Vivos

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

PAS-Programação Anual de Saúde

PBF - Programa Bolsa Família

PENSE - Pesquisa Nacional Saúde do Escolar

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PMAQ - PMM – Programa Mais Médicos

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSF - Programa Nacional de Suplementação de Ferro

PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal

PPA - Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada e Integrada

RAG - Relatório Anual de Gestão

RDQA Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SCPA Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso

SE-CIT Secretaria-Executiva da Comissão Intergestores Tripartite

SEINSF- Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa

SEMS - Superintendência Estadual do Ministério da Saúde SES Secretaria Estadual de Saúde

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC - Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISAB - Sistema de informação da Atenção Básica

SISAUD/SUS - SISTEMA INFORMATIZADO DE AUDITORIA DO SUS

SISAUDSUS - Sistema de Auditoria do

SISCOLO - Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero

SISLOGLAB - Sistema de Controle e Logística de Insumos Laboratoriais

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama

SISNEO - Sistema Nacional de Triagem Neonatal

SISPACTO - Sistema de Pactuação de Indicadores do Pacto pela Saúde

SISVAN – Sistema de vigilância Alimentar e Nutricional

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SNA - Sistema Informatizado de Auditoria

SNA Sistema Nacional de Auditoria do SUS

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS Sistema Único de SUS

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TFD - Tratamento Fora do Domicilio

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

1 - IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

O município de **Monte Alegre de Sergipe** está localizado no Estado de Sergipe na região **Nordeste** do Brasil, sua extensão territorial abrange uma superfície de cerca de **407 km²**, sendo incluído no denominado **Polígono das Secas**, que apresenta um regime pluviométrico marcado por extrema irregularidade de chuvas, no tempo e no espaço. Nesse cenário, a escassez de água constitui um forte entrave ao desenvolvimento socioeconômico e até mesmo, à subsistência da população. A ocorrência cíclica das secas e seus efeitos catastróficos são por demais conhecidos e remontam aos primórdios da história do Brasil, as secas são recorrentes e as políticas públicas de combate às secas pouco se fez para atenuar esses acontecimentos. .

As terras que atualmente correspondentes ao município de Monte Alegre de Sergipe, a 156 quilômetros da capital Aracaju, no passado pertenceram ao município de Porto da Folha, colonizado por **Tomás Bermudes**. Diz os mais velhos em lembranças que o primeiro núcleo populacional deu origem ao povoado foi fundado no final do **Século XIX**, em uma fazenda localizada às margens da estrada que ligava os municípios de Nossa Senhora da Glória a Porto da Folha.

A história do município, como todo Alto Sertão Sergipano, está vinculada pecuária de criação de gado bovino, de forma que no passado, no período colonial, muitos entradistas desbravaram o sertão sergipano por meio do **Rio São Francisco**, pois buscava riquezas e minerais as margens do rio, e ao longo do tempo foram se distanciando e assim se estabeleceram no sertão, graças às doações de sesmaria recebidas, trouxeram o gado, se apossando de terras devolutas e tornando-se

grandes latifundiários. Essas propriedades eram sempre administradas por vaqueiros e sua remuneração era através da quarteação, isto é, um quarto dos bezerros e potros que nasciam nas fazendas era para os serviçais em forma de pagamento. **(ANDRADE, 2005).**

No sertão de clima muito quente e seco, o semiárido é tipicamente predominante na região, o sertão sempre foi vítima de secas prolongadas, o que levou os sertanejos a se aventurarem em diversas regiões do país, principalmente para os centros urbanos na região sul, em busca de trabalho e melhores condições de vida um meio de sobrevivência, Segundo (SANTOS 2015). Essa região dos “currais”, como denomina CUNHA, autor de **Os Sertões**, também foi alvo do cangaço, bando de cangaceiros armados por muitas vezes liderados por **Virgulino Ferreira da Silva, vulgo Lampião**, que assustavam e aterrorizava os moradores desta região, esse foi um dos fatores que chegou a despovoar muitas localidades no início do século XX.

Entretanto, foi no final do século XIX, de acordo a versão de moradores antigos, que povoamento9 surgiu as margens da estrada carroçável que ligava os municípios de **Pão de Açúcar- AL, Porto da Folha e Nossa Senhora da Glória- SE**, este último do qual o pequeno povoado veio fazer parte a partir de 1932. E foi assim que muitas pessoas chegaram e se fixaram na região. A cidade, por ter sido formada em uma área de encontro de viajantes de várias regiões, é constituída de forma heterogênea, mas principalmente por pessoas dos municípios de **Porto da Folha, Aquidabã e Carira** e outros baianos e mais recentemente por pernambucanos, de acordo com populares e conhecedores da história. Esse ponto de encontro era realizado embaixo de uma grande árvore frondosa, numa encruzilhada, segundo o professor Eloy, nas proximidades da atual Praça Deputado Passos Porto, ao lado da casa de José Inácio de Farias, fundador da cidade, proprietário das terras que atualmente comportam a sede municipal, no qual foi realizada a **primeira feira livre de Monte Alegre de Sergipe**, em **20 de Janeiro de 1920** foi abatido um carneiro, um porco e um boi, e assim, durante muito tempo, quase um século depois a mesma continuou todos os domingos a feira foi realizada, com a comercialização de carnes e outros itens agrícolas e por meio da troca de queijo – produto típico da região – por tecido. Essa prática era bastante corriqueira, uma vez que muitas pessoas da época viviam

do escambo de produtos. O tecido era procedente de Porto da Folha e era trazido no “lombo” dos burros. E o queijo era trazido da Lagoa dos Bichos e de Monte Alegre Velho.

Outro produto da época, presente na culinária nos dias de hoje, mas que não tinha valor de troca era o requeijão de fazenda ou requeijão do sertão. As pessoas que faziam eram aquelas mais abastadas onde conseguiam obter uma quantidade de leite considerável para produzi-lo e ele era usado como presente que os afilhados davam aos padrinhos de batismo na Semana Santa. Na agricultura da época, o solo era cultivado para plantar milho, feijão, mandioca e algodão entre outros, estes dois primeiros ainda presentes atualmente. Nessa época existiam poucas casas, no entanto já havia certo arruamento. A primeira construção religiosa foi erguida em frente ao que hoje é a prefeitura.

A existência desses produtos - o queijo e o requeijão do sertão - demonstra a típica presença do gado trazido pelos colonizadores e desbravadores que foi se distanciando do litoral devido ao plantio da cana-de-açúcar, no período colonial, de acordo com **Andrade (2005)** e fortalece a ideia de que a toponímia do município está relacionada à influência de grandes proprietários de terra e criadores de gado bovino, margeando os afluentes do Rio São Francisco. Seu nome foi inspirado numa fazenda de Antônio Machado Cabelê, que se chamava Monte Alegre. Ele se reuniu com outros fazendeiros e decidiram nomear a nova povoação de Monte Alegre, porque no local existia um pequeno monte considerado bonito e alegre. A partir daí sua fazenda passou a ser conhecida como **Monte Alegre Velho**.

Através de alguns registros conta-se que o primeiro habitante da região foi o baiano de Jeremoabo, Januário da Costa Farias, que fugira do seu município por ser discípulo de Antônio Conselheiro e estava sendo jurado de morte. O seu filho, **José Inácio de Farias**, é tido como fundador do município. Ele foi responsável por doar terras para a construção de casas onde atualmente situa-se a cidade.

Monte Alegre fez parte do município de Porto da Folha até 1932, quando então passou a pertencer a Nossa Senhora da Glória. Em 1940, era um pequeno povoado, com menos de 80 casas. Em **25 de novembro de 1953**, com o discurso de

incrementar o progresso de algumas regiões, a **Lei Estadual nº 525-A** criou mais 19 municípios, entre os quais estava incluído Monte Alegre de Sergipe. A partir daí o povoado foi elevado à categoria de cidade. O município foi solenemente instalado no dia **31 de janeiro de 1955**, quando foi empossado o primeiro prefeito, **Antônio José de Santana**, e constituída, também, sua primeira Câmara Municipal, composta por cinco vereadores.

Os restos mortais da família de José Inácio estão enterrados entre o altar e a sacristia da atual igreja católica. Essa capela foi construída no sentido norte. Muitos anos depois, com a cidade emancipada, na administração do prefeito **Edmilson Canuto Pereira**, quarto prefeito do município, por intermédio do **Padre Leon Gregório**, foi construída no mesmo local, sobre as ruínas da antiga capela a Matriz da Igreja Católica, devido à necessidade da população ser maior para comportar um maior número de pessoas.

Vale lembrar que, há pouco tempo, o tanque velho teve grande relevância para o município, tanto para matar a sede, bem como espaço de lazer, de acordo com **Santos (2015)** ao falar da história da cidade, os mais velhos sempre se recordam com saudosas lembranças dos tempos em que eram jovens, o local famoso era o **“Tanque Velho”** que segundo eles tinha sido construído por alguns fazendeiros donos de terras em uma área comum no intuito de abastecer a população local bem como ser utilizado para matar a sede do rebanho de gado, nas épocas de seca em que as chuvas eram escassas. As crianças brincavam e se divertiam enquanto as mulheres lavavam roupas. Na **década de 80** esse local era o auge, **ponto de lazer** onde tomava - se sol e banho nos finais de semana, mas infelizmente com o crescimento da cidade o açude sofreu muito com a poluição, contaminação, lixo e esgotos tornando um problema ambiental devido a intensa degradação e destruição, posteriormente foi aterrado servindo de terrenos para futuras construções de casas. Não deixou de ser um problema, visto que, em épocas de trovoadas o local fica alagado com as enchentes e inunda muitas casas.

Fonte: IBGE

INFORMAÇÕES DO IBGE

GESTÃO	
PREFEITO	Período
Marinez Silva Pereira Lino	2017- 2020
Gentílico	Monte-alegrense

Fonte: IBGE

POPULAÇÃO	
População estimada em 2020	15.031 pessoas
População do ultimo censo de 2010	13.627 pessoas
Densidade demográfica 2010	33,45 hab/km

Fonte: IBGE

TRABALHO E RENDIMENTOS	
Salários médios mensal dos trabalhadores formais - 2018	2,4 salários mínimos
Pessoal ocupado - 2018	895 pessoas
População ocupada - 2018	5,9%
% Da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salario mínimo	56,5%

Fonte: IBGE

EDUCAÇÃO	
Taxa de escolarização de 06 à 14 anos de idade - 2010	96,2%
IDEB – anos iniciais do Ensino Fundamental – rede pública 2017	3,8
IDEB – anos finais do Ensino Fundamental – rede pública 2017	3,5
Matriculas no Ensino Fundamental - 2018	2.688 matrículas
Ensino Fundamental Médio - 2018	381 matrículas
Docentes no Ensino Fundamental - 2018	133 docentes
Docentes no Ensino I Médio - 2018	23 docentes
Números de estabelecimentos de Ensino Fundamental - 2018	11 escolas
Números de estabelecimentos de Ensino médio - 2018	01 escola

Fonte: IBGE

ECONOMIA	
PIB - per capita 2017	R\$ 9.368,51
% das receitas oriundas de fontes externas 2015	94,5%

IDHM – Índice de desenvolvimento Humano Municipal	0,553
---	-------

Fonte: IBGE

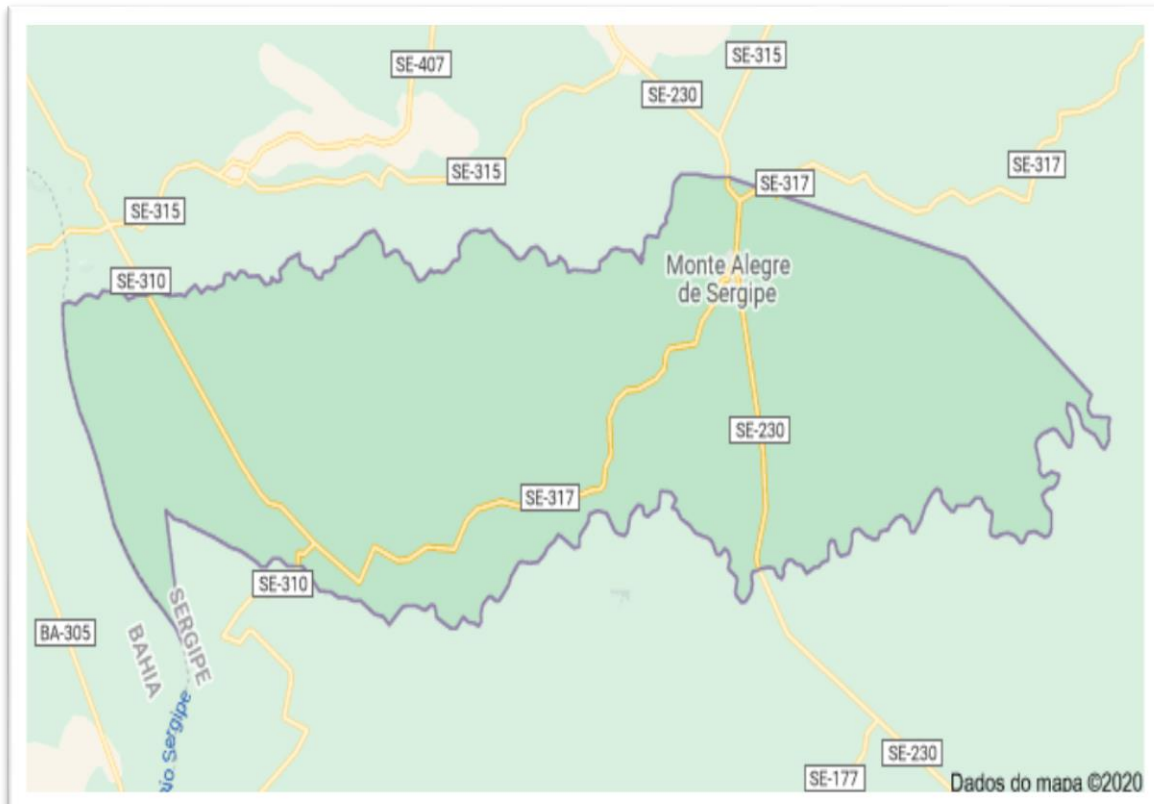
SAÚDE	
Mortalidade infantil de 2017	8,47 óbitos por mil nascidos vivos
Internação por diarreia 2016	0,1 internação por mil habitantes
Estabelecimentos de saúde – SUS 2017	02 estabelecimentos

Fonte: IBGE

TERRITÓRIO E AMBIENTE	
Área da unidade territorial - 2019	386,906 km ²
Esgotamento sanitário adequado [2010]	45,7 %
Arborização de vias públicas [2010]	66,6%
Urbanização de vias públicas [2010]	26,6%
Bioma [2019]	Caatinga

Fonte: IBGE

MAPA DO MUNICÍPIO:
MONTE ALEGRE DE SERGIPE



SÍMBOLOS MUNICIPAIS

BRASÃO



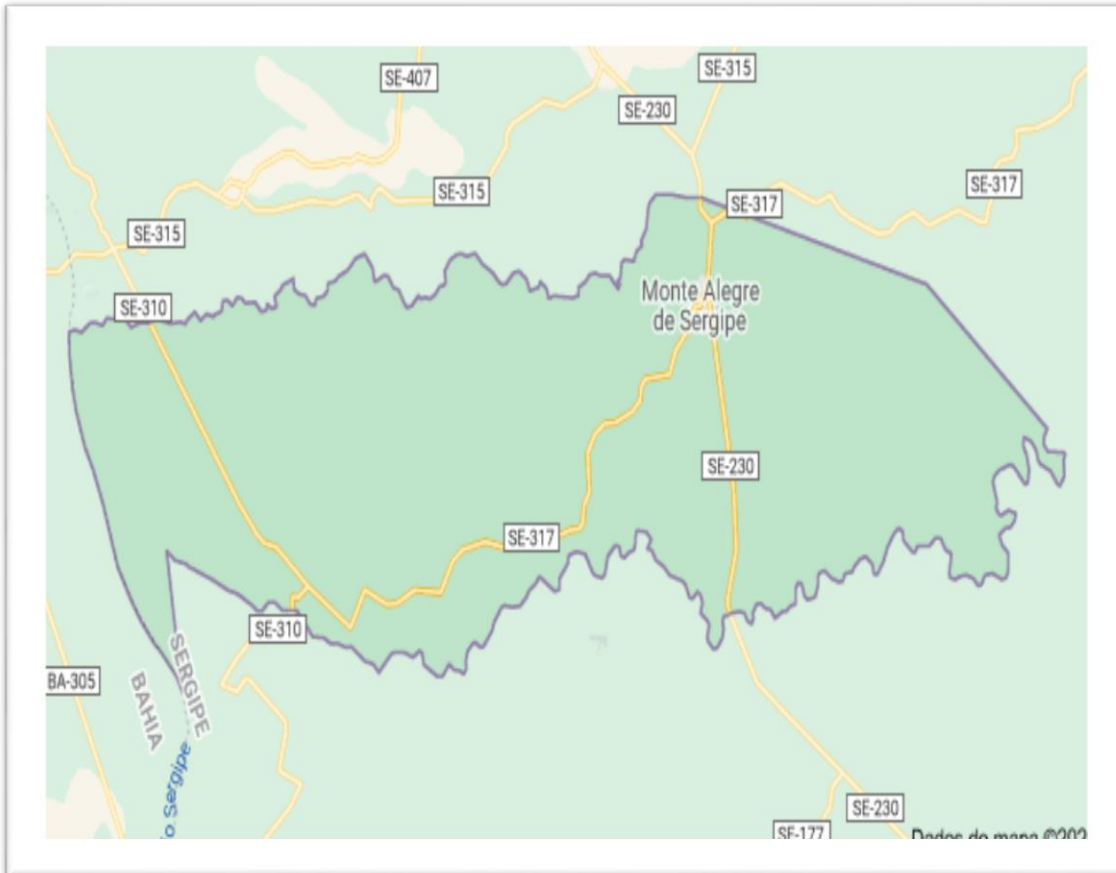
BANDEIRA



HINO	
FUNDAÇÃO	1953
ANIVERSÁRIO	25 de novembro

Parte I	Parte II	Parte III
Monte Alegre pequenina estrela	Que o dia 25 de Novembro	Juventude estudantes marchemos
Que fulguras ao oeste do Estado	Seja um dia repleto de glória	Todos juntos de livros nas mãos
Os teus filhos sentem-se orgulhosos	Jubilosos, vejamos brilhar.	Para que no futuro sejamos
E preferem viver ao seu lado,	O teu nome bendito na história	O orgulho da nossa nação,
Tuas ruas são largas e espaçosas	Que tu sejas honrada em Sergipe	Para que haja Ordem e Progresso
O teu povo é acolhedor	Igualmente em toda nação,	É preciso compreensão,
O teu clima bastante sadio	Para que com exemplos mostremos	Muita calma prudência e harmonia
Completam teu alto valor.	Que afinal somos todos irmãos.	De amor, cultura e união.
Refrão	Refrão	Refrão
Monte Alegre cidade progresso,	Monte Alegre cidade progresso,	Monte Alegre cidade progresso,
Que aspira risonhos por vir,	Que aspira risonhos por vir,	Que aspira risonhos por vir,
Tua gente é hospitaleira,	Tua gente é hospitaleira,	Tua gente é hospitaleira,
Os teus filhos se orgulham de ti.	Os teus filhos se orgulham de ti.	Os teus filhos se orgulham de ti

RODOVIAS ESTADUAIS



MAPA DO ESTADO POR REGIÕES:

As rodovias pavimentadas **BR-235, BR-101 e SE-206**, dão acesso até a Aracaju num percurso total de 156 km de distância entre o município de Monte Alegre e a capital.



MAPA ESTADUAL POR DIVISA:



APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO

O Município de Monte Alegre de Sergipe localizado na região noroeste do Estado de Sergipe, no Nordeste brasileiro, a uma distancia territorial de 156 km da capital Aracaju, no coração do alto sertão sergipano. Limitando-se ao **norte** com o município de **Poço Redondo**, **norte e leste** com **Porto da Folha**, **leste e sul** com o Município de **Nossa Senhora da Glória** e a **oeste** com o Município de **Pedro Alexandre/Bahia**. Com características topográficas plana, sem montanhas, o clima é quente predominante seco “**semiárido**”, com índice pluviométrico muito abaixo da media, tornando o ambiente em combatidas situações de emergências com a seca, com apenas dois períodos um de estiagem muito quente seco e outro chuvoso denominado inverno com época de plantio de lavouras para subsistência, nesse período a vegetação é exuberante predominante denominada de Caatinga.

Em divisão territorial datada de **1-VII-1960**, o município é formado de distrito sede. Localiza - se a uma latitude 10°01'38" sul e a uma longitude 37°33'44" oeste, estando a uma altitude de 265 metros.

A atividade econômica concentra-se na sua maioria da agricultura familiar de subsistência, cultura de milho e feijão, bem como a pecuária na criação de bovinos, suínos e caprinos, a bacia leiteira representa mais uma fonte de renda aos pequenos produtores. A agricultura, pecuária e avicultura são atividades que também geram receitas ao município. Os rebanhos têm como principais efetivos os bovinos, suínos, ovinos e equinos. Os galináceos são os principais produtos da avicultura. Os principais produtos agrícolas são o milho, feijão. Sua população em **2020** é de **15.031** habitantes segundo dados do **IBGE**. A maior concentração da população monte-alegrense encontra-se na Zona Urbana. Visto que há mais oportunidade de trabalho, no município não há nenhuma empresa ou indústria de médio ou pequeno porte, no entanto os maiores empregadores ainda são: Governo Estadual e Municipal.

O **clima** predominante é o “**semiárido**” caracterizado por chuvas irregulares durante todo o ano e um índice pluviométrico com uma média de 653 mm anuais, que é considerada como uma das menores em Sergipe (LIMA, 2005). Nesta porção do estado a Noroeste, as chuvas iniciam no mês de abril até julho, havendo uma relação entre o deslocamento **meridional** e a intensidade da **Zona de Convergência Intertropical (ZCIT)**. Essa região semi-árida apresenta uma considerável amplitude térmica, um vez que, a temperatura pode ultrapassar dos 40° ao dia e podendo atingir 20° ou menos à noite, fato esse relacionado a sua localização geográfica relativamente distante do mar e por está disposto em altitudes significativas, quando comparado com a média do estado.

Devido a certas peculiaridades climáticas, algo típico em grande porção do Nordeste, é a estiagem que podem durar meses ou até anos, fenômeno que não possui regularidade, contudo torna-se imprevisível, o que acarreta sérios danos ao cultivo e as safras de milho e feijão, atividades econômica de grande importantes para a região, esse fenômeno também prejudica a criação de animais em especial o gado de corte e leiteiro. Estes acontecimentos de acordo com França e Cruz (2007) estão vinculados às causas **internas e externas**.

- **As causas internas:** são condicionadas pela topografia e reflexibilidade da crosta terrestre em coluna de ar sobre a região. A influência oceânica e a baixa latitude também são outras variáveis que condicionam este clima.
- **As causas externas:** estão relacionadas ao fenômeno do **El Niño** que é responsável pela variação térmica e de pressão no Atlântico e Pacífico pelo fortalecimento dos Alísios de SE, que afastam a ZCIT para o norte do Equador, causando a seca no Nordeste brasileiro.

1.1. INFORMAÇÕES TERRITORIAIS

UF	SE
ESTADO	Sergipe
AREA	407 km²
POPULAÇÃO	15.031 / 2020

FORNE: IBGE

1.2. SECRETARIA DE SAÚDE

Nome do Órgão	Secretaria Municipal de Saúde
Numero de CNES	2420260
CNPJ	11.602.838/0001-71
Endereço	Av. Manoel Elygio da Mota, 660
E-mail	saudealegre@hotmail.com
Telefone	79 -

FORNE: SMS

1.3. INFORMAÇÕES DA GESTÃO

Prefeito	Marinez Silva Pereira Lino	PERÍODO 2017- 2020
Secretário (a) de Saúde em Exercício	Maria Cristina de Oliveira	
E-mail secretário (a)	Saudealegre@hotmail.com	
Telef. secretário (a)	79 9 9800-6145	
E-mail	contabil1@catconsultoria.com.br	
Telefone	79 321-0567	

FORNE: SMS/ DIGISUS

Governador (a)	Belivaldo Chagas Silva
-----------------------	-------------------------------

FORNE: IBGE - SE

1.4. FUNDO DE SAÚDE

A **Lei Federal 8.080/90**, art. 33, parágrafo 1º cria o Fundo Nacional de Saúde - (FNS) e a Lei Federal 8.142/90, art. 4º, estabelece que para receber **recursos do Governo Federal, Estados e Municípios** devem ter **Fundo de Saúde**. A existência de um Fundo possibilita ver com clareza: as fontes de receita, seus valores e data de ingresso; as despesas realizadas; os rendimentos das aplicações financeiras. E, além disso, facilita o controle social e permite a autonomia na aplicação dos recursos, com a garantia de sua aplicação exclusivamente na saúde. A gestão dos recursos da saúde por fundo especial como veremos, é mais do que uma opção técnica. Trata-se de um instrumento com fundamentos legais e garantias administrativas voltadas para a efetivação das propostas do Sistema Único de Saúde - **SUS**.

A **Lei Federal 8.142/90** estabelece que cabe aos Conselhos de Saúde, que têm caráter permanente e deliberativo, a **definição da política de saúde** e suas prioridades. A definição das **prioridades** deve ser feita a partir de demandas legitimadas socialmente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, o que exige visibilidade na **gestão dos recursos**. Se a questão do **controle financeiro e orçamentário** é crítica dentro dos próprios órgãos da área da saúde, em razão de sua complexidade, torna-se ainda mais séria quando pensamos na necessidade de articulação intersetorial com as áreas de **planejamento, fazenda e administração** dos executivos municipais. É importante estabelecer um diálogo que permita a toda a administração pública o entendimento da proposta do SUS.

LEGISLAÇÃO

Conforme a **Lei 4.320/64**, “constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que, por lei, se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços facultados a adoção de normas peculiares de aplicação” (**Lei 4.320, 1989:22**). A aplicação das receitas vinculadas ao fundo deve ser feita através de dotação consignada na lei de orçamento ou em créditos adicionais. Os saldos positivos do fundo apurados em balanço devem ser transferidos para o exercício seguinte, a não ser que esteja especificada determinação em contrário na lei de sua criação. A lei que cria o fundo poderá determinar as normas de controle, prestação e tomada de contas desde que não contrarie a legislação existente.

LEGISLAÇÃO	
Lei de criação	LEI 11
Data de criação	10/11/1994
CNPJ	11.602.838/0001-71 – Fundo Municipal de Saúde
Natureza Jurídica	Fundo Público da Administração Direta Municipal
Nome do Gestor do Fundo	Maria Cristina de Oliveira

FONTE: FMS/ CMS / DIGISUS


1.5. PLANO DE SAÚDE

Período do Plano de Saúde	2018-2021
Status do Plano	Aprovado

Fonte: CMS / SARGUS

LOCALIZAÇÃO

Monte Alegre de Sergipe (a sede municipal) está posicionado em uma latitude - 10.02° sul e a uma longitude -37.56° oeste, no noroeste do estado de **Sergipe**, na **Microrregião Sergipana do Sertão do São Francisco e Mesorregião do Sertão Sergipano**. Sua sede municipal está em uma altitude de cerca de 265m. O ponto mais alto do município localiza-se em sua porção oeste, nas nascentes dos rios dos Pintos e Aventura, com 390 metros de altitude. Os municípios vizinhos e suas posições fronteiriças abaixo:

<i>Noroeste:</i> Poço Redondo	<i>Norte:</i> Porto da Folha	<i>Nordeste:</i> Porto da Folha
<i>Oeste:</i> Pedro Alexandre-BA		<i>Leste:</i> Porto da Folha e Nossa Senhora da Glória
<i>Sudoeste:</i> Nossa Senhora da Glória e Pedro Alexandre- BA	<i>Sul:</i> Nossa Senhora da Glória	<i>Sudeste:</i> Nossa Senhora da Glória

Fonte: IBGE

1.6. INFORMAÇÕES SOBRE REGIONALIZAÇÃO

Região Área	(Km ²)	Pop.(Hab) Densidade	Densidade
Extensão	407 km ² [21]	15.031/2019 hab.	33,45 hab /km ²
Clima	Semiárido Bsh		
Altitude	265 m		
Fuso horário	UTC-3		
Densidade	39,2 hab./km ²		
<u>IDH (PNUD/2010)</u>	0,553 — <i>baixo</i>		
Mesorregião	Sertão Sergipano IBGE /2008		
Microrregião	Sergipana do Sertão do São Francisco IBGE/2008		

Fonte: IBGE

1.7 - CONSELHOS

São órgãos colegiados, **permanentes, paritários e deliberativos** que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem **políticas públicas**. Por meio desses conselhos, a comunidade (com seus representantes) participa da gestão pública.

CONSELHOS DE SAÚDE

É o órgão colegiado, deliberativo e permanente do **Sistema Único de Saúde (SUS)** em cada esfera de governo. Faz parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal. Deve funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento.

COMO DEVE FUNCIONAR

Deve funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento.

QUEM FAZ PARTE DESSE COLEGIADO

Os representantes de governo, prestador de saúde da rede privada e entidades, associações sindicatos são indicados pelos órgãos que lhe compete:

- **Representantes do governo**
- **Prestadores de serviços**
- **Profissionais de saúde**
- **Usuários**

OBS.: Atenção Lei Nº 8.142/90 Resolução Nº 453/2012 do CNS

O segmento dos usuários deve ser **paritário** com os demais **segmentos**. Isso quer dizer que **50% dos integrantes** do conselho de saúde têm que ser **usuários**, **25%** deve ser **profissional de saúde** e os outros **25%** devem ser **gestores e prestadores de serviço**.

SEGUIMENTO E PARIDADE PARA COMPOSIÇÃO	
Representantes do governo	25%
Prestadores de serviços	
Profissionais de saúde	25%
Usuários	50%
SEGUIMENTOS	100%

FONTE: CMS

ONDE ATUA O CONSELHO DE SAÚDE

Na formulação de estratégias e no controle da **execução da política de saúde**, inclusive nos aspectos **econômicos e financeiros**. O conselho analisa e aprova o plano de saúde. Analisa e aprova o relatório de gestão. Informa a sociedade sobre a sua atuação.

O QUE FAZ UM CONSELHEIRO

- Representa o seu segmento e manifesta as ideias e as demandas de seu grupo ou da instituição que ele representa, além de articular os interesses do conjunto dos usuários.
- Ao discutir, ele leva a opinião de uma parcela significativa da sociedade, pois não age em nome de seus interesses pessoais, mas da parte que ele representa e do conjunto dos usuários do SUS.
- Como representante, ele faz o elo entre o conselho e sua coletividade.

- Este trabalho pode ser feito por meio de mobilização do segmento, reuniões, boletins informativos e consultas.
- Além de propor, discutir e definir questões, é fundamental que o conselheiro acompanhe a execução das decisões da política de saúde, para que haja fiscalização e controle por parte da sociedade.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Os **Conselhos Municipais de Saúde** – CMS são órgãos permanentes e deliberativos com representantes do Governo, dos prestadores de serviço de saúde, profissionais de saúde, entidades representativas, sindicatos e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de **saúde**, inclusive nos aspectos **econômicos e financeiros**. Para que se possa cumprir o que a Lei determina o Conselho deve exercer o controle social do SUS. Isso significa dizer que cabe ao Conselho **fiscalizar, planejar, propor e controlar** os recursos destinados à área de Saúde no **Orçamento do Município**, bem como propor o Plano Municipal de Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias e Plano Plurianual. Do mesmo modo o Conselho deve exercer:

- **O controle,**
- **O planejamento**
- **A fiscalização**

Do **Fundo Municipal de Saúde**, fundo esse para onde são destinados os recursos a serem gastos com a gestão saúde no município.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

É o caminho da democracia, é um dos cinco **princípios da democracia**. Transformar a realidade, possibilitar e construir os caminhos percorridos pela humanidade e dar sentido aos outros princípios:

- **Igualdade,**
- **Liberdade,**
- **Diversidade,**
- **Solidariedade.**

“É através da **PARTICIPAÇÃO** que se supera a resignação e o medo e gera as condições para o exercício pleno da **liberdade e da cidadania**” (SOUZA, 2004)

CONFERÊNCIA DE SAÚDE

É o fórum que reúne todos os **segmentos representativos da sociedade**, um espaço de debate para avaliar a situação de saúde, **propor diretrizes** para a formulação da **política de saúde** nas **três esferas de governo**. É convocada pelo **Poder Executivo** ou pelo conselho de saúde, quando 50% + 1 dos integrantes desse fórum conclamam a conferência. Acontece há cada 04 anos. É realizada nas três esferas:

- **Municipal**
- **Estadual**
- **Federal**

É o espaço de debate, formulação, avaliação e sugestões de políticas pública de saúde.

O QUE O CONSELHEIRO DEVE CONHECER

1. A lei de **criação do conselho municipal** ou do conselho estadual, do conselho distrital e do Conselho Nacional de Saúde.

2. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS).

3. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

4. **Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde**, que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

5. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

6. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**, que regulamenta a Lei nº 8.080/90.

7. Plano anual Saúde - PAS.

8. Relatório de Gestão – RAG.

O **Decreto nº 7.508, de 28/06/2011**, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da Saúde, a assistência à saúde e a **articulação interfederativa**.

CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA (COAP)

É um **instrumento jurídico** que tem por objeto a “**organização e a integração** das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos entes federativos de uma região” (BRASIL, 2011).

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Conjunto de ações e serviços de saúde que são articulados em níveis de complexidade crescente para garantir a integralidade da assistência à saúde,

mediante o referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme o pactuado nas comissões intergestores.

ELABORAÇÃO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

De forma **ascendente e integrada**, partindo do nível **local até o federal**, estabelecendo **metas e indicadores** de saúde orientados pelas **diretrizes** nacionais estabelecidas pela **Conferência Nacional de Saúde** e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. O planejamento é orientado pelas diretrizes nacionais estabelecidas pela Conferência Nacional de Saúde. Este procedimento será orientador de **políticas de saúde** e, inclusive, para a iniciativa privada.

MAPA DA SAÚDE

É a **descrição geográfica** da distribuição de **recursos humanos** de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada que devem ser utilizados na identificação das necessidades de saúde e para orientar o planejamento integrado:

- **Municípios**
- **Estados**
- **Distrito Federal**
- **União**

PLANO DE SAÚDE

O secretário de saúde, assim como o ministro da Saúde, deve apresentar ao conselho de saúde o plano de saúde, que é o **instrumento** que, a partir da análise da situação do município, do estado e do Brasil, apresenta as intenções e os resultados que devem ser buscados no período de quatro anos, que devem ser expressos:

- **Objetivos**
- **Diretrizes**
- **Metas**

Deve ser apresentado aos conselheiros para **aprovação** de quatro em quatro anos. É importante que você participe da discussão e elaboração dos planos de saúde tanto do seu Município, quanto do seu Estado e do seu País. Neles estarão incluídas as prioridades de governo para a saúde. Assim, é importante que você saiba que existem políticas direcionadas a populações que têm maiores **iniquidades e vulnerabilidades** que devem ser priorizadas nos planos de saúde, essas são:

- **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.**
- **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.**
- **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.**
- **Ações e diretrizes em saúde para a população em situação de rua.**

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

Este **instrumento** deve ser apresentado pelo secretário de saúde aos conselheiros de saúde e deve conter os resultados com a execução da **programação anual da Saúde**. Cabe ao conselho de saúde **analisar, aprovar** ou reprovar o referido relatório. Deve ser apresentado ao conselho de saúde até o dia **30 de março do ano seguinte** ao da **execução financeira**.

ATUAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE

Na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, o conselho tem como objetivo **acompanhar, fiscalizar** ações desenvolvidas pelo setor de saúde, bem como ações desenvolvidas no setor de saúde, bem como, de modo inclusivo nos aspectos econômicos e financeiros. **O conselho fiscaliza e analisa** os dados para dar o **parecer favorável e aprovação** do plano de saúde e do **Relatório Anual de Gestão – RAG**, informar a sociedade sobre a sua atuação e a transparência dos recursos financeiros.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

CMS - Conselho Municipal de Saúde composição representando todos os seguimentos da sociedade civil organizada em 2020.

COMPOSIÇÃO
REPRESENTANTES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE MONTE ALEGRE DE SERGIPE / SE	
TITULARES	SUPLENTES
<i>SEGUIMENTO REPRESENTANTE DE GOVERNO PRESTADOR SERVIÇO DE SAÚDE SETOR PRIVADO</i>	
Amanda Oliveira Botelho Nascimento CPF -018.777.695-41 Presidente Josué Nunes Junior CPF- 003.501.365-64 Silvania Batista dos Santos CPF – 476.358.785-49	Ana Paula Batista dos Santos CPF – 052.781.965-61 Cleita Alves Lima Soares CPF – 056.474.5553-30 Nally Fabrine dos Santos Vieira CPF – 064.216.255-76
<i>SEGUIMENTO REPRESENTANTE DOS TRABALHADORES DE SAÚDE</i>	
Silvan Vicente de Oliveira CPF - 976.612.875-97 Flavia Tamyres de Santana CPF – 020.530.085-55 Vice-presidente Maria Santana S. Costa CPF – 892.489.105-72	Paulo Cezar do Nascimento CPF – 515.856.185-00 Franciele dos Santos Lima CPF – 048.733.955-16 Aline Raniely Ribeiro Costa CP F- 032.633.705-96
<i>SEGUIMENTO REPRESENTANTE DE USUÁRIOS REPRESENTANTE DO SINDICATO - SINTEGRE</i>	
Manoel do Nascimento CPF – 889.142.915-53	Maria José dos Santos Mota CPF – 979.316.835-87
<i>REPRESENTANTE DO SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS (STTR)</i>	
Haroldo Jose da Silva Representante do (MPA)	Inês Martins Filho CPF – 014.732.195- 66

Evaldo Marques da Silva CPF – 694.099.515-34	Maria José dos Santos CPF – 662.361.345-53
PASTORAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CNBB)	
Francisco Vieira da A. Junior CPF- 056.829.685-06	Marissa Kelly Dantas santos CPF- 048.840.365-06
REPRESENTANTE DAS IGREJAS EVANGÉLICAS	
Tereza Soares da Costa Bomfim CPF – 556.660.435-87	Derivaldo Bomfim CPF – 099.762.008-03
REPRESENTANTE – CONSELHO MUN. DESENVOLVIMENTO SOCIAL (CMDS)	
Antonio Ramos dos Santos CPF – 266.497.725-34	José Aparecido Medeiro CPF – 374.000.165.72

Fonte: CMS/PMMAS

INSTRUMENTO DE CRIAÇÃO

Instrumento Legal de Criação	Tipo Portaria - 01	
Endereço	Praça Presidente Médici	
E-mail	cmsalegre@outlook.com	
Telefone	79 -	
Nome do Presidente	Amanda de Oliveira Botelho Nascimento	
Nº de conselheiros por segmento	Usuários	06
	Governo	02
	Trabalhadores	03
	Prestadores	01
Total	12	

Fonte: CMS/PMMAS

Ano de referência: **2020**.

1.8. CASA LEGISLATIVA

1º RDQA 2020

2º RDQA 2020

3º RDQA 2020

-----/-----/-----

-----/-----/-----

-----/-----/-----

Data de entrega do Relatório: / / **no Conselho Municipal de Saúde.**

2. INTRODUÇÃO

O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica (BRASIL, 2016).

O planejamento requer conhecimento técnico que se expressa nos instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho. Esses instrumentos, denominados instrumentos de planejamento do SUS, estão previstos na legislação desde o início da década de 90 e referidos em normas mais recentes:

- **Plano de Saúde (PS)**
- **Programação Anual de Saúde (PAS)**
- **Relatório Anual de Gestão (RAG).**

O PS (inciso VIII, artigo 15 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990; inciso III, artigo 4º da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990; art. 2º do Decreto no 1.232, de 30 de agosto de 1994; artigo 15 do Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011 e artigo 22 da **Lei Complementar nº 141** de 13 de janeiro de 2012) é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos.

A elaboração do PS implica em realização da análise de situação de saúde; definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores e processo de monitoramento e avaliação, conforme artigo 96 da Portaria de Consolidação no 01 de 28 de setembro de 2017.

A PAS (§ 4º, artigo 33 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e § 2º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS e tem por objetivo a anualização das metas desse plano e previsão da alocação dos recursos orçamentários a serem executados, de acordo com o artigo 97 da Portaria de Consolidação no 01 de 28 de setembro de 2017. Tanto o PS como a **PAS** deverão apresentar conformidade com os instrumentos de governo:

- **Plano Plurianual (PPA)**
- **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)**
- **Lei Orçamentária Anual (LOA)**

O **RAG** (inciso IV, **artigo 4º da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e inciso II, do artigo 31 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**) é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no PS, segundo artigo 99 da Portaria de Consolidação no 1, de 28 de setembro de 2017.

Embora a referida portaria não inclua o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (**RDQA**) no conjunto dos instrumentos de planejamento, ele será objeto de análise nesse boletim, visto que está previsto no artigo 36 da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012 e a sua observância deve ser comprovada no RAG.

Até 2010, não havia um sistema por meio do qual o Ministério da Saúde pudesse monitorar a realização dos instrumentos de planejamento por parte dos estados, Distrito Federal e municípios. Em 2007, numa primeira tentativa de realização desse monitoramento, foi publicada a Portaria n o 1.229, de 24 de maio de 2007, que aprovou as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão (RAG) dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

Os Municípios, após apreciação e aprovação do RAG pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), deveriam encaminhar, para conhecimento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a resolução de aprovação do respectivo relatório até 30 de abril de

cada ano, cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde consolidar as referidas resoluções em formulário específico definido pela portaria, e encaminhá-lo à **Comissão Intergestores Tripartite**, (CIT) até 30 de maio de cada ano.

Já a União, os Estados e o Distrito Federal, após apreciação e aprovação do RAG no respectivo Conselho de Saúde (CS), deveriam encaminhar, para conhecimento da CIT a resolução de aprovação do referido relatório, até 30 de abril de cada ano.

Posteriormente, a Portaria 3.176, de 24 de dezembro de 2008 aprovou as orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do RAG e quanto a informações sobre o PS. Esta foi revogada pela Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 que estabeleceu as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do **Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Os Municípios deveriam encaminhar à CIB, para conhecimento, até o dia 31 de maio de cada ano, a resolução do respectivo Conselho de Saúde que aprova o **Relatório Anual de Gestão**, assim como informação quanto ao **Plano Municipal de Saúde (PMS)** que, se aprovado, a data de sua aprovação e, caso estivesse em apreciação, à data de encaminhamento ao CS. Às CIB caberia a consolidação das resoluções relativas aos RAG municipais e as informações acerca dos respectivos PMS, em formulário específico e encaminhamento à CIT até o dia 30 de junho de cada ano.

A União, os estados e o Distrito Federal, após apreciação e aprovação do RAG no respectivo CS, deveriam encaminhar à CIT, até o dia 31 de maio de cada ano, a resolução de aprovação do RAG.

Em 2011 foi disponibilizado o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (**SARGSUS**). Tornou-se de uso obrigatório para estados, Distrito Federal e municípios por meio do Acórdão TCU no 1.459, de 3 de junho de 2011 e regulamentado pela Portaria nº 575, de 29 de março de 2012, o SARGSUS possibilitava aos gestores a elaboração e envio do RAG ao respectivo CS, que por sua vez registrava o parecer sobre o RAG também pelo sistema.

O SARGSUS, que foi utilizado entre 2011 e 2017 ainda permitia aos gestores a possibilidade de anexar os arquivos do PS e da PAS, bem como as resoluções dos CS com os pareceres sobre os referidos instrumentos.

Por meio dos painéis gerenciais, de acesso público, era possível pesquisar no SARGSUS a situação de todos os entes quanto à elaboração dos instrumentos de planejamento e a situação de análise nos conselhos de saúde. A partir de 2018, o registro dos dados relativos aos instrumentos de planejamento por parte dos estados, Distrito Federal e municípios passou a ser feito no digiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Regulamentado pela Portaria n o 750, de 29 de abril de 2019, o DGMP possibilita o registro das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) do PS, proceder à anualização de metas e registro da previsão orçamentária na Programação PAS e prestar contas das metas previstas na PAS no RAG, além de campo específico para os gestores anexarem os arquivos do PS e da PAS, bem como as resoluções do CS com os pareceres sobre os referidos instrumentos.

Quanto aos RDQA e RAG, os gestores elaboram e encaminham para apreciação do CS no próprio DGMP. O CS, por sua vez, aprecia o documento e insere no DGMP a resolução com o resultado do parecer.

Por meio dos painéis gerenciais, de acesso público, que ainda estão em fase de elaboração, será possível pesquisar no DGMP a situação de todos os entes quanto à elaboração dos instrumentos de planejamento e a situação de análise nos CS.

Visando ao monitoramento da situação de elaboração, entrega e apreciação dos instrumentos de planejamento, esse boletim pretende apresentar esse quadro para os estados, Distrito Federal e municípios. Trata-se do primeiro boletim organizado a partir dos dados registrados no DGMP. A proposta da Coordenação Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (CGFIP/DGIP/SE/MS), área que faz a gestão do DGMP, é de divulgação mensal desses boletins informativos.

- **Plano de Saúde,**
- **Programação Anual de Saúde,**
- **Pactuação Interfederativa de Indicadores,**
- **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)**
- **Relatório Anual de Gestão**
- **Conselhos Municipais de Saúde – (CMS)**
- **Conselho Estadual de Saúde – (CES)**

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).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando o estabelecido na Constituição Federal de 1988 quanto à elaboração e encaminhamento dos projetos relativos ao **Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA);**

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela **União, Estados, Distrito Federal e Municípios** em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; e revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993;

Considerando a **Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000**, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências;

Considerando a **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Considerando a **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Resolução **CNS nº 459, de 10 de outubro de 2012**, que aprova o **Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral** de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da **Lei Complementar nº 141/201**; e

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 29 de agosto de 2013, resolve:

Art. 1º Esta Portaria estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos:

I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.

IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;

VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;

VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

Art. 2º Os **instrumentos** para o **planejamento** no âmbito do **SUS** são o Plano de Saúde, as respectivas **Programações Anuais** e o **Relatório de Gestão**.

§ 1º Os instrumentos referidos no "caput" interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

§ 2º O **Plano de Saúde** norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde.

§ 3º Os prazos para elaboração do **PPA, da LDO e da LOA** observam o disposto nas Constituições e Leis Orgânicas dos entes federados.

Art. 3º O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

§ 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.

§ 2º O Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados.

§ 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:

- a) estrutura do sistema de saúde;**
- b) redes de atenção à saúde;**
- c) condições socio sanitárias;**
- d) fluxos de acesso;**
- e) recursos financeiros;**
- f) gestão do trabalho e da educação na saúde;**
- g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;**

II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e

III - o processo de monitoramento e avaliação.

§ 4º Os Planos Estaduais de Saúde deverão ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse recursos aos Municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 5º Os Planos Estaduais de Saúde terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional.

§ 6º A transparência e a visibilidade serão também asseguradas mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde.

§ 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em www.saude.gov.br/sargsus.

Art. 4º A **Programação Anual de Saúde (PAS)** é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.

§ 1º Para Estados e Municípios, a **PAS** deverá conter:

I - a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde.

II - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e

III - a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS;

§ 2º Para a União, serão estabelecidas **metas anualizadas** do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

§ 3º O prazo de vigência da PAS coincidirá com o ano calendário.

Art. 5º No processo de elaboração e execução da PAS, os gestores de saúde observarão os seguintes prazos:

I - elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente; e

II - execução no ano subsequente.

Art. 6º O **Relatório de Gestão** é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução

da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens:

I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;

II - as metas da PAS previstas e executadas;

III - a análise da execução orçamentária; e

IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

§ 2º Os entes federados que assinarem o **Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde** (COAP) deverão inserir seção específica relativa aos compromissos assumidos e executados.

§ 3º O **Relatório de Gestão** deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o **dia 30 de março do ano** seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do SARGSUS.

Art. 7º O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS e deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de **maio, setembro e fevereiro**, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. O relatório previsto no "caput" observará o modelo padronizado previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 459, de 2012 e conterà, no mínimo, as seguintes informações:

I - Montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Art. 8º O planejamento regional integrado será elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e será pactuado, monitorado e avaliado pela CIR.

§ 1º O processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual e envolverão os **três entes federados**.

§ 2º O planejamento regional integrado expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da integralidade da atenção.

§ 3º A produção resultante do processo de planejamento regional integrado realizado no âmbito da Região de Saúde expressará:

I - A identificação da situação de saúde no território e das necessidades de saúde da população da Região de Saúde;

II - As diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a Região de Saúde, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados;

III - A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde.

§ 4º A produção referida no § 3º comporá o **COAP**.

§ 5º Os atuais planos de ação regional das redes de atenção à saúde, bem como os planos de ação e de aplicação de recursos de promoção e vigilância à saúde, de assistência farmacêutica, da gestão do trabalho e da educação na saúde dos três entes federados comporão e integrarão os produtos do planejamento regional integrado.

PLANEJAMENTO DO SUS

Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro (**CHORNY, 1998**).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (**SUS**), resgatar ou construir a cultura de planejamento é ao mesmo tempo um avanço e um desafio. Um avanço porque cada dia mais o planejamento são reconhecidos no SUS como importante ferramenta de gestão, e um desafio porque planejamento envolve a consolidação de uma cultura que exige mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais.

A implementação do Sistema de Planejamento do SUS – **PLANEJASUS** representa um esforço das três esferas de governo, que garante a contribuição com o aperfeiçoamento permanente da gestão, e, portanto, para a qualidade de vida das pessoas, mediante a prestação de serviços de saúde oportunos, resolutivos e humanizados.

Consistir o SUS, no contexto do Pacto de Gestão, buscou rever e sistematizar seus processos de planejamento. O intento foi promover a articulação desses processos nas três esferas de governo e, em cada esfera de governo, com os instrumentos de planejamento da ação governamental. Esses **instrumentos** previstos na **Constituição Federal** de 1988 são:

- **O Plano Plurianual – PPA,**
- **A Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO,**
- **A Lei Orçamentária Anual – LOA.**

No SUS o planejamento é instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios – é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, destacam-se as **leis 8080/90 e 8142/90.**

O planejamento e orçamento do SUS serão ascendentes, do nível local até o federal, ouvindo seus órgãos deliberativos compartilhando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, Estados e União. Cap. **III Lei 8080/90.**

“Os planos de saúde serão à base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva Proposta orçamentária. “Art. 36 8080/90”.

Para facilitar o cumprimento da Lei o planejamento vem para coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, integrando o Pacto pela Saúde estabelecido entre a gestão federal e os governos estaduais e municipais. Os resultados decorrentes do processo de planejamento no SUS devem se expressar de forma concreta em instrumentos que lhe são próprios, de maneira a favorecer a aperfeiçoamento da gestão e conferir direcionalidade. É de grande importância garantir a participação popular e o controle social. Para construção dos instrumentos de Planejamentos do SUS:

- **Plano Anual de Saúde,**
- **Relatório Anual de Gestão**

Os municípios têm se utilizado de diferentes modelos de planejamento que variam desde aqueles que só contemplam a simples projeção de tendência, até os modelos complexos que compõe uma visão mais problematizadora da realidade. O modelo proposto pelo Planejamento Estratégico Situacional – PES.

A conformação do PLANEJASUS confere especial atenção à observância da diretriz relativa à direção única do SUS em cada esfera de governo e, ao mesmo tempo, à corresponsabilidade de todos os entes federados para com a saúde da população.

No âmbito do PLANEJASUS considera-se plano de saúde o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, expresso em Objetivos, Diretrizes e Metas.

A **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**, estabelece as diretrizes para o processo de planejamento do SUS, bem como os instrumentos de gestão utilizados no processo de planejamento em saúde. Este projeto deve ser realizado pelos três entes federados de forma flexível e cíclica, no qual um complementa o outro. Dentre esses instrumentos, destaca – se o relatório Anual de Gestão (RAG) este instrumento de gestão, com elaboração anual que permite ao gestor apresentar o desempenho da execução das ações de saúde, ou seja, os resultados alcançados com a execução da **Programação Anual de Saúde** e orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, indicando os rumos da programação do ano seguinte.

No entanto, o referido relatório tem como base o Plano Municipal de Saúde exercício **2018/2022**, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS, tendo em vista o cumprimento dos compromissos firmados pela gestão municipal para a melhoria das condições de saúde da população monte alegreense. Vale ressaltar, que o compromisso atual da gestão continuar a ser a prestação continuada dos programas de saúde preconizados pelo SUS, de ações voltadas para gerenciar a melhoria e qualidade de vida aos munícipes, bem como atividades que priorizem ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, sem descuidar das ações assistenciais e de reabilitação, garantindo assim, uma atenção integral, equânime e universal a população sob - responsabilidade da gestão municipal.

3 - DADOS DEMOGRÁFICOS E DE MORBIMORTALIDADE

MORBIMORTALIDADE

É um conceito complexo que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos como a morbidade e a mortalidade. Podemos começar explicando que a morbidade é a presença de um determinado tipo de doença em uma população. Este conceito da medicina que se refere ao **índice** de pessoas mortas em decorrência de uma doença específica dentro de determinado grupo populacional.

A formação do conceito da morbimortalidade consiste na **relação entre a morbidade e a mortalidade**, sendo que a primeira é referente ao número de indivíduos portadores de determinada doença em relação ao total da população analisada. Já a mortalidade é a estatística sobre as pessoas mortas num grupo específico. Assim, a morbimortalidade observa o número de indivíduos que morreram como consequência de uma enfermidade, em relação ao número de habitantes de dado lugar e período de tempo.

PERFIL DE MORTALIDADE.

As doenças da modernidade são as que mais matam no Brasil. Dados do **Ministério da Saúde** confirmam que o perfil da mortalidade no país mudou ao longo dos anos, acompanhando a tendência mundial de mais mortes por doenças **crônicas e violentas**. Por grupo de causa, as doenças do aparelho circulatório – associadas à má alimentação, consumo excessivo de álcool, tabagismo e falta de atividade física – lideram o ranking e são as que mais matam homens e mulheres no Brasil. Ao todo, 283.927 pessoas perderam a vida por problemas do aparelho circulatório – 32,2% das mortes em 2005. É o que mostra os dados do capítulo Mortalidade no Brasil e

regiões da publicação Saúde Brasil 2007, do Ministério da Saúde, que traz o perfil detalhado da mortalidade dos brasileiros.

Nas regiões, as doenças do aparelho circulatório também são as que mais matam, com percentuais de 33% no Sudeste, 32,9% no Sul, 31,9 no **Nordeste**, **31%** no Centro-Oeste e 24,9% no Norte.

Para o Ministério da Saúde, esse perfil de mortalidade mostra mudanças que refletem a urbanização rápida e desenvolvimento do país – no **passado**, o que mais matava no país eram as doenças **infecciosas e parasitárias**, tais como as diarreias, tuberculose, malária, entre outras.

Como as doenças crônicas estão ligadas à inatividade física, ao consumo de álcool, tabaco e alimentação inadequada, os dados reforçam que o brasileiro deve investir na mudança de hábitos e buscar, por exemplo, parar de fumar, consumir alimentos saudáveis como frutas, legumes e verduras, praticar atividade física regularmente e diagnosticar e **controlar a hipertensão arterial e a diabetes**.

“Comer alimentos com excesso de gorduras, de açúcares e de sal, além de fumar e consumir abusivamente bebidas alcoólicas potencializa o risco de uma pessoa ter um quadro de doença circulatória, como o AVC, conhecida como derrame”, afirma o diretor do **Departamento de Análises de Situação de Saúde (DASIS)** do Ministério da Saúde, **Otaliba Libânio**. “Outro grande inimigo da saúde e aliado dessas doenças é o **sedentarismo**. Por isso, é necessário investir em hábitos saudáveis para melhorar a qualidade de vida e reduzir doenças e óbitos”.

De acordo com informações da **Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)**, em **1930**, as **doenças infecciosas** respondiam por **cerca de 46%** das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se a redução progressiva, sendo que, em 2003, essas doenças responderam apenas por cerca de 5%. Por outro lado, as doenças cardiovasculares, que representavam apenas 12% na década de 30, são, atualmente, as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras, respondendo por quase um terço dos óbitos.

MORTES PREMATURAS – Mesmo com os avanços estruturais e econômicos obtidos nas últimas décadas, dados do Ministério da Saúde mostram que uma parcela expressiva da população perde a vida prematuramente no país.

De acordo as informações, antes de alcançar a terceira idade, considerada a partir dos 60 anos o numero de mortos chega a 41,2% do total de óbitos registrados no Brasil em 2005. Entre as pessoas com 60 anos ou mais, os óbitos totalizaram 58,8% do total de falecimentos registrados no país.

PRINCIPAIS CAUSAS – As causas de mortes podem ser agrupadas em grandes grupos (**circulatórias, respiratórias, neoplasias, causas externas**) ou categorizadas por causas específicas (AVC, pneumonia, atropelamento, homicídio).

Ao separar por causas específicas, dentro do grupo das doenças do aparelho circulatório, o Acidente Vascular Cerebral (**AVC**) se destaca como a que mais mata. Em 2005, o número de mortes por essa causa, representou 31,7% das mortes decorrentes de problemas circulatórios e 10% dos óbitos totais do país.

A segunda maior causa específica de óbito no Brasil é a **Doença Isquêmica do Coração**, principalmente o infarto agudo do miocárdio, que também pertence ao grupo das circulatórias. Em 2005, perderam a vida por causa do infarto 9,4% do total de mortes do país.

Na avaliação das 10 primeiras causas de mortes no país, estão outras duas doenças circulatórias. A doença hipertensiva e a insuficiência cardíaca ocupam o 8º e 9º lugar, com (3,7%) e (3,4%) mortes, **respectivamente**.

CÂNCER – No quadro geral da mortalidade dos brasileiros, as neoplasias malignas, grupo que reúne os vários tipos de câncer, ocupam o segundo lugar entre as causas de mortes no Brasil, com o registro de mortes em 2005, o que representou 16,7% dos óbitos totais. Alguns dos fatores que levam ao câncer são os mesmos que também expõe o indivíduo ao risco de ter doenças do aparelho circulatório, tais como o uso de tabaco, de bebidas alcoólicas, exposição intensa ao sol, alimentação inadequada entre outros. Os fatores externos respondem por 80% a 90% das neoplasias, de acordo com o Ministério da Saúde. Os demais têm origem genética e alguns outros determinantes.

Na avaliação por regiões, o perfil é diferente. Os cânceres são a **segunda** causa de morte no **Sul e Sudeste** e a terceira para as demais regiões.

VIOLÊNCIAS E RESPIRATÓRIAS – Com número expressivo de óbitos, as causas externas respondem pela terceira posição no ranking da mortalidade no Brasil. Os dados regionais mostram um cenário preocupante: as **causas externas** são a segunda maior causa de óbitos em três das cinco regiões do país – **Norte, Centro-Oeste e Nordeste**. No Sudeste e no Sul, as causas externas ocupam o terceiro lugar.

Embora estudos do Ministério da Saúde já tenham apontado redução na tendência de mortes por homicídios, principal causa específica do grupo das externas, essa mortalidade se mantém em patamar elevado, principalmente nos homens jovens, de baixa escolaridade e negros.

Entre as causas específicas desse grupo (causas externas), os **homicídios** correspondem à **primeira** causa no grupo e à terceira causa no total de óbitos do país. Outra causa importante nesse grupo é o acidente de transporte terrestre, constituindo a sétima causa específica no total de óbito do país.

As causas de mortes por doenças do aparelho respiratórias ocupam o quarto lugar. Em 2005, os óbitos correspondem a 11,1% do total. Essa tendência é a mesma para todas as regiões. Em ordem decrescente, os percentuais de regionais foram de 11,7% no Sudeste e Sul, 10,9%

Pnad-2007 revelou que o Brasil, com **oito anos de antecedência**, atingiu já em 2007 a Meta do Milênio para a água. As Nações Unidas definiram oito **ODMs**. (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio) para desenvolvimento e combate à miséria no planeta que deverão ser atingidos até 2015.

- (Garantir a Sustentabilidade Ambiental), a meta 10 é reduzir pela metade (tendo como ano-base 1990) “a proporção da população sem acesso permanente e sustentável a água potável segura e esgotamento sanitário”. Com a cobertura de água chegando a 91,3% nas áreas urbanas, em 2007 a meta de água foi alcançada.

- Para o esgoto, no entanto, o país pode levar ainda de cinco a 15 anos, avalia a pesquisadora Maria da Piedade Morais, que coordenou a elaboração dos dados que compõem o Comunicado da Presidência nº 13, “Pnad-2007: Primeiras Análises – volume 5 – saneamento básico e habitação”.
- “Se considerarmos a rede geral e as fossas sépticas, o Brasil cumpre a meta também antes. Mas, se considerarmos como adequada apenas a rede geral, aí serão, no ritmo atual de crescimento da rede, mais uns 15 anos”, avalia a pesquisadora.
- Só de 2006 para 2007, a rede geral de esgoto chegou a mais 3% da população, passando de 54,4% para 57,4% de cobertura.

MORTALIDADE NO MUNICÍPIO EM 2020

I QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Nº óbitos	07	06	03	02	18

II QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Nº óbitos	01	04	13	02	20

III QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Set	Out	Nov	Dez	Total
Nº óbitos	08	06	07	05	26

QUADRIMESTRAIS				
U.F- Sergipe	I Quadrimestre	II Quadrimestre	III Quadrimestre	Total
Nº óbitos	18	20	26	64

3.1. POPULAÇÃO ESTIMADA POR SEXO E FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA			
FAIXA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
IDADE 0 – 04 ANOS	657	665	1.322
IDADE 05 – 09 ANOS	806	713	1.519
IDADE 10 – 14 ANOS	823	797	1.620
IDADE 15 – 19 ANOS	779	720	1.499
IDADE 20 – 29 ANOS	1.371	1.296	2.667
IDADE 30 – 49 ANOS	1.098	1.059	2.157
IDADE 40 – 49 ANOS	920	943	1.863
IDADE 50 – 59 ANOS	534	480	1.014
IDADE 60 – 69 ANOS	357	365	722
IDADE 70 - 79 ANOS	164	175	339
IDADE 80 OU MAIS	58	73	131
TOTAL	7.567	7.286	14.853

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

3.2. NASCIDOS VIVOS

PERFIL DE NATALIDADE

O atual quadro demográfico brasileiro resulta de vários fatores como a queda da fecundidade, a redução da mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida e o progressivo envelhecimento da população, que geram impactos e novas demandas para o sistema de saúde.

Em relação ao perfil de mortalidade, observa-se que a situação da população brasileira vem se modificando, com destaque para a queda dos óbitos infantis, a redução relativa das mortes por doenças infecciosas e o aumento daquelas decorrentes de doenças crônico-degenerativas. Em 1999, foi registrado no Brasil, uma taxa bruta de 6,8 óbitos por mil habitantes.

Com tendência constante de queda, a mortalidade infantil atingiu, em 1999, 31,8 óbitos por mil nascidos vivos, com maior participação do componente neonatal (20,1 por mil). Apesar do declínio em todas as regiões, os valores médios ainda são elevados, sendo maiores no Nordeste (52,4). As menores taxas encontram-se nos Estados das Regiões Sul e Sudeste.

As taxas de fecundidade vêm decrescendo em todas as regiões, desde 1970, atingindo, em 1999, a média de 2,2 filhos por mulher. Dos 3,2 milhões de nascimentos registrados em 1999, a maior concentração, por idade da mãe, correspondeu à faixa de 20 a 24 anos (31%), sobressaindo também o alto percentual de mães entre 15 e 19 anos (23%). A maior proporção de mães adolescentes foi observada na Região Norte (30%) e a menor na Sudeste (20%).

Os dados de mortalidade e de nascidos vivos contribuem para o conhecimento dos níveis de saúde da população e fornecem subsídios para os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de atenção à saúde dos diversos segmentos populacionais.

NATALIDADE NO MUNICIPIO EM 2020

I QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Nascidos vivos	16	17	25	24	82

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

II QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Nascidos vivos	25	19	21	11	76

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

III QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Set	Out	Nov	Dez	Total
Nascidos vivos	21	19	06	11	57

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

QUADRIMESTRAIS				
U.F- Sergipe	I QUADRI	II QUADRI	III QUADRI	Total
Nº Nascidos vivos	82	76	57	215

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

3.3. PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO

MORBIDADE HOSPITALAR DE RESIDENTE, SEGUNDO CAP. DA CID -10					
PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NO MUNICÍPIO					
Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	17	11	6	35
II. Neoplasias (tumores)	19	30	28	24	23
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	10	9	2	1	5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	5	14	13	7
V. Transtornos mentais e comportamentais	7	4	3	9	9
VI. Doenças do sistema nervoso	3	4	3	3	-
VII. Doenças do olho e anexos	4	-	-	3	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	2	-	1	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	31	17	19	27	41
X. Doenças do aparelho respiratório	20	20	21	17	35
XI. Doenças do aparelho digestivo	39	38	38	66	45
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6	7	4	8	6
XIII. Doenças sist..	5	5	1	6	10

osteomuscular e tec. conjuntivo					
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	18	22	22	25	26
XV. Gravidez parto e puerpério	200	196	188	191	246
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	15	13	18	25	33
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	4	4	2	4
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	8	4	5	6	11
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	47	63	40	48	59
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	20	16	17	24	28
CID 10^a Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
Total	465	476	438	505	624

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

3.4. MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS

MORTALIDADE DE RESIDENTES FREQUÊNCIA DE CAUSAS BÁSICAS				
Causa (CID10 CAP)	2017	2018	2019	2020
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	02	00	03	07
II. Neoplasias (tumores)	16	05	07	08
III. Doenças sangue órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitário	01	01	00	00
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	06	03	08	10
V. Transtornos mentais e comportamentais	00	00	02	01
VI. Doenças do sistema nervoso	01	01	01	00
VII. Doenças do olho e anexos	00	00	00	00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	00	00	00	00
IX. Doenças do aparelho circulatório	14	22	10	18
X. Doenças do aparelho respiratório	07	05	13	06
XI. Doenças do aparelho digestivo	03	04	05	02
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	01	00	01	00
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	00	00	01	01
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	04	02	02	01
XV. Gravidez, parto e puerpério	00	00	00	00
XV I. Algumas afecções originadas no período perinatal	06	03	04	05
XVII. Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	00	03	01	01
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório não classificadas em outra parte	03	02	07	05
IXX. Lesões, envenenamento e algumas outras consequências e causas externas	00	00	00	00
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	13	13	13	05

TOTAL	77	64	78	70
--------------	-----------	-----------	-----------	-----------

Fonte: SIM/2017-2020.

4. DADOS DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NO SUS

ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica ou Atenção Primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A Atenção Básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à Atenção Básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas UBSs.

A Atenção Básica também envolve outras iniciativas, como: as Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de Saúde Bucal; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que busca alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades etc.

Desenvolver ações de modo individual e coletivo, envolvendo a promoção da saúde, prevenção de agravos, bem como diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, promover ações de atenção integral à saúde de grupos vulneráveis como: mulher, criança, adolescente, alcoólatra, idosos, entre outros.

A adesão da Atenção Básica nos municípios como Estratégia Saúde da Família, tem sido de grande relevância no tocante ao atendimento à população, o programa instituído pelo governo federal. Baseado nisso os municípios também tem determinadas atribuições obrigatórias, que são pactuadas e vinculadas ao programa como as metas a serem cumpridas. Como na atenção aos grupos programáticos, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, ações de promoção à saúde, bem como, prevenção de agravos, dentre outras imputações.

4.1 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO E-SUS

A estratégia **e-SUS AB** busca reestruturar e integrar as informações da Atenção Básica em nível Nacional. O objetivo é reduzir a carga de trabalho na coleta, inserção, gestão e uso da informação na AB, permitindo que a coleta de dados esteja inserida nas atividades já desenvolvidas pelos profissionais. Por meio do e-SUS AB, a rede de serviço que compõe a Atenção Básica alimentará o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (**Sisab**), que substitui o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). As possibilidades de utilização da estratégia se adaptam à realidade dos municípios, especialmente no que diz respeito à informatização e à conectividade das Unidades Básicas de Saúde. Nas UBS onde os ambientes de atendimento (recepção, consultórios, sala de procedimentos) contam com computadores, é possível a utilização do Sistema com PEC, mesmo sem acesso à internet, que fornece informações individualizadas de cada um dos usuários da unidade e contém funcionalidades que facilitam o dia a dia das equipes, como a organização das agendas dos profissionais que atuam na AB. As Unidades Básicas de Saúde e os pontos de apoio que apresentam problemas de infraestrutura de informática poderão adotar o Sistema com CDS, em que as informações são registradas em fichas de papel e logo após digitadas nos sistemas.

- ✓ Especificar as metas pactuadas, bem como as metas alcançadas com as ações de saúde no decorrer do ano de 2020.

- ✓ Discutir os aspectos positivos e avaliar as ações que não foram satisfatórias que possam ser melhoradas para o ano seguinte.

- ✓ Planejar detalhadamente a execução orçamentária da saúde no exercício de 2020.

4.2 - GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

DIRETRIZ:

- ✓ Garantia de acesso à população aos serviços qualificados, adequados às necessidades de saúde dos munícipes, mediante o fortalecimento da Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família no município.

OBJETIVOS:

- ✓ Reorganizar o modelo de assistencial para garantir melhorias nas condições de saúde para a população; ampliar e qualificar os usuários ao acesso de serviços assistenciais; Além de qualificar a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema.

4.3 - GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde (**SMS**) possui um total de (**209**) funcionários, sendo destes (**75**) efetivos e (**134**) contratados e comissionados, lotados de acordo com suas funções e atribuições as necessidades aos serviços de saúde nas divisões administrativas, de informações e assistenciais. A Secretaria de Saúde do município tem como responsabilidade principal a assistência no setor primário, tendo atualmente uma cobertura de **100%** da população na Estratégia de Saúde da Família (ESF), cumprindo meta pactuada conforme o Ministério da Saúde preconiza (**Departamento da Atenção Básica, DAB 2020**).

- **CENTRO MÉDICO**
- **CLINICA MARIETA SOUZA ANDRADE**
- **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
- **UNIDADE BASICA DE SAÚDE DO POVOADO LAGOA DO ROÇADO**
- **UNIDADE BASICA DE SAÚDE DO POVOADO MARAVILHA**
- **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Na Atenção Primária o município é constituído por seis Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo três equipes com saúde bucal (ESB) modalidade I, estas dispõem da equipe mínima exigida pela **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Portaria, nº 2.436, de 21 setembros, 2017)**. A Portaria citada preconiza que as ESF precisam ser compostas pelos seguintes profissionais, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). No que diz respeito à assistência médica a população, o município dispõe de Central de Regulação que funciona na Clínica de Saúde da Família Marieta Souza Andrade, com 02 profissionais que atende as demandas de marcação de exames, consultas especializadas fora do município e demais procedimentos do sistema de regulação ACONE.

No conjunto da assistencial da Atenção Primária, a ESF com atendimento do **Programa de Saúde da Família – PSF**, sala de vacina, sala de curativo, sala de triagem, farmácia com assistência de uma farmacêutica e uma atendente de farmácia, sala de conferência e cada setor conta com serviços de um auxiliar de enfermagem fixo, todos profissionais da ESF do município cumprem uma carga horária de **40 horas semanais**, conforme regulamenta a Portaria supracitada.

4.4 - ATENÇÃO PRIMÁRIA A 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.

Entre o conjunto de iniciativas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) para cuidar da população no ambiente em que vive estão:

MÉDICOS PELO BRASIL

O Ministério da Saúde anunciou, em agosto de 2019, o lançamento do programa **Médicos pelo Brasil** criado para substituir o **Mais Médicos**. Desde a saída dos cubanos e às desistências dos médicos brasileiros no início do ano, o atual governo já planejava reformular o antigo programa com a promessa de **oferecer melhores condições de trabalho a estes profissionais**.

A **medida provisória (MP/890/2019)** que cria o Médicos pelo Brasil, foi assinada pelo presidente Jair Bolsonaro junto ao ministro da saúde, Luiz Mandetta, **com o objetivo de redirecionar esses médicos aos locais com maior dificuldade de acesso e vulnerabilidade**, além de formá-los em especialistas de Medicina da Família e Comunidade.

A estimativa é que **até ao final de 2020, sejam preenchidas cerca de 18 mil vagas** no novo programa, com **salários que podem variar de 14 mil até 31 mil**. Contudo, o edital para a primeira seleção e contratação dos profissionais só será lançado **após a aprovação da MP** no Congresso Nacional.

1. **MÉDICOS PELO BRASIL**
2. **PREVINE BRASIL**
3. **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**
4. **SISCAN**
5. **SISLOGLAB**
6. **E-SUS AB**
7. **SISAB**
8. **MICRONUTRIENTES**
9. **BOLSA FAMÍLIA**
10. **IOSE**

1. MÉDICOS PELO BRASIL

O programa Médicos pelo Brasil, que substituirá gradativamente o Mais Médico, prioriza levar atendimento médico a regiões mais carentes do país e ainda prevê formação qualificada de profissionais de saúde e critérios claros de seleção e contratação de médicos, que devem ter registro no Conselho Federal de Medicina do país (CRM). O município possuem três médicos vinculados ao programa, ambos estão cadastrados na Unidade Básica de Saúde Marieta Souza Andrade, localizada na Praça Francisco Rollemberg Gois, S/N Centro.

2. PREVINE BRASIL

O novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) busca ampliar o acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade do SUS. O foco é atender às necessidades e prioridades epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas e espaciais, entre outras.

A proposta também visa melhorar a qualidade da APS na medida em que tem como um de seus pilares a valorização do trabalho das equipes e serviços para o alcance de resultados em saúde (componente pagamento por desempenho), além de incentivar avanços na capacidade instalada (informatização) e na qualidade da atenção (residências).

3. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

4. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER - SISCAN

Este sistema é a versão em plataforma *web* que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA) implantada em 30/10/2012. Este sistema tem por objetivo, enquanto ferramenta de gestão, fortalecer as ações de controle e prevenção destes cânceres.

5. SISTEMA DE CONTROLE E LOGÍSTICA DE INSUMOS LABORATORIAIS – SISLOGLAB

Sistema de Controle e Logística de Insumos Laboratoriais – SISLOGLAB responsável pelo preenchimento de MAPAS para prestação de contas e solicitação dos testes rápidos HIV, Sífilis, HBV e HCV.

6. E-SUS AB

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia para reestruturar as informações da saúde na Atenção Básica em nível nacional. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

7. O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA (SISAB)

Sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

8. MICRONUTRIENTES

(SISTEMA DE MONITORAMENTO DOS PROGRAMAS, VITAMINA A E FERRO).

No Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade.

O PNSF faz parte das estratégias de prevenção da anemia e consiste na suplementação profilática de ferro para todas as crianças de seis a 24 meses de

idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto, e na suplementação de gestantes com ácido fólico.

9. BOLSA FAMÍLIA

OBS: site do programa Bolsa Família temporariamente fechado para balanço da 1ª vigência de 2020.

10. IOSE

Instituto Oftalmológico de Sergipe em Pactuação com o Governo Federal atendem usuários cadastrados diagnosticados com glaucoma sendo disponibilizadas medicações e avaliação trimestral para tratamento da patologia. Os atendimentos anteriormente estavam sendo realizados em Nossa Senhora da Glória, na Clínica Brasília devido à pandemia os atendimentos foram suspensos, sendo retomados em **Junho de 2020** na Clínica sede do IOSE no município de Propriá/SE, tendo como justificativa uma melhor estrutura física, mantendo o distanciamento entre os usuários conforme recomendação do Ministério da Saúde. Os atendimentos são realizados por blocos de agendamento, evitando assim aglomerados, seguindo as orientações:

- Só atendem usuários que constarem na relação enviada pelo município;
- Todos os pacientes e profissionais da saúde que o município enviar para atendimento deverá estar usando mascaras de proteção, bem como obedecer às recomendações preventivas do Ministério da Saúde frente à pandemia do **Covid-19**;
- Imprescindível que os horários agendados sejam respeitados afim de evitar aglomerações e desorganização no atendimento;
- Mediante a situação atual os acompanhantes deverão ser indispensáveis em casos de extrema necessidade;

IOSE - INSTITUTO OFTALMOLÓGICO DE SERGIPE

IOSE - em pactuação com o Governo Federal atendem usuários cadastrados diagnosticados com glaucoma sendo disponibilizadas medicações e avaliação trimestral para tratamento da patologia. Os atendimentos anteriormente estavam sendo realizados em Nossa Senhora da Glória, na Clínica Brasília devido à pandemia os atendimentos foram suspensos, sendo retomados em Junho de 2020 na clínica sede do IOSE no município de Propriá/SE, tendo como justificativa uma melhor estrutura física, mantendo o distanciamento entre os usuários conforme recomendação do Ministério da Saúde. Os atendimentos são realizados por blocos de agendamento, evitando assim aglomerados, seguindo as orientações:

QUANTITATIVOS DE ATENDIMENTOS IOSE I QUADRIMESTRE				
Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
0	0	0	0	0

QUANTITATIVOS DE ATENDIMENTOS IOSE II QUADRIMESTRE				
Maio	Junho	Julho	Agosto	Total
60	19	45	0	124

QUANTITATIVOS DE ATENDIMENTOS IOSE III QUADRIMESTRE				
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
0	45	24	0	69

QUANTITATIVOS DE ATENDIMENTOS IOSE QUADRIMESTRAIS			
I QUADRIMESTRE	II QUADRIMESTRE	III QUADRIMESTRE	TOTAL
0	124	69	193

4.5. PRODUÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA - RELATÓRIO DO SISAB

Os dados disponíveis neste relatório são oriundos dos sistemas da estratégia e-SUS AB: Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Esses dados registrados nesses sistemas são gerados a partir do trabalho de todos os profissionais da Atenção Básica – equipes da Estratégia Saúde da Família, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), do Consultório na Rua (ECR), de Atenção à Saúde Prisional (EABp) e de Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de Programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde.

Ministério da Saúde - MS									
Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS									
Departamento de Saúde da Família - DESF									
Estratégia eSUSAB									
Unidade Geográfica: MONTE ALEGRE DE SERGIPE - SE									
Período: Janeiro de 2020. à Maio de 2020.									
Relatório de Envio: Por Equipe									
Estabeleci	Tipo Unida	Desc. Tipo	Equipe(INE	Tipo Equip	Desc. Tipo	JAN/2020	FEV/2020	MAR/2020	ABR/2020
2420279	15	UNIDADE	00001758	02	ESFSB_M	Sim	Sim	Sim	Sim
2420279	15	UNIDADE	00001758	70	ESF - EQU	Não	Não	Não	Não
2420279	15	UNIDADE	00001758	01	ESF - EQU	Sim	Sim	Sim	Sim
2420279	15	UNIDADE	00001758	70	ESF - EQU	Não	Não	Não	Não
2420279	15	UNIDADE	00015340	01	ESF - EQU	Não	Não	Não	Sim
2420279	15	UNIDADE	00015340	04	EACS - EC	Sim	Sim	Sim	Não
2420279	15	UNIDADE	00015340	70	ESF - EQU	Não	Não	Não	Não
2420279	15	UNIDADE	00017510	71	ESB - EQU	Não	Não	Não	Não
2420295	02	CENTRO	00001758	02	ESFSB_M	Sim	Sim	Sim	Sim
2420295	02	CENTRO	00001758	70	ESF - EQU	Não	Não	Não	Não
2420295	02	CENTRO	00017511	71	ESB - EQU	Não	Não	Não	Não
3059170	02	CENTRO	00001758	02	ESFSB_M	Sim	Sim	Sim	Sim
3059170	02	CENTRO	00001758	70	ESF - EQU	Não	Não	Não	Não
3059170	02	CENTRO	00016511	01	ESF - EQU	Sim	Sim	Sim	Sim
3059170	02	CENTRO	00016511	70	ESF - EQU	Não	Não	Não	Não
3059170	02	CENTRO	00017510	71	ESB - EQU	Não	Não	Não	Não
3059170	02	CENTRO	-	-	-	Sim	Sim	Não	Não
Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB									
E-mail: sisab@saude.gov.br									
Dado gerado em: 15 de Julho de 2020 - 19:01h									
Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF									

HISTÓRICO DE COBERTURA POR EQUIPES.

Baseado no Departamento de Atenção Básica (DAB, 2020), a taxa de cobertura pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família no município, é de **100%** da

população monte alegrenses, beneficiando e cumprindo as metas dos indicadores de saúde. Melhorando a saúde municipal. Atualmente estamos com seis Equipes de Estratégia de Saúde da Família, três destas fazendo a cobertura da área urbana e as outras três da área rural.

RELATÓRIO DO PORTAL DO DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA.

Esse relatório permite verificar as equipes que enviaram dados de produção ao SISAB por competência (período) e unidade geográfica. Explorando os dados, é possível consultar o envio de dados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Ministério da Saúde - MS															
Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS															
Departamento de Saúde da Família - DESF															
Cobertura da Atenção Básica															
Unidade Geográfica: NORDESTE - SE - MONTE ALEGRE DE SERGIPE															
Período: Janeiro de 2020 à Abril de 2020.															
Competência	Macrorregião	UF	IBGE	Município	População	Nº ESF	Cx	Nº EAB	P	CH Médicos	CH Enferm	Nº eSF eq	Estim. Pop. Cobertura	Estim. Pop. Cobertura	
JAN/2020	NORDESTE	SE	280420	MONTE ALEGRE	15.031	5	0	0,66	0	0	0	15.031	100%	15.031	100%
FEV/2020	NORDESTE	SE	280420	MONTE ALEGRE	15.031	5	0	0	0	0	0	15.031	100%	15.031	100%
MAR/2020	NORDESTE	SE	280420	MONTE ALEGRE	15.031	5	0	0,66	0	0	0	15.031	100%	15.031	100%
ABR/2020	NORDESTE	SE	280420	MONTE ALEGRE	15.031	6	0	0	0	0	0	15.031	100%	15.031	100%
Fonte: e-Gestor Atenção Básica															
E-mail: nti.dab@saude.gov.br															
Dado gerado em: 15 de Julho de 2020 - 18:57h															
Desenvolvido pela Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF/SAPS															

4.6 - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE SAÚDE BUCAL

Esse relatório apresenta cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e de Saúde Bucal na Atenção Básica utilizada para o monitoramento do

acesso aos serviços da Atenção Básica com vista ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com as **Portarias e Decretos** citados abaixo, em decorrência da **Pandemia do Novo Coronavírus** O **Conselho Regional de Odontologia de Sergipe** (CRO-SE), no exercício de suas competências, publicou **Ofício nº 132/GP**, solicitando a adoção de medidas emergenciais, perante a pandemia de **COVID-19**, com o objetivo de preservar a saúde dos profissionais da odontologia e da população. Segundo nota emitida, o momento é de somar esforços, uma vez que, o ambiente de atendimento odontológico e os procedimentos realizados geram um alto índice de infecção no ambiente de atuação, devido aos aerossóis formados, saliva e sangue. Reforçando assim a necessidade de reorientação e reorganização da Atenção em Saúde Bucal. Fora solicitado que os atendimentos eletivos fossem suspensos, priorizando atendimentos de Urgência.

A Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), no **Ofício nº 1.603/2020**, recomendou a suspensão das consultas, procedimentos dos atendimentos da atenção básica, ambulatorial e das cirurgias eletivas da Odontologia do Sistema Único de Saúde, somente a realização de Urgências e Emergências são indicadas para este cenário de pandemia.

O Conselho Federal de Odontologia (CFO) solicitou ao Ministério da Saúde (MS), por meio do **ofício nº 477/2020**, a suspensão, em todo o território Nacional, das atividades odontológicas eletivas e recomendou a observação criteriosa dos protocolos de biossegurança, de modo que sejam minimizadas as chances de contágio. A Coordenação Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, então, publicou a Nota Técnica nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS, em que o Ministério da Saúde (MS) orientou a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo-se apenas o atendimento das urgências odontológicas. O MS reforça ainda, que os profissionais de odontologia, tanto da Atenção Primária quanto da Atenção Especializada, deverão compor a equipe que realizará ações de FAST-TRACK COVID-19, com vistas a contribuir para a superação desse quadro emergencial.

Materiais diversos foram publicados com o intuito de orientar os profissionais da Odontologia mediante a situação do Covid-19: CFO - Recomendações para Atendimentos Odontológicos em tempos de Covid-19; **Nota Técnica da ANVISA GVIM/GGTES/ANVISA Nº04/2020** com Orientação para Serviços de Saúde, incluindo o serviço odontológico; CRO-SE – Avaliação em Urgência & Emergência em Odontologia; CRO-SE – Manejo Odontológico Ambulatorial em Tempos de Covid-19 (com base na decisão plenária CRO-SE nº 04/2020).

O Fluxo de Saúde Bucal (SB) no município de Monte Alegre de Sergipe foi incluso nas mudanças, dentro das condutas publicadas, que ocorreram em toda Atenção Básica. A Odontologia foi readequada várias vezes em pró do funcionamento do fluxo das Unidades de Saúde de forma satisfatória. Os atendimentos eletivos foram suspensos, desde a publicação do Decreto Estadual e Municipal. Somente Urgências e Emergências permaneceram em vigor. Desde então, alguns pacientes procuraram o serviço tanto para procedimentos eletivos, mas estes foram orientados do atual momento, bem como as Urgências que foram tratadas de acordo com as orientações e mediante a decisão de conduta do profissional. Alguns casos foram encaminhados para o CEO de referência. A procura diminuiu de forma considerável. Os pacientes chegam ao acolhimento nas UBS, onde é feita aferição de temperatura, verificação de possíveis sintomas e são direcionados pela recepção aos diversos setores e um deles é a Saúde Bucal, ao ser direcionado a este setor, antes do paciente ser atendido é realizado uma bateria de perguntas orientadas no “MANEJO ODONTOLÓGICO AMBULATORIAL EM TEMPOS DE COVID-19”. Para diminuição do aglomerado de profissionais no local de trabalho, foram elaborados cronogramas com escalas que são definidos em conjunto com Equipes de Saúde Bucal semanalmente.

4.7 - PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA

O **Programa Saúde na Escola** (PSE) visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Como consolidar essa atitude dentro das escolas. Essa é a questão que nos guiou para elaboração da metodologia das Agendas de Educação e Saúde, a serem executadas como projetos didáticos nas Escolas. E tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e, de forma mais amplificada, estudantes da Rede Federal de **Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos** (EJA). As atividades de educação e saúde do PSE ocorrerão nos Territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível o exercício de criação de núcleos e ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, etc.). No PSE a criação dos Territórios locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de seu projeto político-pedagógico e a unidade básica de saúde. O planejamento destas ações do PSE considera: o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar.

A Escola é a área institucional privilegiada deste encontro da educação e da saúde: espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral. Para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Na esfera da saúde, as práticas das

equipes de Saúde da Família, incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos.

CINCO COMPONENTES:

- a) Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública;
- b) Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção;
- c) Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens;
- d) Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes;
- e) Monitoramento e Avaliação do Programa.

Mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, o PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação e saúde já que:

- (1) - trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- (2) - permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;
- (3) - promove a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública.

Nos quadros a seguir, estão expostos os tópicos principais do Projeto Municipal, elaborado no processo de adesão ao PSE pelo **Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI)** e, na sequência, a proposta da Agenda de Educação e Saúde, como estratégia de implementação nos territórios da escola.

O Projeto Municipal é um dos requisitos do processo de adesão, como “leitura

técnica” da situação municipal, elaborada para iniciar o processo de construção coletiva para a ação, visando à implementação do PSE. Documento desenvolvido a partir da articulação de informações de diversas fontes, acessíveis nas bases de dados dos órgãos federais, estaduais e municipais. O Projeto identifica as prioridades e aspectos que precisam ser redimensionados e/ou qualificados no âmbito das ações de educação e saúde no território municipal. Em uma espécie de “recorte” da área de atuação, o Projeto Municipal delimita os territórios de responsabilidade, definidos segundo a área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e define o conjunto de escolas integrantes de cada território, apresentando informações sobre:

- O diagnóstico situacional com as questões referentes a determinantes sociais, cenário epidemiológico e modalidades de ensino das escolas vinculadas às equipes da ESF e que atuarão no PSE;
- O mapeamento da Rede SUS de AB/SF e das Redes de Ensino - estadual e municipal, criando espaços comuns, os territórios de responsabilidade;
- As atribuições das equipes da ESF e das escolas em cada um dos territórios de responsabilidade, quantificando o número de escolas, de estudantes de cada estabelecimento e as questões prioritárias do perfil desses alunos. Definição dos responsáveis das áreas da saúde e da educação pelo projeto dentro de cada território;
- A identificação das instituições de ensino atendidas pelo Programa Saúde na Escola. Definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola.

4.8 - AGENDA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

A Agenda de Educação e Saúde é uma estratégia fundamental de implementação das ações compartilhadas nos territórios municipais. São escolhidos “recortes” do território integrando escolas e unidades de saúde, a fim de gerar uma articulação das práticas. A Agenda definirá as propostas comunitárias para estes microterritórios onde as escolas estão inseridas, refletindo as expectativas comunitárias em relação à interface educação e saúde. No âmbito da escola as atividades de planejamento e gestão do coletivo e formulação dos inventários detalhados e da condução de processos participativos integrados aos estudos e ao Projeto Político Pedagógico representa uma oportunidade impar para os exercícios de cidadania. Por meio do diálogo entre comunidade escolar e equipe da Estratégia Saúde da Família, a Agenda de Educação e Saúde envolve interlocuções entre diferentes setores da sociedade e dos programas/políticas já em desenvolvimento na escola e com parceiros locais.

BASES LEGAIS:

Portaria 3.696/10 – PSE/CNES

Portaria N.º 3146 de 17 de dezembro de 2009

Portaria nº 254, de 24 de julho de 2009 - Projeto Olhar Brasil

Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008

Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE

Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008 - Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao

Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos.

Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 - Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

- ✓ **Material Didático Pedagógico (Programa Saúde na Escola)**
- ✓ **Ofício aos Secretários Estaduais e Municipais de Educação**
- ✓ **Manual Orientador - Passo-a-Passo Cadastro SIMEC/PSE**

COMPONENTES DO PROGRAMA PSE

COMPONENTE I - Avaliação clínica e psicossocial.

Onde se organizam as ações de atenção integral á saúde dos estudantes, através da avaliação das condições de saúde de crianças, adolescentes, jovens e adultos que estão matriculados na rede básica de ensino, São três atividades conjuntas: a avaliação clínica e psicossocial; a avaliação nutricional; e a avaliação da saúde bucal. Estas são ações estratégicas a serem desenvolvidas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família - (ESF) Juntamente com a equipe escolar.

COMPONENTE II - Ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos.

A escola é um espaço social importante para construção de uma sociedade democrática. Logo, as crianças, adolescentes e jovens devem participar das decisões que ocorrem no cotidiano da escola, como por exemplo, na elaboração de um plano de ação em saúde, que pode ser incluído no Projeto Político-Pedagógico das escolas. As ações estratégicas para a promoção da saúde na escola são: Ações

de Promoção da Saúde e Prevenção de doenças e agravos; Promoção da Alimentação Saudável; Promoção da atividade física; Educação para a saúde sexual e reprodutiva; Prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas.

COMPONENTE III - Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e Saúde e de jovens para o PSE;

Neste componente está prevista a realização de educação permanente de Jovens para Promoção da Saúde e Educação permanente e capacitação de profissionais da educação nos temas da saúde e constituição das equipes de saúde que atuarão nos territórios do PSE. O projeto de Formação Permanente tem sido elaborado a partir de três eixos:

- **Gestão da formação,**
- **Operacionalização,**
- **Organização dos diferentes formatos de formação.**

COMPONENTE IV - Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes

O monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes são fundamentais para o direcionamento das ações de saúde e educação. Com os resultados do monitoramento é possível a reorganização das ações e atividades com foco maior nas necessidades reais dos estudantes, adequando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de orientar o redirecionamento de investimentos e projetos. Para isso, é necessário realizar periodicamente inquéritos e pesquisas nacionais e regionais sobre fatores de riscos e proteção à saúde dos estudantes. Uma série de ações já está sendo desenvolvida: Encarte Saúde no Censo Escolar (INEP/MEC);

- Pesquisa Nacional Saúde do Escolar (PeNSE/MS); Sistema de Monitoramento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (PN DST/Aids e Unesco),

- Pesquisa Nacional do Perfil Nutricional e Consumo Alimentar dos Escolares (FNDE).

DESTACAMOS DUAS INICIATIVAS:

- A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), que é amostral e tem como foco os jovens estudantes de 13 a 15 anos, e aborda: o perfil socioeconômico, alimentação, atividade física, cigarro, álcool e outras drogas, situações em casa e na escola, saúde sexual, segurança, saúde bucal, e imagem corporal. Esta pesquisa foi realizada em parceria com o IBGE e aplicada nas 27 capitais, em escolas públicas e privadas.
- A segunda é o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica) elaborado e aplicado no contexto do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) desde 2005; consiste em cinco questões ligadas mais diretamente ao tema de DST/AIDS. Os municípios e estados podem e devem organizar-se para apropriar-se dessas informações e organizar inquéritos e pesquisas locais.

COMPONENTE V - Monitoramento e avaliação do PSE.

E o quinto componente se refere ao Monitoramento e avaliação do programa, que será realizada por meio de coleta de informações diretamente com as equipes, através de um formulário eletrônico, que será disponibilizado periodicamente para preenchimento. Outro processo desse monitoramento se dá através do sistema **SIMEC/PSE**, que é direcionado para as ações realizadas nas escolas, desenvolvido pelo Ministério da Educação.

AÇÕES DESENVOLVIDAS COM O OBJETIVO

PREVENÇÃO, PROMOÇÃO, RECUPERAÇÃO E MANUTENÇÃO DA SAÚDE DOS INDIVÍDUOS E COLETIVOS HUMANOS.

I QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420MUNICÍPIO MONTE ALEGRE/ SE						
ATIVIDADES REALIZADAS NAS ESCOLAS NO PSE						
Escolas do Município	Pactuadas	alunos Matriculados	Alunos Trabalhados	Alunos Acompanhados.	Prof. Saúde	Prof. Educação

DEVIDO A CRISE DO CORONAVIRUS NÃO HOUE AULAS.

II QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 MUNICÍPIO MONTE ALEGRE /SE						
ATIVIDADES REALIZADAS NAS ESCOLAS NO PSE						
Escolas do Município	Pactuadas	alunos Matriculados	Alunos Trabalhados	Alunos Acompanhados.	Prof. Saúde	Prof. Educação

DEVIDO A CRISE DO CORONAVIRUS NÃO HOUE AULAS

III QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 MUNICÍPIO MONTE ALEGRE / SE						
ATIVIDADES REALIZADAS NAS ESCOLAS NO PSE						
Escolas do Município	Pactuadas	alunos matriculados	Alunos Trabalhados	Alunos Acompanhados.	Prof. Saúde	Prof. Educação

DEVIDO A CRISE DO CORONAVIRUS NÃO HOUE AULAS

QUADRIMESTRAIS

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 MUNICÍPIO MONTE ALEGRE / SE				
PSE AÇÕES	I QUADRI	II QUADRI	III QUADRI	Total
Total	0	0	05	05

Calendário escolar suspensas devido a crise do covid-19.

Obs.: Devido à pandemia do Novo Coronavírus com base nos protocolos da OMS e nos **Decretos** e **Portarias** dos Governos Federal e Estaduais o MEC suspendeu o calendário escolar, não houve ações do PSE nas escolas.

4.9 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em saúde como estratégia do sistema único de saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como **aprendizagem-trabalho**, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os **conhecimentos** e as **experiências** que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (**BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20**).

Nesse sentido, a Educação Permanente se constitui em estratégia para desenvolver os serviços de saúde, pois implica em constante atualização por meio de ações intencionais e planejadas voltadas ao **fortalecimento** de **conhecimentos, habilidades e atitudes**, que repercutem no interior das relações e processos desde a equipe, até as práticas organizacionais, interinstitucionais e intersetoriais a implicar nas políticas em que se inserem as ações em saúde.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde desenvolve suas atividades nos diferentes eixos:

- Educação em Serviço, a qual compreende atividades de desenvolvimento dos profissionais que atuam nas ESF, por meio de cursos, palestras, seminários de capacitação.
- Educação em Saúde para profissionais que atua nos diferentes setor de saúde, desenvolvida por meio de grupos de trabalho sobre temáticas de saúde que interessam à população.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde tem como função planejar, organizar e fornecer apoio às ações de educação permanente em saúde. Em março do referido ano realizamos na zona rural e urbana do município o **Projeto Visão Total**. Esse projeto trouxe a nossa população palestras sobre os cuidados com a saúde ocular, bem como triagem e realização de alguns exames.

I QUADRIMESTRE



Os serviços de atendimentos foram disponibilizados para os usuários do SUS da zona urbana e rural.

PROJETO VISÃO TOTAL

Usuários atendidos em Consultas Oftalmológica e Exames	2.387
---	--------------

Em **16 de março** aconteceu o evento alusivo à saúde da mulher com realização de testes rápidos, agendamentos de exames citopatológicos, palestra de combate a dengue e combate ao novo coronavírus.

II QUADRIMESTRE



Encontro com os profissionais, sobre o uso corretos dos **Equipamentos de Proteção Individual - EPIs**, como medidas de prevenção do novo coronavírus.



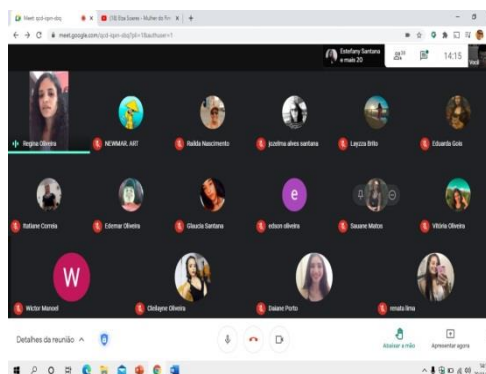
III QUADRIMESTRE

Em Novembro do referido ano realizamos reunião com a equipe gestora do Centro de Excelência 28 de Janeiro, referente ao retorno das aulas do 3ª ano do ensino médio.



Reunião com gestora do Colégio Estadual José Inácio de Farias, sobre a retomada das aulas da turma EJA.

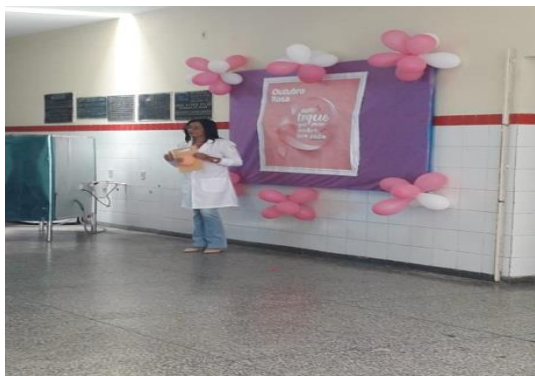
Encontro online com alunos do Centro de Excelência 28 de Janeiro, abordando o tema: Alimentação Saudável em tempos de pandemia.



Orientações com os funcionários do Centro de excelência 28 de Janeiro e Colégio Estadual José Inácio de Farias sobre o protocolo sanitário de retomada às atividades educacionais.



Orientações com alunos do Centro de Excelência 28 de Janeiro sobre o retorno das aulas e as novas normas para o combate e prevenção à Covid-19.



Vídeo educativo sobre o Outubro Rosa.



Orientações aos alunos do Centro de Excelência 28 de Janeiro sobre o retorno das aulas e as novas normas para combate e prevenção á Covid-19. Turno Noturno.



Orientações aos alunos do Colégio Estadual José Inácio de Farias sobre o retorno das aulas e as novas normas para combate e prevenção á Covid-19. Turno Noturno.



Encontro Online sobre o papel da Busca Ativa Escolar durante e pós-pandemia.



Vídeo Educativo Sobre a Aids.

4.10 - PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

A deficiência de vitamina A é considerada uma das mais importantes deficiências nutricionais dos países em desenvolvimento, sendo a principal causa de cegueira evitável. A suplementação oral de Vitamina A constitui-se na estratégia mais eficaz para prover Vitamina A em indivíduos com riscos para a deficiência. No Brasil, o **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A** foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de Vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar).

Desde a década de 1980, fazem parte do programa todos os municípios da Região Nordeste. Em 2010, o programa foi ampliado para os municípios que compõem a Amazônia Legal e, em 2012, com o lançamento da Ação Brasil Carinhoso, o programa foi expandido para todos os municípios da Região Norte, 585 municípios integrantes do Plano Brasil Sem Miséria das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste e todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS) do Ministério da Saúde elaborou este Manual de Condutas Gerais com objetivo de orientar os gestores e profissionais de Saúde de estados e municípios para a implementação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.

JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, desenvolve, desde 2005, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, com outras ações de prevenção da DVA, em áreas consideradas de risco. No Brasil, a deficiência de **Vitamina A** é um problema de saúde pública moderada.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que a deficiência de vitamina A (DVA) afeta, em nível mundial, aproximadamente 19 milhões de mulheres grávidas e 190 milhões de crianças em idade pré-escolar e a maioria está localizada nas regiões da África e Sudoeste da Ásia (OMS, 2011). No Brasil, a DVA era considerada um problema de saúde pública, sobretudo na Região Nordeste e em alguns locais da Região Sudeste e da Região Norte. Contudo, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) traçou o perfil das crianças menores de 5 anos e da população feminina em idade fértil no Brasil e apontou que o problema se estende para todas as regiões brasileiras. Nessa pesquisa, foi observado que 17,4% das crianças e 12,3% das mulheres apresentavam níveis inadequados de vitamina A. Em crianças, as maiores prevalências foram encontradas no Sudeste (21,6%) e Nordeste (19%) do País. A maior idade materna (>35 anos) também foi associada à maior ocorrência de crianças com níveis deficientes de Vitamina A. Nas mulheres, as prevalências nas regiões foram: Sudeste (14%), Centro-Oeste (12,8%), Nordeste (12,1%), Norte (11,2%) e Sul (8%) (BRASIL, 2009).

Diante desse impacto positivo, a OMS recomenda à administração de suplementos de vitamina A para prevenir a carência, a **xerofthalmia** e a cegueira de origem nutricional em crianças de 6 a 59 meses. Ressalta ainda que a suplementação profilática de vitamina A deve fazer parte de um conjunto de estratégias para melhoria da ingestão desse nutriente, portanto associado à diversificação da dieta (OMS, 2011). O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído por meio da **Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005**, cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar). Esse programa faz parte da Ação Brasil Carinhoso constante no **Programa Brasil sem Miséria**, que objetiva o combate à pobreza absoluta na primeira infância e reforça a assistência à criança menor de cinco anos para prevenção da deficiência de vitamina A, garantindo o acesso e disponibilidade do insumo a todas as crianças nessa faixa etária nas Regiões do Norte e Nordeste e os municípios das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste contemplados no Programa Brasil sem Miséria.

MICRONUTRIENTES: SISTEMA DE MONITORAMENTO DOS PROGRAMAS VITAMINA A.

I QUADRIMESTRE 2020.

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE			
DEMONSTRATIVO DE CRIANÇAS SUPLEMENTADAS COM VITAMINA A.			
I QUADRIMESTRE 2020.			
QUANTITATIVO DE VITAMINA A DISTRIBUÍDA			
CRIANÇAS COM 06 A 11 MESES - DOSE 100.00UI			
Meta -	Rotina	Campanha	Total
Janeiro	30	0	30
Fevereiro	27	0	27
Marco	9	0	9
Abril	15	0	15
TOTAL	81	0	81

PRIMEIRA DOSE – CRIANÇAS DE 12 A 59 MESES DOSE 200.00UI			
META:	Rotina	Campanha	Total
Janeiro	22	0	22
Fevereiro	52	0	52
Marco	34	0	34
Abril	36	0	36
TOTAL	144	0	144

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/vitaminaa/dose/1>

II QUADRIMESTRE 2020.

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE			
DEMONSTRATIVO DE CRIANÇAS SUPLEMENTADAS COM VITAMINA A.			
II QUADRIMESTRE 2020.			
QUANTITATIVO DE VITAMINA A DISTRIBUÍDA			
CRIANÇAS COM 06 A 11 MESES - DOSE 100.00UI			
Meta -	Rotina	Campanha	Total
Maio	9	0	9
Junho	17	0	17
Julho	41	0	41
Agosto	16	0	16
TOTAL	83	0	83

PRIMEIRA DOSE – CRIANÇAS DE 12 A 59 MESES DOSE 200.00UI			
META:	Rotina	Campanha	Total
Maio	18	0	18
Junho	29	0	29
Julho	33	0	33
Agosto	36	0	36
TOTAL	116	0	116

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/vitaminaa/dose/1>

III QUADRIMESTRE 2020.

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE			
DEMONSTRATIVO DE CRIANÇAS SUPLEMENTADAS COM VITAMINA A.			
III QUADRIMESTRE 2020.			
QUANTITATIVO DE VITAMINA A DISTRIBUÍDA			

1ª MEGADOSE - CRIANÇAS COM 06 A 11 MESES - DOSE 100.00UI			
Meta -	Rotina	Campanha	Total
Setembro	14	-	14
Outubro	14	-	14
Novembro	20	-	20
Dezembro	-	-	-
TOTAL	48	-	48

2ª MEGADOSE - CRIANÇAS DE 12 A 59 MESES DOSE 200.00UI			
META:	Rotina	Campanha	Total
Setembro	67	-	67
Outubro	24	-	24
Novembro	303	-	303
Dezembro	-	-	-
	104	-	104

QUADRIMESTRAIS 2020.			
QUANTITATIVO DE VITAMINA A DISTRIBUÍDA			
CRIANÇAS COM 06 A 11 MESES - DOSE 100.00UI			
Meta -	Rotina	Campanha	Total
I Quadrimestre	81	0	81
II Quadrimestre	83	0	83
III Quadrimestre	48	-	48
TOTAL	212	0	212

CRIANÇAS DE 12 A 59 MESES 1ª DOSE 200.00UI			
META:	Rotina	Campanha	Total
I Quadrimestre	144	-	144

II Quadrimestre	116	-	116
III Quadrimestre	105	-	105
2ª Dose	24	-	24
TOTAL	389	-	389

4.11 - PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

1.0 - A anemia por deficiência de ferro é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil em virtude das altas prevalências e da estreita relação com o desenvolvimento das crianças. No mundo, é considerada a carência nutricional de maior magnitude, destacando-se a elevada prevalência em todos os segmentos sociais, acometendo principalmente crianças menores de dois anos de idade e gestantes (WHO, 2008; BRASIL, 2009 a). Com relação à magnitude da anemia no País, dados da **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde** mostram que a prevalência entre menores de cinco anos é de 20,9%, sendo de 24,1% em crianças menores de dois anos (BRASIL, 2009a). Diversos estudos realizados no País apontam que a mediana da prevalência de anemia em crianças menores de cinco anos é de 50%, chegando a 52% naquelas que frequentavam escolas/creches e 60,2% nas que frequentavam Unidades Básicas de Saúde (JORDÃO; BERNARDI; BARROS FILHO 2009; VIEIRA; FERREIRA, 2010). Sobre a estreita relação da anemia com o desenvolvimento das crianças, estudos comprovam que aquelas que apresentaram anemia durante os primeiros anos de vida, mesmo quando tratadas, possuem maior probabilidade de baixo rendimento escolar em idades posteriores. A anemia na infância também está relacionada com a baixa produtividade em adultos, o que contribui para a transmissão intergeracional da pobreza com sérias implicações para o desenvolvimento de um país (GRANTHAMMCGREGOR et al., 2007; WALKER et al., 2007; ENGLE et al., 2007, 2011). Assim, considerando a relevância do problema e o compromisso que a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - **PNAN** assume para a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, são estabelecidas as seguintes ações de prevenção

e controle da anemia por deficiência de ferro no âmbito do SUS: o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), que consiste na suplementação universal com suplementos de ferro em doses profiláticas; a fortificação dos alimentos preparados para as crianças com micronutrientes em pó; a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico; e a promoção da alimentação adequada e saudável para aumento do consumo de alimentos fontes de ferro. Com vistas a orientar os profissionais de saúde da atenção básica na implementação da suplementação profilática universal para a prevenção da anemia, apresentamos este manual de condutas gerais, que traz as informações necessárias à operacionalização do programa. Esperamos, com isso, reforçar a agenda de prevenção e controle da anemia, de forma a fortalecer e aprimorar a ação em todo o País.

ANEMIA.

1.1 A anemia é definida como a condição na qual a concentração de hemoglobina no sangue está abaixo do normal (WHO, 2001). A anemia pode ser determinada por diversos fatores. Cerca de 50% dos casos acontecem em função da deficiência de ferro, determinada pela dieta insuficiente em ferro. As outras causas são relacionadas às deficiências de folato, vitamina B12 ou vitamina A, inflamação crônica, infecções parasitárias e doenças hereditárias (WHO, 2012). Entre os grupos de risco mais vulneráveis para a ocorrência de anemia, estão as crianças menores de dois anos, as gestantes e as mulheres em idade fértil.

1.2 Causas da deficiência de ferro e fatores predisponentes para seu desenvolvimento.

1.3 Consequências da deficiência de ferro.

AS PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DA DEFICIÊNCIA DE FERRO

- ✓ Comprometimento do sistema imune, com aumento da predisposição a infecções;

- ✓ Aumento do risco de doenças e mortalidade perinatal para mães e recém-nascidos;
- ✓ Aumento da mortalidade materna e infantil;
- ✓ Redução da função cognitiva, do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com repercussões em outros ciclos vitais;
- ✓ Diminuição da capacidade de aprendizagem em crianças escolares e menor produtividade em adultos.

Alimentos fontes de ferro o ferro é um micronutriente essencial para vida e atua principalmente na síntese de células vermelhas do sangue (hemácias) e no transporte do oxigênio no organismo. Há dois tipos de ferro nos alimentos: ferro **heme** (origem animal, sendo mais bem absorvido) e ferro **não heme** (encontrado nos vegetais). São alimentos fontes de ferro heme: carnes vermelhas, principalmente vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, suínos, peixes e mariscos. São alimentos fontes de ferro não heme: hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha. Como o ferro não heme possui baixa biodisponibilidade, recomenda-se a ingestão na mesma refeição de alimentos que melhoram a absorção desse tipo de ferro, por exemplo, os ricos em vitamina C, disponível em frutas cítricas (como: laranja, acerola, limão e caju), os ricos em vitamina A, disponível em frutas (como: mamão e manga) e as hortaliças (como: abóbora e cenoura).

10 ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA ANEMIA

As necessidades de ferro durante os primeiros anos de vida e durante a gestação são muito elevadas, por isso recomenda-se a adoção de medidas complementares ao estímulo à alimentação saudável, com o intuito de oferecer ferro adicional de forma preventiva. Dessa forma, a prevenção da anemia por deficiência de ferro deve ser planejada com a priorização da suplementação de ferro medicamentosa em doses profiláticas; com ações de educação alimentar e nutricional para alimentação adequada e saudável; com a fortificação de alimentos; com o controle de infecções e

parasitoses; e com o acesso à água e esgoto sanitariamente adequado. As ações de prevenção da anemia devem priorizar intervenções que contribuam para o enfrentamento dos seus principais determinantes. O esquema abaixo apresenta as janelas de oportunidades de prevenção e controle da anemia nos diferentes ciclos de vida.

Quadro 1 – Estratégias de prevenção e controle da anemia na Gestação

1. Suplementação profilática com ferro e ácido fólico.
2. Ingestão de alimentos que contenham farinhas enriquecidas com ferro e ácido fólico.
3. Alimentação adequada e saudável com ingestão de ferro de alta biodisponibilidade.

PARTO E NASCIMENTO

1. Clampeamento tardio do cordão umbilical.
2. Amamentação na primeira hora de vida.

PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA

1. Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.
2. Suplementação profilática de ferro para crianças prematuras e que nasceram com baixo peso.

A PARTIR DOS SEIS MESES ATÉ DOIS ANOS DE IDADE.

1. Alimentação complementar saudável e adequada em frequência, quantidade e biodisponibilidade de ferro.
2. Suplementação de ferro profilática.

3. Fortificação dos alimentos preparados para as crianças com micronutrientes em pó.

SUPLEMENTAÇÃO COM SULFATO FERROSO EM CRIANÇAS.

Tabela – Quantidade de crianças suplementadas com Sulfato Ferroso nos quadrimestres.

I QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
CRIANÇAS SUPLEMENTADAS COM SULFATO FERROSO	
CRIANÇAS SUPLEMENTADAS	
JANEIRO	14
FEVEREIRO	12
MARÇO	36
ABRIL	41
TOTAL	103

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/1>

II QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
CRIANÇAS SUPLEMENTADAS COM SULFATO FERROSO	
CRIANÇAS SUPLEMENTADAS	
MAIO	-
JUNHO	41
JULHO	47
AGOSTO	51
TOTAL	139

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/1>

III QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
CRIANÇAS SUPLEMENTADAS COM SULFATO FERROSO	
CRIANÇAS SUPLEMENTADAS	
SETEMBRO	62
OUTUBRO	56
NOVEMBRO	57
DEZEMBRO	-
TOTAL	175

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/1>

QUADRIMESTRAIS

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
CRIANÇAS SUPLEMENTADAS COM SULFATO FERROSO	
CRIANÇAS SUPLEMENTADA	
I QUADRIMESTRE	103
II QUADRIMESTRE	139
III QUADRIMESTRE	175
TOTAL	417

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/1>

4.12 - SUPLEMENTAÇÃO DIÁRIA DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO EM GESTANTES

Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes Estima-se que 41,8% das gestantes em todo o mundo sejam anêmicas. Considera-se que pelo menos metade

desses casos seja resultante de deficiência de ferro. Os Estados Membros solicitaram orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os efeitos e a segurança da suplementação de ferro e ácido fólico em gestantes como medidas de saúde pública para melhorar as condições da gestação em apoio ao seu esforço para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

A OMS desenvolveu estas recomendações substanciadas com evidências utilizando os procedimentos apresentados no guia OMS para desenvolvimento de diretrizes. Os passos deste processo incluem: (i) identificação de questões prioritárias e resultados; (ii) obtenção de evidências; (iii) avaliação e síntese das evidências; (iv) formulação de recomendações, incluindo prioridades de pesquisa; e (v) planejamento para disseminação, avaliação de impactos e atualização da diretriz. A metodologia de Análise, Desenvolvimento e Avaliação da Classificação de Recomendações (GRADE) foi utilizada para preparar perfis de evidências relacionados aos tópicos pré-selecionados, com base em revisões sistemáticas atualizadas.

O grupo de orientações sobre diretrizes para intervenções de nutrição, chamado Grupo de **Aconselhamento Especializado em Orientações Nutricionais (NUGAG)**, é formado por especialistas no conteúdo, metodologistas, representantes de potenciais colaboradores e consumidores. Esses especialistas participaram de diversas consultas técnicas da OMS relativas a esta diretriz, realizadas em Genebra, na Suíça, e em Amã, na Jordânia, em 2010 e em 2011. Os Membros do Painel de Especialistas e Colaboradores Externos foram identificados por meio de uma convocação pública para fornecimento de comentários e o envolvimento desse painel ocorreu ao longo de todo o processo de desenvolvimento da diretriz. Os membros do NUGAG votaram sobre o impacto da recomendação, levando em consideração:

- (i) efeitos desejados e indesejados desta intervenção;
- (ii) qualidade da evidência disponível;
- (iii) valores e preferências relacionadas à intervenção, em diferentes cenários;

(iv) o custo das opções disponíveis de funcionários da área de saúde em diferentes cenários.

Todos os membros da NUGAG preencheram um Formulário de Declaração de Interesses antes de cada reunião. A suplementação diária oral de ferro e ácido fólico é recomendada como parte da assistência pré-natal para reduzir o risco de baixo peso no nascimento, anemia materna e deficiência de ferro (forte recomendação). A qualidade geral das evidências para suplementação de ferro versus ausência de ferro foi moderada para baixo peso no nascimento, nascimento pré-termo, anemia materna e deficiência de ferro materna no termo. A evidência foi considerada de baixa qualidade para peso no nascimento, morte neonatal, anomalias congênitas, morte materna, anemia materna severa e infecções durante a gestação; enquanto que foi considerada de qualidade muito baixa para efeitos colaterais.

Esta diretriz traz recomendações globais e baseadas em evidências para com a suplementação diária de ferro e ácido fólico como intervenção de saúde pública com o objetivo de aprimorar os resultados da gestação e reduzir a anemia materna durante a gestação.

A diretriz irá auxiliar os Estados Membros e seus parceiros em suas ações para tomada de decisões informadas sobre as ações nutricionais adequadas para alcançar os **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**, em especial a redução da mortalidade infantil (MDG 4) e melhora da saúde das gestantes (MDG 5). A diretriz é voltada para um vasto público, inclusive desenvolvedores de políticas, seus conselheiros especializados, e equipe técnica e de programação em empresas participantes do projeto, implantação e aprimoramento das ações nutricionais para saúde pública.

Este documento apresenta a recomendação principal e um resumo das evidências de suporte. Outros detalhes sobre a base comprobatória estão apresentados.

Estima-se que 41,8% de gestantes em todo o mundo sejam anêmicas.

(1). Pelo menos metade dos casos pode ser atribuída à deficiência de ferro

(2), com os demais casos sendo resultantes de outras condições como deficiências de folato e Vitaminas B12 ou vitamina A, inflamação crônica, infecções parasitárias e distúrbios hereditários. Considera-se que uma gestante está anêmica quando sua concentração de hemoglobina durante o primeiro e terceiro trimestres da gestação estiver abaixo de 110 g/l, no nível do mar; no segundo trimestre da gestação, a concentração de hemoglobina geralmente cai aproximadamente 5 g/l

(3). Quando a anemia vem acompanhada de indicação de deficiência de ferro (por exemplo, baixos níveis de ferritina), esta condição é chamada de anemia com deficiência de ferro (2). As baixas concentrações de hemoglobina indicando anemia moderada ou severa durante a gestação foram associadas com maior risco de parto prematuro, mortalidade materna e da criança, e doenças infecciosas.

(4). O crescimento e o desenvolvimento também podem ser afetados (2), tanto intrauterino como no longo prazo

(5). Por outro lado, as concentrações de hemoglobina superiores a 130 g/l no nível do mar também podem estar associadas a condições negativas da gestação como parto prematuro e baixo peso no nascimento (6, 7).

As intervenções voltadas para evitar a deficiência de ferro e anemia com deficiência de ferro na gestação incluem suplementação de ferro, fortificação dos alimentos básicos com ferro, educação de saúde e nutricional, controle de infecções parasitárias e melhora das condições de saneamento (8). A demora para cortar o cordão umbilical também é eficaz para evitar a deficiência de ferro entre bebês e crianças pequenas (9). Durante a gestação, as mulheres precisam consumir ferro extra para garantir que tenham reservas de ferro suficiente para evitar a deficiência de ferro (10). Portanto, na maioria dos países de baixa e média renda, os suplementos de ferro são amplamente usados por gestantes para evitar e corrigir a deficiência de ferro e anemia durante a gestação.

SUPLEMENTAÇÃO COM SULFATO FERROSO EM GESTANTES I QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
GESTANTES SUPLEMENTADAS COM SULFATO FERROSO	
GESTANTES SUPLEMENTADAS	
Janeiro	22
Fevereiro	25
Março	16
Abril	36
TOTAL	99

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/2>

II QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
GESTANTES SUPLEMENTADAS COM SULFATO FERROSO	
GESTANTES SUPLEMENTADAS	
Maio	92
Junho	-
Julho	67
Agosto	132
TOTAL	291

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/2>

III QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
GESTANTES SUPLEMENTADAS COM SULFATO FERROSO	
GESTANTES SUPLEMENTADAS	
Setembro	85
Outubro	54

Novembro	39
Dezembro	-
TOTAL	178

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/2>

QUADRIMESTRAIS

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
GESTANTES SUPLEMENTADAS COM SULFATO FERROSO	
GESTANTES SUPLEMENTADAS	
I QUADRIMESTRE	99
II QUADRIMESTRE	291
III QUADRIMESTRE	178
TOTAL	568

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/2>

SUPLEMENTAÇÃO COM ACIDO FÓLICO EM GESTANTES.

I QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
GESTANTES SUPLEMENTADAS COM ACIDO FÓLICO	
GESTANTES SUPLEMENTADAS	
Janeiro	20
Fevereiro	15
Março	11
Abril	36
TOTAL	82

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/2>

II QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
GESTANTES SUPLEMENTADAS COM ACIDO FÓLICO	
GESTANTES SUPLEMENTADAS	
Maio	89
Junho	-
Julho	39
Agosto	76
TOTAL	204

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/2>

III QUADRIMESTRE

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
GESTANTES SUPLEMENTADAS COM ACIDO FÓLICO	
GESTANTES SUPLEMENTADAS	
Setembro	40
Outubro	25
Novembro	40
Dezembro	-
TOTAL	105

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/2>

QUADRIMESTRAIS

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE	
GESTANTES SUPLEMENTADAS COM ACIDO FÓLICO	
GESTANTES SUPLEMENTADAS	
I QUADRIMESTRE	82
II QUADRIMESTRE	204
III QUADRIMESTRE	105
TOTAL	391

<https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/dose/2>

4.13 - REDE CEGONHA

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional. O início de sua implantação conta com a observação do critério epidemiológico, da taxa de mortalidade infantil, da razão da mortalidade materna e da densidade populacional. Desta forma, a Rede Cegonha conta com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

OS PRINCÍPIOS DA REDE CEGONHA:

- Humanização do parto e do nascimento, com ampliação das ppler baseadas em evidência;
- Organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS);
- Acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção;
- Vinculação da gestante à maternidade;
- Gestante não peregrina;
- Realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno.

4. 14 - SISTEMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL – SISNEO

O é uma agenda transversal às políticas, coordenações e áreas técnicas (Sangue e Hemoderivados, Saúde da Criança, e Saúde da Pessoa com Deficiência e) e às Redes Temáticas do SUS (Rede Cegonha e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência).

Missão: "Promover, implantar e implementar as ações de Triagem Neonatal no âmbito do SUS, visando o acesso universal, integral e equânime, com foco na

prevenção, na intervenção precoce e no acompanhamento permanente das pessoas com as doenças incluídas no Programa".

Este programa tem como objetivo geral identificar distúrbios e doenças no recém-nascido em tempo oportuno para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo, conforme estabelecido nas Linhas de Cuidado, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas com doenças previstas na política. É realizada através de testes capazes de detectar precocemente um grupo de doenças e alterações, geralmente assintomáticas no período neonatal, porém, potencialmente causadoras de danos durante o crescimento e desenvolvimento das crianças acometidas.



I QUADRIMESTRE

QUANTITATIVO DE COLETAS DE TN REALIZADAS				
Procedimento	Jan	Fev	Mar	Abr
Triagem neonatal	18	13	13	31
Total	75			

II QUADRIMESTRE

QUANTITATIVO DE COLETAS DE TN REALIZADAS				
Procedimento	Maio	Junho	Julho	Agosto
Triagem neonatal	18	23	20	16
Total	77			

III QUADRIMESTRE

QUANTITATIVO DE COLETAS DE TN REALIZADAS				
Procedimento	Set	Out	Nov	Dez
Triagem neonatal	22	17	07	20
Total	66			

QUANTITATIVO DE COLETAS DE TN REALIZADAS			
QUADRIMESTRAIS			
Procedimento	I QUADRIMESTRE	II QUADRIMESTRE	III QUADRIMESTRE
Triagem neonatal	75	77	66
Total	218		

4.15 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

No setor administrativo da SMS, trabalham diariamente cumprindo carga horaria de trinta horas semanais os estatutários e os comissionados e ou contratados cumprem quarenta horas semanais. Os assistentes e auxiliares administrativos no Centro de Processamento de Dados - CPD, enfermeiros desenvolvendo a função de coordenadores da Atenção Básica, Vigilância em Saúde, veterinária no setor de Vigilância Sanitária, fiscais da VISAM, odontóloga na coordenação de Saúde Bucal, auxiliar de serviços gerais e vigilantes, Núcleo de Endemias é composto por supervisor de campo e Agentes de Combate a Endemias (ACE).

Além destes profissionais temos ainda o Centro de Especialidade Médica com atendimento médico nas especialidades de:

- ✓ **Fisioterapia,**
- ✓ **Fonoaudiologia,**
- ✓ **Nutrição,**
- ✓ **Psicologia,**
- ✓ **Psiquiatria,**

Os mesmos atendem no espaço referido do Município com consultas e procedimentos pré agendados. Contamos ainda com um **Pronto Atendimento de Urgência/24** horas, que é composta por uma equipe mínima diariamente, médico clínico geral, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, vigilante, recepcionista, motorista, cozinheiro, e auxiliar de serviços gerais.

DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE.

O cronograma das Equipes de Estratégia de Saúde da Família no município está detalhado nas tabelas abaixo.

RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA LOCAL DE ATUAÇÃO - MONTE ALEGRE DE SERGIPE 2020.					
Equipe I	Equipe II	Equipe III	Equipe IV	Equipe V	Equipe VI
Zona Urbana	Zona urbana	Zona Rural	Zona Rural	Zona Urbana	Zona Rural
06 Microáreas	08 Microáreas	07 Microáreas	08 Microáreas	06 Microáreas	06 Microáreas
Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro
Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem
06 ACS	08 ACS	06 ACS	05 ACS	06 ACS	04 ACS
Médico PMM	Médico PMM	Médico Contrato	Médico Contrato	Médico PMM	Médico Contrato

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA		
Equipe I	Equipe II	Equipe III
Zona Urbana	Zona Rural	Zona Rural
Odontólogo	Odontólogo	Odontólogo
Auxiliar de Saúde Bucal	Auxiliar de Saúde Bucal	Auxiliar de Saúde Bucal
Equipe IV	Equipe V	Equipe VI
Zona Urbana	Zona Urbana	Zona Rural

Com base no **Departamento de Atenção Básica** (DAB, 2020), a meta pactuada para cobertura pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF no município, são de 100% da população monte alegreense, desde modo cumprindo os indicadores de saúde pactuados. Para qualificar os serviços de saúde ofertados, bem como, a estruturação dos serviços de saúde na Atenção Básica municipal. O compromisso da gestão continua na priorização dos serviços de saúde na Atenção Básica como “**porta de entrada**” e nas comunidades visando comodidade dos usuários in loco.

NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE BUCAL (ESB)

INDICADOR E META PACTUADOS

COBERTURA 100%

I QUADRIMESTRE

RELATÓRIO ATIVIDADES EM SAÚDE BUCAL

PROJETO SAÚDE BUCAL COM GESTANTES


Equipe iniciou em fevereiro projeto com gestantes, a princípio na Zona Rural, com orientação de higiene oral, triagens para posterior agendamento e atendimento na UBS e entregas de kits com:

- Escovas
- Dentifrícios
- Fio dental



PROFISSÃO: Lavadeira TELEFONE: _____
ENDEREÇO: Rua Generaldo Francisco da Silva
ÁREA: 17 MICRO ÁREA: _____ ACS: Matriz

HAS DM Ferida Crônica
Outros: _____


GESTANTE

PROJETO INTERVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Atendimentos na CSF Marieta de Souza Andrade dos alunos da Escola Municipal Gildete Reis e Centro de Excelência 28 de Janeiro.

SUSPENSÃO DE ATIVIDADES ELETIVAS DEVIDO AO COVID-19

A partir de 17 de março, foram realizadas diversas adaptações em todo o quadro de oferta do serviço em saúde bucal e essas mudanças também estavam ocorrendo no cenário amplo da saúde como um todo, de acordo com os protocolos de segurança OMS para evitar a disseminação da Covid - 19.

A Odontologia restrita a atendimentos de urgência e emergência.

A sala da Odontologia na UBS Marieta Souza Andrade que fornecia o espaço para o atendimento clínico precisou ser utilizada em termos de reestruturar o serviço como um todo, pensando assim na logística necessária e espaço para que o fluxo funcionasse.

A Odontologia passou a atender em outro espaço (CREAS), até readequar a Unidade Móvel Odontológica (UMO) para ficar a disposição próxima ao espaço de avaliação geral dos possíveis pacientes classificados como urgência e emergência.

APANhado DE ATENDIMENTOS

I QUADRIMESTRE 2020

QUANTITATIVO PROCEDIMENTOS REALIZADOS CSF- MARIETA SOUZA ANDRADE				
Procedimentos	Jan	Fev	Mar	Abr
	176	131	60	0
	0	14	0	0
Total	381			

QUANTITATIVO PROCEDIMENTOS REALIZADOS UBS- POV. LAGOA DO ROÇADO				
Procedimentos	Jan	Fev	Mar	Abr
	0	101	57	3
Total	161			

FILTROS: Período: 01/01/2020 a 30/04/2020 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Nível de detalhe: Equipe | Filtros personalizados: Nenhum

Relatório de atendimento odontológico - Série histórica

Equipe	01/2020	02/2020	03/2020	04/2020	Total
EQUIPE II-USF MARIETA S. ANDRA	176	131	60	0	367
SEM EQUIPE	0	14	0	0	14
Total geral:	176	145	60	0	381

Relatório de atendimento odontológico - Série histórica

Equipe	01/2020	02/2020	03/2020	04/2020	Total
EQUIPE III-USF LAGOA DO ROCADO	0	101	57	3	161
Total geral:	0	101	57	3	161

II QUADRIMESTRE

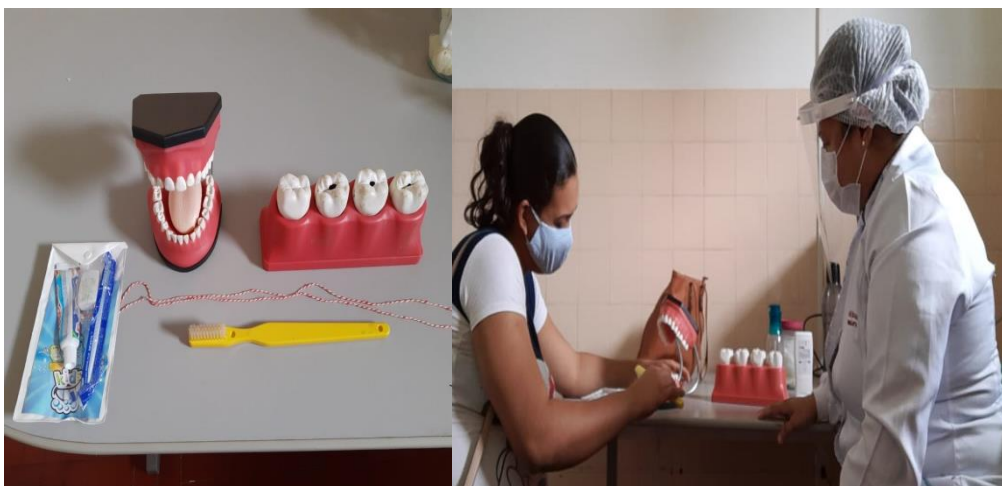
RELATÓRIO ATIVIDADES EM SAÚDE BUCAL

1. ATIVIDADES E CRONOGRAMAS DA EQUIPE SAÚDE BUCAL MAIO A 17 DE JULHO

As atuações e intervenções em saúde bucal foram restritas, às situações de urgências e emergências desde a solicitação do Conselho Federal de Odontologia (CFO), ao Ministério da Saúde (MS) no **Ofício nº 1.603/2020** manifestado em **Decreto Estadual e Municipal**, devido ao cenário covid-19 (anexo I).

O atendimento ao paciente estava foi realizado no CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), a UMO (Unidade Móvel Odontológica) foi readapta para estar disponível em frente a este departamento (ver item 5), em virtude de que o consultório odontológico foi utilizado durante o primeiro momento de pandemia como uma sala adaptada a logística de atuação.

Atividades preventivas de atenção individual que foram iniciadas pelas Equipes de Saúde Bucal no município no dia 02 de junho de 2020, com prevenção, acompanhamento e informatização á gestantes, em consonância com enfermeiros e demais profissionais envolvidos nas Equipes de Saúde da Família (ESF). Segue algumas imagens:





As atividades eletivas em saúde bucal retornaram no dia 20.07.2020.

Inicialmente, o governo de Sergipe a partir do decreto de nº 40.615/2020 autorizou a retomada dos atendimentos eletivos em clínicas e consultórios odontológicos a partir desta segunda-feira, 29 de junho de 2020. Adicionado ao reforço do Conselho Regional de Odontologia de Sergipe (CRO-SE) conferindo importância da obediência a todas as medidas preventivas, tanto no que se refere às orientações gerais indicadas pelo próprio decreto do Governo Estadual, quanto - e principalmente - às orientações técnicas reunidas pelo CRO-SE no Manual de Manejo Odontológico Ambulatorial em Tempos de Covid-19 (material discutido, estudado e adicionado e anteriormente adicionado ao protocolo de saúde bucal do município). Em 08 de julho de 2020, foi divulgada a decisão liminar proferida pela Juíza Federal da 1ª Vara da Seção Judiciária do Estado de Sergipe na Ação Civil Pública 0801544-24.2020.4.05.8500, movida pelos Ministérios Públicos. Para fins de cumprimento, a decisão judicial determinou a suspensão do faseamento laranja previsto no **Decreto n.º 40.615/2020**, autorizado pelo **Decreto n.º 40.620/2020** e **Resolução COGERE n.º 01/2020**.

“Em razão da suspensão, retornam à condição de restrição ao funcionamento as seguintes atividades, em todo território sergipano: (a) clínicas e consultórios de odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional, bem como serviços especializados de podologia, exceto casos de urgência e emergência; (b) demais escritórios de prestadores de serviços e serviços em geral; (c) operadores turísticos; (d) templos e atividades religiosas; (e) salões de beleza, barbearias e de higiene pessoal; (f) comércio de cosmético, perfumaria e higiene pessoal; (g) livraria, comércio de artigos de escritório e papelaria; (h) atividades de treinamento de desporto profissional”, diz a Nota do governo Estadual.

No dia 09/07, a excelentíssima juíza Dra. Telma Maria Santos Machado, após ação movida imediatamente, no último dia 09/07, pela Procuradoria jurídica do CROSE, determinou o restabelecimento imediato do retorno das atividades odontológicas em todo o estado de Sergipe.

Assim, desde a última decisão do dia 09/07, iniciamos os planejamentos para o retorno das atividades mediante triagem e agendamentos. Foram realizadas reuniões com as Equipes de Saúde da Família juntamente com os enfermeiros para viabilizar o agendamento dos usuários.

4. READEQUAÇÕES REALIZADAS NESTE PERÍODO

- ✓ A Unidade Móvel Odontológica (UMO) foi **readaptada** a atual realidade, tendo sido dispostos alguns recursos respeitando as normas de biossegurança e os profissionais todos em uso de **EPIs**.

- ✓ Neste período também foram realizadas reuniões a título de esclarecimento do atual cenário e mudanças e apresentação/construção do protocolo de atuação, disponível para os profissionais. Capacitações tais como: Estudo de materiais de urgência e emergência em odontologia, utilização de EPI's em tempos de Covid-19.
- ✓ Foi desenvolvido em conjunto com Equipe o Protocolo de Saúde Bucal em tempos de covid19 para as Equipes de Saúde Bucal, para acessá-lo utilizar o link do PDF: https://drive.google.com/file/d/1o7T_9SByah8UFollvqfOM5h0K708kwzh/view?usp=sharing









A. IMAGENS DOS ATENDIMENTOS ELETIVOS ZONA URBANA



ZONA RURAL



II QUADRIMESTRE 2020

QUANTITATIVO PROCEDIMENTOS REALIZADOS CSF- MARIETA SOUZA ANDRADE				
Procedimentos	MAI	JUN	JUL	AGO
	0	13	55	125
	0	0	1	1
Total	194			

QUANTITATIVO PROCEDIMENTOS REALIZADOS UBS- POV. LAGOA DO ROÇADO				
Procedimentos	MAI	JUN	JUL	AGO
	5	16	50	111
Total	182			



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SERGIPE
MUNICÍPIO DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE
UNIDADE DE SAÚDE CLÍNICA DA FAMÍLIA MARIETA SOUZA ANDRADE

FILTROS: Período: 01/05/2020 a 31/08/2020 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Nível de detalhe: Equipe | Filtros personalizados: Nenhum

Relatório de atendimento odontológico - Série histórica

Equipe	05/2020	06/2020	07/2020	08/2020	Total
EQUIPE 07 USF MARIETA SOUZA AN	0	13	55	125	193
SEM EQUIPE	0	0	0	1	1
Total geral:	0	13	55	126	194

III QUADRIMESTRE 2020

2. ATIVIDADES REALIZADAS EM SAÚDE BUCAL

As atividades realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal nesse período visaram o atendimento da demanda reprimida da população se adequando e adaptando ao cenário de pandemia Covid-19, bem como o retorno de ações em prevenção viabilizando o cuidado intencionado a gestantes e crianças.

- **Atendimentos**

A população, em sua maioria, chega ao atendimento a partir da identificação do ACS ou Enfermeiro e ou partir da procura no próprio local, assim em casos eletivos é viabilizada a vaga pelo Enfermeiro da área, via ACS e a lista de pacientes é colocada com antecedência para que os profissionais da recepção também possam ter acesso e controle, logo não serão possibilitadas

aglomerações. Da mesma forma, os atendimentos em urgência são porta aberta na UBS.

A Equipe de Saúde Bucal usa os equipamentos de proteção individual necessários para atuar com segurança, dentro das restrições e normas de biossegurança, entre eles:

- Máscara n 95,
- Avental descartável adequado,
- Gorro,
- Óculos de proteção,
- Face shield (protetor facial),
- Luvas
- Propé.

Disponibilizou-se, em cada UBS e Ponto de apoio, cópias do POP (Procedimento Operacional Padrão) em Odontologia no município para algumas atividades e procedimentos e disponibilizado as ESB, para acessá-lo utilizar o link do PDF: https://drive.google.com/file/d/1wIKxPP_veHBJFn7-4N8xSKhN75RpRvfn/view?usp=sharing.

- **Outubro Rosa**

No Outubro Rosa foram realizadas ações com Equipes de Saúde da Família na UBS do Povoado Maravilha. A Odontologia oportunizou atendimentos eletivos, aplicação de flúor e orientação à higiene oral à gestantes e crianças, em ambientes separados, dentro das normas e providos de EPI.

Seguem-se registros:



- **Atendimento a gestantes**

O atendimento a gestantes é incluído dentro dos cronogramas das ESB, tal como discutido entre as Equipes de Saúde da Família. Os profissionais de enfermagem compartilham com a ESB as necessidades que possam estar ocorrendo e também possibilitam a marcação de consulta odontológica para as mesmas. Além da intervenção em si, a consulta odontológica compreende a orientação das gestantes sobre os cuidados a tomar em higiene oral individual e do bebê, assim como possíveis sintomas de enfermidades orais nesse período.

Algumas imagens:



3. DADOS COLETADOS

Os dados coletados no Sistema eSUS AB PEC mostram os Relatórios de atendimentos odontológicos individuais por área, abaixo nas Fig.1, 2 e 3. Totalizando 689 atendimentos no período de Setembro a Novembro (3º quadrimestre parcial).

FILTROS: Período: 01/09/2020 a 30/11/2020 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Nível de detalhe: Equipe | Filtros personalizados: Nenhum

Relatório de atendimento odontológico - Série histórica

Equipe	09/2020	10/2020	11/2020	Total
EQUIPE 07 USF MARIETA SOUZA AN	0	118	73	191
SEM EQUIPE	129	0	6	135
Total geral:	129	118	79	326

Dados processados em 14/12/2020 às 07:58
 CNS do profissional, INE e o CNES são apresentados quando a descrição não existir na base de dados.
 Impresso em 14/12/2020 às 17:01 por SANDI MONIQUE SANTOS SANTANA.

1/1

Fig.1 eSUS AB PEC. UBS Marieta Souza Andrade (Setembro a Novembro).

QUANTITATIVO PROCEDIMENTOS REALIZADOS CSF- MARIETA SOUZA ANDRADE					
	Set	Out	Nov	Dez	Total
Procedimentos	0	118	73	75	319
	129	0	6	75	232
TOTAL	129	118	79	150	551

FILTROS: Período: 01/09/2020 a 30/11/2020 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Nível de detalhe: Equipe | Filtros personalizados: Nenhum

Relatório de atendimento odontológico - Série histórica

Equipe	09/2020	10/2020	11/2020	Total
EQUIPE 09 USF POV. MARAVILHA	117	85	57	259
Total geral:	117	85	57	259



Dados processados em 14/12/2020 às 07:58

CMS do profissional: INE e o CNEP são apresentados quanto a direção do relatório no topo do relatório.

Fig.2 eSUS AB PEC. Povoado Maravilha (Setembro a Novembro).

QUANTITATIVO PROCEDIMENTOS REALIZADOS UBS- POV. MARAVILHA					
Procedimentos	Set	Out	Nov	Dez	Total
Total	117	85	57	34	293

FILTROS: Período: 01/09/2020 a 30/11/2020 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Nível de detalhe: Equipe | Filtros personalizados: Nenhum

Relatório de atendimento odontológico - Série histórica

Equipe	09/2020	10/2020	11/2020	Total
EQUIPE 08 USF POV.LAG DO ROÇADO	93	11	0	104
Total geral:	93	11	0	104



Dados processados em 14/12/2020 às 07:58

CMS do profissional: INE e o CNEP são apresentados quanto a direção do relatório no topo do relatório.

Fig.3 eSUS AB PEC. Povoado Lagoa do Roçado (Setembro a Novembro).

QUANTITATIVO PROCEDIMENTOS REALIZADOS UBS- POV. LAGOA DO ROÇADO					
Procedimentos	Set	Out	Nov	Dez	Total
	79	11	0	35	125

Observando os procedimentos realizados na UBS **Marieta de Souza Andrade**, totalizam **790** procedimentos neste período. Na área do povoado **Maravilha 377**. E na área do povoado **Lagoa do Roçado**, não cotado completamente, apenas no mês de Setembro foram realizados **365** procedimentos. **Totalizando 1.532** procedimentos (faltando outubro e novembro do povoado Lagoa do Roçado).

Tipo de consulta

Descrição	Quantidade
Primeira consulta odontológica programática	0
Consulta de retorno em odontologia	72
Consulta de manutenção em odontologia	0
Não informado	57
Total:	129

Vigilância em saúde bucal

Descrição	Quantidade
Abscesso dentoalveolar	0
Alteração em tecidos moles	0
Dor de dente	7
Fendas ou fissuras labiopalatais	0
Fluorose dentária moderada ou severa	0
Traumatismo dentoalveolar	0
Não identificado	122
Não informado	0
Total:	129

Procedimentos

Descrição	Quantidade
Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	7
Adaptação de prótese dentária	0
Aplicação de cariostático (por dente)	0
Aplicação de selante (por dente)	0
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	29
Capramento pulpar	1
Cimentação de prótese dentária	0
Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico	0
Drenagem de abscesso	0
Evidenciação de placa bacteriana	0
Exodontia de dente decíduo	16
Exodontia de dente permanente	5
Instalação de prótese dentária	0

Procedimentos

Descrição	Quantidade
Pulpotomia dentária	0
Radiografia periapical / interproximal	15
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	84
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	74
Restauração de dente decíduo	11
Restauração de dente permanente anterior	10
Restauração de dente permanente posterior	13
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	0
Selamento provisório de cavidade dentária	0
Tratamento de alveolite	0
Ulotomia / Ulectomia	0
Total:	365

Outros procedimentos (SIGTAP)

Descrição	Quantidade
Total:	0

Fornecimento

Descrição	Quantidade
Escova dental	0
Creme dental	0
Fio dental	0
Não informado	129
Total:	129

Conduta / Desfecho

Descrição	Quantidade
Retorno para consulta agendada	84
Agendamento para outros profissionais AB	0
Agendamento para NASF	0
Agendamento para grupos	0
Alta do episódio	0
Tratamento concluído	45

Fig.4 eSUS AB PEC. UBS Marieta Souza Andrade (Setembro).



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SERGIPE
MUNICÍPIO DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE
UNIDADE DE SAÚDE CLÍNICA DA FAMÍLIA MARIETA SOUZA ANDRADE

FILTROS: Período: 01/10/2020 a 31/10/2020 | Equipe: Todas | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

Tipo de consulta

Descrição	Quantidade
Primeira consulta odontológica programática	40
Consulta de retorno em odontologia	47
Consulta de manutenção em odontologia	1
Não informado	30
Total:	118

Vigilância em saúde bucal

Descrição	Quantidade
Abscesso dentoalveolar	0
Alteração em tecidos moles	1
Dor de dente	46
Fendas ou fissuras labiopalatais	0
Fluorose dentária moderada ou severa	0
Traumatismo dentoalveolar	0
Não identificado	72
Não informado	0
Total:	119

Procedimentos

Descrição	Quantidade
Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	0
Adaptação de prótese dentária	0
Aplicação de carióstático (por dente)	0
Autoclavação de instrumentos dentários	0

Procedimentos

Descrição	Quantidade
Pulpotomia dentária	0
Radiografia periapical / interproximal	2
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	40
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	7
Restauração de dente decíduo	7
Restauração de dente permanente anterior	12
Restauração de dente permanente posterior	10
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	5
Selamento provisório de cavidade dentária	1
Tratamento de alveolite	0
Ulotomia / Ulectomia	0
Total:	143

Outros procedimentos (SIGTAP)

Descrição	Quantidade
0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)	77
0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	40
0301060037 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	1
Total:	118

Conduta / Desfecho

Descrição	Quantidade
Alta do episódio	0
Tratamento concluído	32
Total:	118

Problemas / Condições avaliadas - CID10

Descrição	Quantidade
Z299 - MEDIDA PROFILÁTICA NÃO ESPECIFICADA	1
Z480 - CUIDADOS A CURATIVOS E SUTURAS CIRÚRGICAS	1
Total:	118

Fig.5 e 6 eSUS AB PEC. UBS Marieta Souza Andrade (Outubro).

Procedimentos

Descrição	Quantidade
Pulpotomia dentária	0
Radiografia periapical / interproximal	1
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	7
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	8
Restauração de dente decíduo	4
Restauração de dente permanente anterior	7
Restauração de dente permanente posterior	6
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	1
Selamento provisório de cavidade dentária	6
Tratamento de alveolite	0
Ulotomia / Ulectomia	0
Total:	86

Outros procedimentos (SIGTAP)

Descrição	Quantidade
0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)	50
0301010153 - PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA	25
0301060037 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	3
Total:	78

Conduta / Desfecho

Descrição	Quantidade
Alta do episódio	0
Tratamento concluído	32

Fig.6 e 7 eSUS AB PEC. UBS Marieta Souza Andrade (Novembro).

Tipo de consulta		Procedimentos	
Descrição	Quantidade	Descrição	Quantidade
Primeira consulta odontológica programática	4	Pulpotomia dentária	0
Consulta de retorno em odontologia	86	Radiografia periapical / interproximal	0
Consulta de manutenção em odontologia	0	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	164
Não informado	3	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	10
Total:	93	Restauração de dente decíduo	0
Vigilância em saúde bucal		Restauração de dente permanente anterior	20
Descrição	Quantidade	Restauração de dente permanente posterior	17
Abscesso dentoalveolar	0	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	2
Alteração em tecidos moles	0	Selamento provisório de cavidade dentária	7
Dor de dente	3	Tratamento de alveolite	0
Fendas ou fissuras labiopalatais	0	Ulotomia / Ulectomia	0
Fluorose dentária moderada ou severa	0	Total:	385
Fluorose dentária moderada ou severa	0	Outros procedimentos (SIGTAP)	
Traumatismo dentoalveolar	0	Descrição	Quantidade
Não identificado	90	Total:	0
Não informado	0	Fornecimento	
Total:	93	Descrição	Quantidade
Procedimentos		Escova dental	2
Descrição	Quantidade	Crema dental	2
Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	0	Fio dental	2
Adaptação de prótese dentária	0	Não informado	91
Aplicação de cariostático (por dente)	0	Total:	97
Aplicação de selante (por dente)	0	Conduta / Desfecho	
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	37	Descrição	Quantidade
Capejamento pulpar	4	Retorno para consulta agendada	84
Cimentação de prótese dentária	0	Agendamento para outros profissionais AB	0
Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico	0	Agendamento para NASF	0
Drenagem de abscesso	0	Agendamento para grupos	0
Evidenciação de placa bacteriana	0	Alta do episódio	0
Exodontia de dente decíduo	2	Tratamento concluído	9
Exodontia de dente permanente	9	Total:	93
Instalação de prótese dentária	0		
Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária	0		

Fig.8 eSUS AB PEC. Povoado Lagoa do Roçado (Setembro).

Tipo de consulta

Descrição	Quantidade
Primeira consulta odontológica programática	28
Consulta de retorno em odontologia	89
Consulta de manutenção em odontologia	0
Não informado	0
Total:	117

Vigilância em saúde bucal

Descrição	Quantidade
Abscesso dentoalveolar	0
Alteração em tecidos moles	1
Dor de dente	13
Fendas ou fissuras labiopalatais	0
Fluorose dentária moderada ou severa	0
Traumatismo dentoalveolar	0
Não identificado	103
Não informado	0
Total:	117

Procedimentos

Descrição	Quantidade
Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	4
Adaptação de prótese dentária	0
Aplicação de carióstático (por dente)	0
Aplicação de selante (por dente)	0
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	0
Capecamento pulpar	8
Cimentação de prótese dentária	0
Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico	0
Drenagem de abscesso	0
Evidenciação de placa bacteriana	0
Exodontia de dente decíduo	6
Exodontia de dente permanente	4
Instalação de prótese dentária	0
Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária	0

Procedimentos

Descrição	Quantidade
Pulpotomia dentária	0
Radiografia periapical / interproximal	0
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	82
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	17
Restauração de dente decíduo	5
Restauração de dente permanente anterior	16
Restauração de dente permanente posterior	27
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	2
Selamento provisório de cavidade dentária	3
Tratamento de alveolite	0
Ulotomia / Ulectomia	0
Total:	198

Outros procedimentos (SIGTAP)

Descrição	Quantidade
Total:	0

Fornecimento

Descrição	Quantidade
Escova dental	0
Creme dental	0
Fio dental	0
Não informado	117
Total:	117

Conduta / Desfecho

Descrição	Quantidade
Retorno para consulta agendada	110
Agendamento para outros profissionais AB	0
Agendamento para NASF	0
Agendamento para grupos	0
Alta do episódio	0
Tratamento concluído	6
Total:	116

Fig.11 eSUS AB PEC. Povoado Maravilha (Setembro).

Tipo de consulta

Descrição	Quantidade
Primeira consulta odontológica programática	19
Consulta de retorno em odontologia	66
Consulta de manutenção em odontologia	0
Não informado	0
Total:	85

Vigilância em saúde bucal

Descrição	Quantidade
Abscesso dentoalveolar	1
Alteração em tecidos moles	0
Dor de dente	0
Fendas ou fissuras labiopalatais	0
Fluorose dentária moderada ou severa	0
Traumatismo dentoalveolar	0
Não identificado	84
Não informado	0
Total:	85

Procedimentos

Descrição	Quantidade
Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	4
Adaptação de prótese dentária	0
Aplicação de carióstático (por dente)	0
Aplicação de selante (por dente)	0
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	2
Capecamento pulpar	8
Cimentação de prótese dentária	0
Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico	0
Drenagem de abscesso	0
Evidenciação de placa bacteriana	0
Exodontia de dente decíduo	2
Exodontia de dente permanente	4
Instalação de prótese dentária	0
Moldagem dentogengival para construção de	0

Procedimentos

Descrição	Quantidade
Pulpotomia dentária	0
Radiografia periapical / interproximal	0
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	16
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	13
Restauração de dente decíduo	4
Restauração de dente permanente anterior	12
Restauração de dente permanente posterior	24
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	1
Selamento provisório de cavidade dentária	2
Tratamento de alveolite	0
Ulotomia / Ulectomia	0
Total:	107

Outros procedimentos (SIGTAP)

Descrição	Quantidade
Total:	0

Fornecimento

Descrição	Quantidade
Escova dental	0
Creme dental	0
Fio dental	0
Não informado	85
Total:	85

Conduta / Desfecho

Descrição	Quantidade
Retorno para consulta agendada	77
Agendamento para outros profissionais AB	0
Agendamento para NASF	0
Agendamento para grupos	0
Alta do episódio	0
Tratamento concluído	8
Total:	85

Fig.12 eSUS AB PEC. Povoado Maravilha (Outubro).

Tipo de consulta

Descrição	Quantidade
Primeira consulta odontológica programática	3
Consulta de retorno em odontologia	54
Consulta de manutenção em odontologia	0
Não informado	0
Total:	57

Vigilância em saúde bucal

Descrição	Quantidade
Abscesso dentoalveolar	0
Alteração em tecidos moles	0
Dor de dente	3
Fendas ou fissuras labiopalatais	0
Fluorose dentária moderada ou severa	0
Traumatismo dentoalveolar	0
Não identificado	54
Não informado	0
Total:	57

Procedimentos

Descrição	Quantidade
Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	5
Adaptação de prótese dentária	0
Aplicação de carióstático (por dente)	0
Aplicação de selante (por dente)	0
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	4
Capecamento pulpar	6
Cimentação de prótese dentária	0
Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico	0
Drenagem de abscesso	0
Evidenciação de placa bacteriana	0
Exodontia de dente decíduo	2
Exodontia de dente permanente	3
Instalação de prótese dentária	0
Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária	0

Procedimentos

Descrição	Quantidade
Pulpotomia dentária	0
Radiografia periapical / interproximal	0
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	13
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	5
Restauração de dente decíduo	3
Restauração de dente permanente anterior	9
Restauração de dente permanente posterior	12
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	1
Selamento provisório de cavidade dentária	0
Tratamento de alveolite	0
Ulotomia / Ulectomia	0
Total:	72

Outros procedimentos (SIGTAP)

Descrição	Quantidade
Total:	0

Fornecimento

Descrição	Quantidade
Escova dental	0
Creme dental	0
Fio dental	0
Não informado	57
Total:	57

Conduta / Desfecho

Descrição	Quantidade
Retorno para consulta agendada	52
Agendamento para outros profissionais AB	0
Agendamento para NASF	0
Agendamento para grupos	0
Alta do episódio	0
Tratamento concluído	5
Total:	57

Fig.13 eSUS AB PEC. Povoado Maravilha (Novembro).

PRODUÇÃO SAÚDE BUCAL				
LOCAIS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
MARIETA SOUZA ANDRADE	381	194	551	1.126
POV. L DO ROÇADO	161	182	125	468
POV. MARAVILHA	-	-	293	293
TOTAL	542	376	969	1.887

4.16 - ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR ENFERMEIROS.

O Enfermeiro tem na prática desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) o desafio de implementar o cuidado em enfermagem na construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito. Esta prática perpassa, portanto, pela compreensão do enfermeiro sobre o significado do seu fazer profissional, ou seja, do praticar o cuidado de enfermagem na Atenção Básica em Saúde (ABS).

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO E MAMA.

Em maio de 2013, a política de atenção oncológica foi atualizada pela **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)**. Nesse mesmo ano, foi instituído o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), uma versão em plataforma web que integra os Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (**SISCOLO**) e do Câncer de Mama (**SISMAMA**). Para dinamizar a organização da atenção secundária, em **2014** foi publicada a **Portaria nº 189**, que estabeleceu incentivos financeiros de custeio e de investimento para a implantação de Serviços de Referência para Diagnóstico do Câncer de Mama (SDM). Esta Portaria definiu critérios para habilitação das unidades, além do rol mínimo de exames necessários para o diagnóstico.

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO CITOLOGIA ONCÓTICA.

As Diretrizes são elaboradas com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado, a adequação do atendimento, o custo-efetividade e para servir como ferramentas educacionais. Trata das Diretrizes do rastreamento, referindo-se a diagnósticos citopatológicos conforme a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais. Disponibiliza recomendações padronizadas para condutas clínicas no cuidado

adequado às mulheres identificadas como possíveis portadoras de lesões precursoras ou invasivas. Pretende contribuir de forma significativa para as boas práticas clínicas no país, destacando a iniciativa de 2011 como o Ano da **Priorização do Controle do Câncer do Colo do Útero.**

Tabela – Quantidade de procedimentos de citologia oncótica marcados no sistema **SISCAN**, da Atenção Básica.

I QUADRIMESTRE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
Procedimento	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Citologia oncótica	11	34	11	0
Total	56			

II QUADRIMESTRE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
Procedimento	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Citologia oncótica	0	7	27	34
Total	68			

III QUADRIMESTRE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
Procedimento	SET	OUT	NOV	DEZ
Citologia oncótica	33	33	12	49
Total	127			

QUADRIMESTRAIS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
Procedimento	I QUAD	II QUAD	III QUAD
Citologia oncológica	56	68	127
Total	251		

<http://siscan.saude.gov.br>

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE MAMA - SISMAMA

A implantação do **SISMAMA** - Sistema de Informação do Câncer de Mama, o aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde com parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama com recomendações para a redução da mortalidade do câncer de mama no Brasil, vêm impulsionando a organização das ações de controle.

A priorização do controle do câncer de mama com o lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, mais investimentos técnico e financeiro para a intensificação das ações de controle nos estados e municípios. No âmbito da detecção precoce, as perspectivas apontadas foram: garantia de confirmação diagnóstica das lesões palpáveis e das identificadas no rastreamento; implantação da gestão da qualidade da mamografia; ampliação da oferta de mamografia de rastreamento na população alvo; comunicação e mobilização social; e fortalecimento da gestão do programa. Na atenção terciária, foi apontada a necessidade de dar continuidade às ações de ampliação do acesso ao tratamento do câncer com qualidade, conforme objetivos da Política Nacional de Atenção Oncológica.

I QUADRIMESTRE - 2020

Procedimentos realizados				
Procedimento	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Mamografia	16	0	0	0
Total	16			

<http://siscan.saude.gov.br>

II QUADRIMESTRE - 2020

Procedimentos realizados				
Procedimento	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
Mamografia	0	5	8	7
Total	20			

<http://siscan.saude.gov.br>

III QUADRIMESTRE - 2020

Procedimentos realizados				
Procedimento	SET	OUT	NOV	DEZ
Mamografia	24	-	-	-
Total	24			

<http://siscan.saude.gov.br>

QUADRIMESTRAIS - 2020

Procedimentos realizados			
Procedimento	I QUAD	II QUAD	III QUAD
Mamografia	16	20	24
Total	60		

<http://siscan.saude.gov.br>

4.17 - VIGILANCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS.

O SUS oferece gratuitamente testes para diagnóstico do HIV (o vírus causador da AIDS), e também para diagnóstico da sífilis e das hepatites B e C. Existem, no Brasil, dois tipos de testes: os exames laboratoriais e os testes rápidos.

Os testes rápidos são práticos e de fácil execução; podem ser realizados com a coleta de uma gota de sangue ou com fluido oral, e fornecem o resultado em, no máximo, 30 minutos.

JANELA DIAGNÓSTICA

Todos os testes possuem um período denominado “janela diagnóstica”, que corresponde ao tempo entre o contato com o vírus e a detecção do marcador da infecção (**antígeno ou anticorpo**). Isso quer dizer que, mesmo se a pessoa estiver infectada, o resultado do teste pode dar negativo se ela estiver no período de janela. Dessa forma, nos casos de resultados negativos, e sempre que persistir a suspeita de infecção, o teste deve ser repetido após, pelo menos, 30 dias.

O teste de HIV deve ser feito com regularidade e sempre que você tiver passado por uma situação de risco, como ter feito sexo sem camisinha. É muito importante que você saiba se tem HIV, para buscar tratamento no tempo certo, possibilitando que você ganhe muito em qualidade de vida. Procure um profissional de saúde e informe-se sobre o teste.

Você também pode realizar o autoteste para o HIV - um processo no qual uma pessoa coleta sua própria amostra (fluido oral ou sangue) e, em seguida, realiza um teste e interpreta o resultado, sozinho ou com alguém em quem confia. Saiba mais sobre o autoteste para o HIV.

O teste de sífilis deve ser feito com regularidade e sempre que você tenha passado por uma situação de risco, como ter feito sexo sem camisinha. Nos casos em que o teste rápido for positivo, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste laboratorial para conclusão do diagnóstico.

A sífilis tem cura! O tratamento deve ser realizado imediatamente com aplicação de penicilina. Informe-se com um profissional de saúde.

Para saber se há a necessidade de realizar exames que detectem as hepatites B e C, observe se você já se expôs a algumas destas situações: praticou sexo desprotegido ou compartilhou seringas, agulhas, lâminas de barbear, alicates de unha e outros objetos que furam ou cortam.

O diagnóstico das hepatites B e C é feito por meio de testes rápidos e de exames de sangue específicos, disponíveis na rede de serviços de saúde do SUS. Na investigação das hepatites B e C, é preciso um intervalo de pelo menos 60 dias após o contato inicial com o vírus para que os antígenos virais (no caso da hepatite B) ou anticorpos (no caso da hepatite C) sejam detectados no exame de sangue. Após o diagnóstico, o profissional de saúde indicará o tratamento adequado.

Sistema de Controle e Logística de Insumos Laboratoriais – SISLOGLAB responsável pelo preenchimento de MAPAS para prestação de contas e solicitação dos testes rápidos **HIV, Sífilis, HBV e HCV**.

I QUADRIMESTRE 2020.

Sistema de Controle e Logística de Insumos Laboratoriais – SISLOGLAB					
Agravo	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
HIV	32Ges/33	21Ges/24	20Ges/80	0	73Ges/137
SIFILIS	32Ges/33	21Ges/24	20Ges/80	0	73Ges/137
HEP. B	32Ges/33	21Ges/24	20Ges/80	0	73Ges/137
HEP. C	32Ges/33	21Ges/24	20Ges/80	0	73Ges/137
TOTAL	128Ges/132	84Ges/96	80Ges/320	0	292Ges/548

<http://sisloglab.aids.gov.br/>

II QUADRIMESTRE 2020.

Sistema de Controle e Logística de Insumos Laboratoriais – SISLOGLAB					
Agravo	Maio	Junho	Julho	Agosto	Total
HIV	24Ges/14	20Gest-00	12Gest08	12Ges/08	68Ges/30
SIFILIS	24Ges/14	20Gest-00	12Gest08	12Ges/08	68Ges/30
HEP. B	24Ges/14	20Gest-00	12Gest08	12Ges/08	68Ges/30
HEP. C	24Ges/14	20Gest-00	12Gest08	12Ges/08	68Ges/30
TOTAL	96Ges/56	80Gest-00	48Gest32	48Ges/32	272Ges/120

<http://sisloglab.aids.gov.br/>

III QUADRIMESTRE 2020.

Sistema de Controle e Logística de Insumos Laboratoriais – SISLOGLAB					
Agravo	Set	Out	Nov	Dez	Total
HIV	31Ges/17	24Gest/13	31Gest/36	36Gest/07	122Gest/73
SIFILIS	29Ges/03	24Gest/13	31Gest/36	36Gest/07	120Gest/59
HEP. B	29Ges/03	24Gest/13	31Gest/36	36Gest/07	120Gest/59
HEP. C	29Ges/23	24Gest/13	31Gest/36	36Gest/07	120Gest/79
TOTAL	118Ges/46	96Ges/52	124Gest/144	144Gest/28	482Gest/270

<http://sisloglab.aids.gov.br/>

QUADRIMESTRAIS 2020.

Sistema de Controle e Logística de Insumos Laboratoriais – SISLOGLAB				
AGRAVOS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
HIV	73Ges/137	68Ges/30	122Gest/73	263Gest/240
SIFILIS	73Ges/137	68Ges/30	120Gest/59	261Gest/226
HEP. B	73Ges/137	68Ges/30	120Gest/59	261Gest/226
HEP. C	73Ges/137	68Ges/30	120Gest/79	261Gest/246
TOTAL	292Ges/548	272Ges/120	482Gest/270	1.046Gest/938

<http://sisloglab.aids.gov.br/>

4.18 - E-SUS – AB

O objetivo brasileiro de ter um **Sistema Único de Saúde (SUS)** que efetivamente cuida da população, demanda organização e capacidade de gestão do cuidado à saúde cada vez mais efetivas. Para atingir esse desafio, no contexto do maior sistema público de saúde do mundo, é essencial ter Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que contribuam com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção e permitam interoperabilidade entre os diferentes sistemas.

O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde.

O nome, e-SUS, faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é sobretudo facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população.

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia para reestruturar as informações da saúde na Atenção Básica em nível nacional. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

O sistema de software público e-SUS AB é um sistema de apoio à gestão do processo de trabalho que pode ser utilizado da seguinte forma:

O sistema e-SUS AB foi desenvolvido para atender às necessidades de cuidado na Atenção Básica. Logo, o sistema poderá ser utilizado para por profissionais das equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR) e da Atenção Domiciliar (AD), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde. A primeira versão do sistema apoia a gestão do processo de trabalho das equipes por meio da geração de relatórios, sendo que, a segunda versão contemplará várias ferramentas de apoio à gestão.

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia para reestruturar as informações da saúde na Atenção Básica em nível nacional. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à

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

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA (SISAB)

Sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SISAB integra a estratégia do Departamento de Saúde da Família (DESF/SAPS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

I QUADRIMESTRE - 2020 - PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS					
AUXILIAR ENFERMAGEM – SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	981	728	668	225	2.602
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	247	230	167	23	667
UBS POV. MARAVILHA	285	394	261	129	1.069
TOTAL	1.513	1.352	1.096	377	4.338

I QUADRIMESTRE- PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS ENFERMEIROS SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	349	296	223	51	919
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	0	0	0	0	0
UBS POV. MARAVILHA	52	33	83	33	201
TOTAL	401	329	306	84	1.120

I QUADRIMESTRE – 2020- PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS MÉDICOS SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	258	90	197	157	702
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	238	188	168	58	652
UBS POV. MARAVILHA	316	166	213	11	706
TOTAL	812	444	578	226	2.060

I QUADRIMESTRE - 2020

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO ENFERMEIRO SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	542	310	292	160	1.304

UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	117	115	155	26	413
UBS POV. MARAVILHA	142	124	95	76	437
TOTAL	801	549	542	262	2.154

I QUADRIMESTRE - 2020

RELATÓRIO DE VISITAS DOMICILIARES E TERRITORIAL					
UBS/REF	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	3.854	3.777	3.046	2.573	13.250
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	1.049	708	653	402	2.812
UBS POV. MARAVILHA	2.084	1.855	2.087	1.268	7.294
TOTAL	6.987	6.340	5.786	4.243	23.356

DEMONSTRATIVO REFERENTE AO SEGUNDO QUADRIMESTRE

RELATÓRIOS DEMONSTRATIVOS DE ATENDIMENTOS

II QUADRIMESTRE - 2020

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS					
AUXILIAR ENFERMAGEM – SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	Maio	Junho	Julho	Agosto	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	449	262	698	598	2.007
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	41	53	174	138	406
UBS POV. MARAVILHA	172	116	195	315	798
TOTAL	662	431	1.067	1.051	3.211

II QUADRIMESTRE

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS					
ENFERMEIROS SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	Maio	Junho	Julho	Agosto	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	223	160	265	441	1.089
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	0	0	324	364	688
UBS POV. MARAVILHA	03	26	28	25	82
TOTAL	226	186	617	830	1.859

II QUADRIMESTRE - 2020

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS MÉDICOS SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	Maio	Junho	Julho	Agosto	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	278	243	388	300	1.209
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	85	0	147	138	370
UBS POV. MARAVILHA	19	0	28	25	72
TOTAL	382	243	563	463	1.651

II QUADRIMESTRE - 2020

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO ENFERMEIRO SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	Maio	Junho	Julho	Agosto	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	224	248	265	441	1.178
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	64	32	84	148	328
UBS POV. MARAVILHA	43	37	28	25	133
TOTAL	331	317	377	614	1.639

RELATÓRIO DE ATIVIDADE COLETIVA SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	Maio	Junho	Julho	Agosto	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	7	3	11	7	28
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	5	5	8	11	29

UBS POV. MARAVILHA	7	3	1	04	15
TOTAL	19	11	20	22	72

II QUADRIMESTRE - 2020

RELATÓRIO DE VISITAS DOMICILIARES E TERRITORIAL					
UBS/REF	Maio	Junho	Julho	Agosto	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	3.331	2.620	3.781	3.781	13.513
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	443	195	672	545	1.855
UBS POV. MARAVILHA	1.444	1.468	1.338	2.020	6.270
TOTAL	5.218	4.283	5.791	6.346	21.638

RELATÓRIOS DEMONSTRATIVOS DE ATENDIMENTOS

III QUADRIMESTRE - 2020

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS AUXILIAR ENFERMAGEM – SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	661	582	450	548	2.241
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	212	159	102	26	499
UBS POV. MARAVILHA	228	466	318	309	1.321
TOTAL	1.101	1.207	870	883	4.944

III QUADRIMESTRE

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS ENFERMEIROS SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	281	197	144	-	622
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	477	215	72	-	764
UBS POV. MARAVILHA	188	184	58	-	430
TOTAL	946	596	274	-	1.816

III QUADRIMESTRE - 2020

RELATÓRIO DE PROCEDIMENTOS INDIVIDUALIZADOS MÉDICOS SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	505	467	357	638	1.967
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	128	107	108	26	369
UBS POV. MARAVILHA	188	184	81	141	594
TOTAL	821	758	546	805	2.930

III QUADRIMESTRE - 2020

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO ENFERMEIRO SÉRIE HISTÓRICA					
UBS/REF	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	281	138	173	-	592
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	98	141	72	-	311
UBS POV. MARAVILHA	188	184	119	-	491
TOTAL	567	463	364	-	1.394

RELATÓRIO DE ATIVIDADE COLETIVA SÉRIE HISTÓRICA

UBS/REF	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	14	21	04	-	39
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	10	11	04	-	25
UBS POV. MARAVILHA	03	06	08	-	17
TOTAL	27	38	16	-	81

III QUADRIMESTRE - 2020

RELATÓRIO DE VISITAS DOMICILIARES E TERRITORIAL

UBS/REF	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	4.105	3.512	2.774	2.765	13.156
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	689	1.090	846	643	3.268
UBS POV. MARAVILHA	1.342	2.279	1.976	1.605	7.202
TOTAL	6.136	6.881	5.596	5.013	23.626

QUADRIMESTRAIS - 2020

UBS/REF UBS MARIETA SOUZA ANDRADE

PROFISSIONAIS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
MEDICO	702	1.209	1.967	3.878
ENFERMEIRO	919	1.089	662	2.670
AUX. DE ENF. PROCEDIMENTOS	2.602	2.007	2.241	6.850
ATIVIDADE COLETIVA	-	28	-	28
TOTAL	4.223	4.333	4.870	13.426

QUADRIMESTRAIS - 2020

UBS POV. LAGOA DO ROÇADO				
PROFISSIONAIS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
MEDICO	652	370	343	1.365
ENFERMEIRO	-	688	764	1.452
AUX. DE ENF. PROCEDIMENTOS	667	406	473	1.546
ATIVIDADE COLETIVA	-	29	25	54
TOTAL	1.319	1.493	1.605	4.417

UBS POV. MARAVILHA				
PROFISSIONAIS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
MEDICO	706	72	453	1.231
ENFERMEIRO	201	82	430	713
AUX. DE ENF. PROCEDIMENTOS	1.069	798	1.012	2.879
ATIVIDADE COLETIVA	-	15	17	32
TOTAL	1.976	967	1.912	4.855

RELATÓRIO DE VISITAS DOMICILIARES E TERRITORIAL				
UBS/REF	I QUAD	IIQUAD	III QUAD	TOTAL
UBS MARIETA SOUZA ANDRADE	13.250	13.513	10.391	37.154
UBS POV. LAGOA DO ROÇADO	2.812	1.855	2.625	7.292
UBS POV. MARAVILHA	7.294	6.270	5.597	19.161
TOTAL	23.356	21.638	18.613	63.607

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um personagem muito importante na implementação do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade. Seu trabalho é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que é um membro da comunidade e possui com ela um elo de envolvimento pessoal.

Todas as famílias e pessoas do seu território devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde. Entretanto, sua atuação não está restrita ao domicílio, ocorrendo também nos diversos espaços comunitários.

Período	CNES	Tipo Unida	Desc. Tipo	Equipe(INE	Tipo Equip	Desc. Tipo	Total	Enviaram	Não enviar	% enviar	% não enviaram
Ministério da Saúde - MS											
Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS											
Departamento de Saúde da Família - DESF											
Estratégia eSUSAB											
Unidade Geográfica: MONTE ALEGRE DE SERGIPE - SERGIPE											
Período: Janeiro de 2020. à Setembro de 2020.											
Data da Última Atualização: null											
Relatório de Envio: Tipo de Equipe											
202001	2420279	15	UNIDADE	00001758E02	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202001	2420279	15	UNIDADE	00001758E01	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202001	2420295	02	CENTRO	[00001758702	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202001	3059170	02	CENTRO	[00001758E02	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202001	3059170	02	CENTRO	[00016511E01	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202002	2420279	15	UNIDADE	00001758E02	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202002	2420279	15	UNIDADE	00001758E01	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202002	2420295	02	CENTRO	[00001758702	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202002	3059170	02	CENTRO	[00001758E02	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202002	3059170	02	CENTRO	[00016511E01	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202003	2420279	15	UNIDADE	00001758E02	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202003	2420279	15	UNIDADE	00001758E01	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202003	2420295	02	CENTRO	[00001758702	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202003	3059170	02	CENTRO	[00001758E02	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202003	3059170	02	CENTRO	[00016511E01	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202004	2420279	15	UNIDADE	00001758E02	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202004	2420279	15	UNIDADE	00001758E01	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202004	2420279	15	UNIDADE	00015340701	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202004	2420295	02	CENTRO	[00001758702	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202004	3059170	02	CENTRO	[00001758E02	ESFSB_M1	ESFSB_M1	1	1	0	100.00	0.00
202004	3059170	02	CENTRO	[00016511E01	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202005	2420279	15	UNIDADE	00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202005	2420279	15	UNIDADE	00015340770	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202005	2420295	02	CENTRO	[00001758770	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202005	3059170	02	CENTRO	[00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202005	3059170	02	CENTRO	[00016511E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202006	2420279	15	UNIDADE	00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202006	2420279	15	UNIDADE	00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202006	2420279	15	UNIDADE	00015340770	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202006	2420295	02	CENTRO	[00001758770	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202006	3059170	02	CENTRO	[00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202006	3059170	02	CENTRO	[00016511E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202007	2420279	15	UNIDADE	00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202007	2420279	15	UNIDADE	00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202007	2420279	15	UNIDADE	00015340770	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202007	2420295	02	CENTRO	[00001758770	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202007	3059170	02	CENTRO	[00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202007	3059170	02	CENTRO	[00016511E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202008	2420279	15	UNIDADE	00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202008	2420279	15	UNIDADE	00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202008	2420279	15	UNIDADE	00015340770	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202008	2420295	02	CENTRO	[00001758770	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202008	3059170	02	CENTRO	[00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202008	3059170	02	CENTRO	[00016511E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202009	2420279	15	UNIDADE	00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202009	2420279	15	UNIDADE	00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202009	2420279	15	UNIDADE	00015340770	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202009	2420295	02	CENTRO	[00001758770	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202009	3059170	02	CENTRO	[00001758E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00
202009	3059170	02	CENTRO	[00016511E70	ESF - EQL1	ESF - EQL1	1	1	0	100.00	0.00

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB

E-mail: sisab@saude.gov.br

Dado gerado em: 18 de Novembro de 2020 - 10:52h

Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária - CGIAP/DESF

**MONTE ALEGRE DE SERGIPE /SE
EXERCÍCIO 2020**

**BOLSA FAMÍLIA E CADASTRO ÚNICO NO SEU MUNICÍPIO
MINISTÉRIO DA CIDADANIA –
SECRETARIA NACIONAL DE RENDA E CIDADANIA**

4.19 - O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)

O Bolsa Família é um programa que contribui para o combate à pobreza, transferindo a cada mês uma quantia em dinheiro diretamente às famílias, que são acompanhadas nas áreas de Saúde e Educação. É feito o acompanhamento mês a mês da frequência escolar das crianças e adolescentes de 6 a 17 anos, com identificação de dificuldade de acesso à escola, o acompanhamento da vacinação, peso e altura das crianças com menos de 07 anos, e o pré-natal das gestantes e orientação às mulheres em fase de amamentação. É necessário cumprir esses compromissos para continuar recebendo o benefício. O PBF é um programa de transferência direta de renda que atende famílias em situação de extrema pobreza em todo País, identificadas no **Cadastro Único** para **Programas Sociais do Governo Federal**. Atualmente, são elegíveis ao PBF, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. O programa busca garantir a essas famílias o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde. Em todo o Brasil, mais de 13,9 milhões de famílias são atendidas pela Bolsa Família. As famílias extremamente pobres são aquelas que têm renda mensal de até **R\$ 89,00** por pessoa. As famílias pobres são aquelas que têm renda mensal entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 por pessoa. As famílias pobres participam do programa, desde que tenham em suas composições gestantes e **crianças** ou adolescentes entre 00 e 17 anos. Para se candidatar ao programa, é necessário que a família esteja inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, com seus dados atualizados há menos de 02 anos. Caso atenda aos requisitos de renda e não esteja inscrito, procure o responsável pelo Programa Bolsa Família na prefeitura de sua cidade para se inscrever no **Cadastro Único**. Mantenha seus dados sempre

atualizados informando à prefeitura qualquer mudança de endereço e telefone de contato e modificações na constituição de sua família, como nascimento, morte, casamento, separação, adoção, etc. O cadastramento é um pré-requisito, mas não implica na entrada imediata das famílias no Programa, nem no recebimento do benefício. Mensalmente, o MDS– Ministério do Desenvolvimento Social seleciona de forma automatizada as famílias que serão incluídas para receber o benefício.

A seleção das famílias é feita pelo Ministério do Desenvolvimento social com base nos dados inseridos pela prefeituras no Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal. A seleção é mensal, e os critérios usados são a composição familiar e a renda de cada integrante.

BENEFÍCIO BÁSICO

Concedido às famílias em situação de extrema pobreza (com renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa). O auxílio é de R\$ 89,00 mensais.

BENEFÍCIO VARIÁVEL

Destinado às famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza que tenham em sua composição gestantes, nutrizes (mães que amamentam), crianças e adolescentes de 0 a 15 anos. O valor de cada benefício é de R\$ 41,00 e cada família pode acumular até 05 benefícios por mês, chegando a R\$ 205,00.

BENEFÍCIO VARIÁVEL DE 0 A 15 ANOS:

Destinado às famílias que tenham em sua composição, crianças e adolescentes de 0 a 15 anos de idade. O valor do benefício é de R\$ 41,00.

BENEFÍCIO VARIÁVEL À GESTANTE:

Destinado às famílias que tenham em sua composição gestante. Podem ser pagas até nove parcelas consecutivas a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a gestação tenha sido identificada até o nono mês. O valor do benefício é de R\$ 41,00.

BENEFÍCIO VARIÁVEL NUTRIZ:

Destinado às famílias que tenham em sua composição crianças com idade entre 0 e 06 meses. Podem ser pagas até seis parcelas mensais consecutivas a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a criança tenha sido identificada no Cadastro Único até o sexto mês de vida. O valor do benefício é de R\$ 41,00

BENEFÍCIO VARIÁVEL JOVEM:

Destinado às famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham em sua composição adolescente entre 16 e 17 anos. O valor do benefício é de R\$ 48,00 por mês e cada família pode acumular até dois benefícios, ou seja, R\$ 96,00.

BENEFÍCIO PARA SUPERAÇÃO DA EXTREMA POBREZA:

Destinado às famílias em situação de extrema pobreza. Cada família pode receber um benefício por mês. O valor do benefício varia em razão do cálculo realizado a partir da renda por pessoa da família e do benefício já recebido no Programa Bolsa Família.

A ESF tem como atribuições o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF), sendo esta ação obrigatória para a regularidade da transferência dos recursos financeiros do programa **PBF** para as famílias de baixa renda. Esses acompanhamentos das famílias são realizados em duas vigências ao ano, como disposto na tabela abaixo, em conformidade com a pactuação, o município precisa acompanhar no mínimo **77%** das famílias beneficiárias, os resultados obtidos indicam um desempenho superior ao pactuado.

PRÉ - REQUISITOS

- Cadastros atualizados nos últimos 24 meses;
- Renda mensal por pessoa de até R\$ 89,00 ou renda mensal por pessoa de R\$ 89,01 a R\$178,00, desde que possuam crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos em sua composição.

1 - GESTÃO DOS BENEFÍCIOS

Benefícios do Programa Bolsa Família o município, havia **3.278** famílias beneficiárias do Bolsa Família no mês de junho de 2020 sendo 9.596 pessoas diretamente beneficiadas pelo Programa. Dentre essas famílias, **78,6 %** dos responsáveis familiares (RF) eram do sexo feminino. O Programa prevê o pagamento dos benefícios financeiros preferencialmente à mulher, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da autonomia feminina tanto no espaço familiar como em suas comunidades.

Nesse mês, o número de pessoas beneficiárias do PBF equivalia aproximadamente a **63%** da população total do município, abrangendo 3.323 famílias que, sem o programa, estariam em condição de extrema pobreza. A cobertura do programa foi de 138 % em relação à estimativa de famílias pobres no município. Essa estimativa é calculada com base nos dados mais atuais do Censo Demográfico, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (**IBGE**).

O município já **alcançou a meta** de atendimento do programa. O foco da gestão municipal deve ser na manutenção da atualização cadastral dos beneficiários, para evitar que famílias que ainda precisam do benefício tenham o pagamento interrompido. A qualidade dos dados cadastrais aumenta a possibilidade de que todas as famílias pobres e extremamente pobres do Município sejam beneficiárias do Programa.

No mês de **junho de 2020**, foram transferidos **R\$ 746.979,00** às famílias do Programa no seu município, e o benefício médio repassado foi de **R\$ 227,88** por família.

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 seu município, no mês de maio de 2020.

QUANTIDADES E VALORES POR TIPO DE BENEFÍCIO			
Benefício Básico		Benefício Variável à Gestante (BVG)	
Quant. 3.247	R\$ 289.339,00	Quant. 176	R\$ 7.216,00
Benefício Variável Nutriz (BVN)		Benefício var. (crianças de 0 a 6 anos)	
Quant. 69	R\$ 2.829,00	Quant. 1.454	R\$ 59.614,00
Benefício variável (crianças de 7 a 15 anos)		Benefício variável vinculado adolescente (BVJ)	
Quant. 2.001	R\$ 82.041,00	Quant. 476	R\$ 22.848,00
Benefício para superação da extrema pobreza (BSP)			
Quant. 1.774	R\$ 200.194,00		

Referência: maio de 2020.

Conforme estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), fundação pública federal vinculada ao Ministério da Economia, a cada R\$ 1,00 transferido às famílias do programa, o Produto Interno Bruto (PIB) municipal tem um acréscimo de R\$ 1,78.

GESTÃO DOS BENEFÍCIOS

Das **3.278** famílias beneficiárias do PBF no município, **3.347** estavam com o benefício liberado, **1** estavam com o benefício bloqueado, e **0** estavam com o benefício suspenso. Nesse mesmo mês, **6** famílias tiveram o benefício cancelado. Dentre as famílias habilitadas, **0** famílias tiveram o benefício do PBF concedido.

GESTÃO DE PAGAMENTOS

Em relação às parcelas geradas na folha de pagamento do mês de **abril de 2020**, **78** famílias beneficiárias no seu município sacaram-nas no primeiro mês de validade. Quando esse percentual for inferior a 80%, adote ações no território que ampliem as possibilidades de acesso aos canais de pagamento disponíveis na região e estratégias em parceria com a CAIXA. No que diz respeito às famílias que receberam o benefício do mês de **janeiro de 2020** durante o prazo de vigência de 90 dias, **3.335** o fizeram.

O **Pagamento do Bolsa Família** é operado pela **Caixa Econômica Federal** (CAIXA), que é responsável pela emissão e entrega dos cartões e pelo atendimento aos beneficiários em seus canais de pagamento: agências, lotéricas, correspondentes Caixa Aqui e postos de atendimento bancário (PAB). O município possui, atualmente, **1** canais de pagamento.

Quantidade De Canais De Pagamento Do Benefício PBF Por Tipo	
Agência	0
Lotéricas	1
Caixa Aqui	0
Postos de atendimento bancário (PAB)	0

Referência: março de 2020.

No município, no mês de **março de 2020**, ocorreram **1.484** operações de pagamentos dos benefícios do PBF em conta simplificada CAIXA Fácil (depósitos em conta corrente ou conta poupança), o que correspondeu a **48 %** do total de operações nesse mesmo período. Para que essa inserção bancária ocorra de forma segura, faz-se necessário o suporte de ações estruturadas e coordenadas de educação financeira, e de informação e orientações adequadas ao uso e acesso aos serviços disponibilizados.

GRUPOS PRIORITÁRIOS PARA O BOLSA FAMÍLIA

Tendo em vista o alto grau de vulnerabilidade social, alguns grupos são considerados prioritários no processo de ingresso no PBF. São eles: famílias indígenas, quilombolas, em situação de trabalho infantil, com pessoas libertas de situação análoga à de trabalho escravo e com catadores de material reciclável.

No mês de **abril de 2020**, **17** famílias beneficiárias no seu município pertenciam a um dos grupos denominados prioritários ao PBF (**0,5 %** do total de famílias beneficiárias), conforme tabela abaixo:

FAMÍLIAS POR GRUPO PRIORITÁRIO - PBF		
Quantidade		
% (em relação ao total de famílias beneficiárias do município)		
Indígenas	0	0%
Quilombolas	0	0%
Famílias com pessoas libertas de situação análoga à de trabalho escravo	4	0,1%
Famílias com pessoas catadoras de material reciclável	3	0,1%
Famílias com pessoas em situação de trabalho infantil	10	0,3%
Total	17	0,5%

Referência: Obs. 1: A possibilidade de disposição das famílias em categorias prioritárias para o ingresso ao Programa Bolsa Família está regulamentada pelo **Decreto nº 5.209/2004** e pela **Portaria nº 341/2008**.
Obs. 2: O total de famílias prioritárias pode ser inferior à soma dos grupos, pois uma família pode pertencer a mais de um grupo prioritário. Essas famílias precisam de atendimento diferenciado em relação aos serviços de acompanhamento social, educação, saúde e orientações em gerais.

AVERIGUAÇÃO/REVISÃO CADASTRAL

Periodicamente, o Ministério da Cidadania convoca as famílias beneficiárias do PBF para atualizarem seus cadastros nos processos de Revisão Cadastral e Averiguação Cadastral. Em cada um desses processos, as famílias são organizadas em grupos, com prazos diferenciados para a atualização cadastral. A listagem pode ser acessada online no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (<http://www.mds.gov.br/mds-sigpbf-web/>).

1.2. GESTÃO DAS CONDICIONALIDADES E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

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.

1.2.1. EDUCAÇÃO

No município **2.581** 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 **2.403**, uma cobertura de acompanhamento de **93,10%**. A **resultado nacional** é de **93,07%** de acompanhamento na educação.

O município possui, portanto, um acompanhamento da frequência escolar **muito bom**, acima do resultado nacional. No entanto, é fundamental que o gestor municipal do PBF se articule com o gestor municipal do PBF na Educação, para continuar identificando os beneficiários que estejam sem informação ou com informação desatualizada sobre a escola em que estudam (“não localizados”), realizando ações de orientação às famílias para que informem nas escolas que suas crianças e adolescentes são beneficiários do PBF e para que atualizem o Cadastro Único quando houver mudança de escola, ou ainda realizando a busca ativa de beneficiários que estejam fora da escola.

1.2.2. SAÚDE

Na área da Saúde, **5.756 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 07 anos e mulheres. O município conseguiu acompanhar **4.837 beneficiários (as)**, o que corresponde a uma cobertura de acompanhamento de **84,03%**. O **resultado nacional** de acompanhamento na saúde é de **79,71%**.

Assim, o **município possui um acompanhamento** da agenda de saúde **muito bom, acima do resultado nacional**. No entanto, é fundamental que o gestor municipal do PBF conheça e se articule com o coordenador municipal do PBF na Saúde, que é o responsável técnico pelo monitoramento desse acompanhamento na Secretaria Municipal de Saúde, para continuar alcançando bons resultados. Podem ser realizadas ações de orientações às famílias para que informem que são

beneficiárias do PBF quando forem atendidas na rede de saúde e para que atualizem o Cadastro Único quando mudarem de endereço. Também é importante se organizar para registrar mensalmente no sistema da saúde as informações sobre as gestantes identificadas, pois elas são elegíveis ao Benefício Variável Vinculado à Gestante (BVG). As informações de acompanhamento das condicionalidades de saúde servem de base para a articulação intersectorial entre educação, assistência social e saúde, para que atuem de forma integrada na superação de eventuais vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias e na identificação de demandas sociais no território.

1.2.3. ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO PELA ASSISTÊNCIA SOCIAL DAS FAMÍLIAS QUE DESCUMPREM AS CONDICIONALIDADES

As famílias que descumprem as condicionalidades podem sofrer efeitos gradativos, que variam desde uma advertência, passando pelo bloqueio e suspensão do benefício podendo chegar ao cancelamento em casos específicos. Esses efeitos são considerados sinalizadores de possíveis vulnerabilidades que as famílias estejam vivenciando, pois demonstram que elas não estão acessando seus direitos sociais básicos à saúde e à educação. Nestes casos, é necessário que o poder público atue no sentido de auxiliar essas famílias a superar a situação de vulnerabilidade e a voltar a acessar esses serviços, retornando a cumprir as condicionalidades. Por isso, as famílias em descumprimento de condicionalidades, em especial aquelas que estão em fase de suspensão, são prioritárias no atendimento/acompanhamento pela assistência social no município.

O município apresenta **35 família(s)** em fase de suspensão no mês de **novembro de 2019**. Dessa(s), **07 família(s)** apresenta(m) registro de **atendimento/acompanhamento** pela assistência social no Sistema de Condicionalidades do PBF (Sicon). O registro no **Sicon** não substitui os registros que devem ser realizados no prontuário da família e no plano de acompanhamento traçado pela equipe técnica nos **CRAS e CREAS**. Porém, o registro no Sicon possibilita a utilização da Interrupção Temporária dos Efeitos do Descumprimento de Condicionalidades. Essa ferramenta permite que não sejam aplicados à família os

efeitos de descumprimento de condicionalidades, enquanto ela está sendo atendida/acompanhada pela assistência social, evitando que sua situação de vulnerabilidade seja agravada.

Mais informações sobre as condicionalidades do Bolsa Família podem ser encontradas em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/gestao-do-programa/condicionalidades>

2. O CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL

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.

MUNICÍPIO ATIVIDADES DE CADASTRAMENTO 2020	
4.282 famílias	Inseridas no Cadastro Único
3.329 famílias	Com o cadastro atualizado nos últimos dois anos
3.925 famílias	Com renda até ½ salário mínimo
3.106 famílias	Com renda até ½ salário mínimo com o cadastro atualizado

A **Taxa de Atualização Cadastral (TAC)** do município é de **79,13%**, enquanto que a **média nacional** encontra-se em **81,93%**. A TAC é calculada dividindo o número de famílias cadastradas com renda mensal per capita de até ½ salário mínimo com cadastro atualizado pelo total de famílias cadastradas com renda mensal per capita de até ½ salário mínimo, multiplicado por cem.

Isso significa que o cadastro no seu município **está bem focalizado e atualizado**, ou seja, a maioria das famílias cadastradas pertence ao público alvo do Cadastro Único.

O município pode obter mais informações sobre a gestão do Cadastro Único no site <http://mds.gov.br/assuntos/cadastro-unico>.

3. ÍNDICE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA

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 seu município. O último repasse foi de **R\$ 7.676**, com base no índice **0,84** do IGD-M referente ao mês de **abril de 2020**.

Se o IGD-M do município alcançasse o máximo, ou seja, fosse igual a **1 (um)**, o município receberia **R\$ 8.924,50** mensalmente.

Os valores financeiros calculados com base no IGD-M e repassados ao município no **exercício corrente** somam o montante de **R\$ 15.351,16**. Em **agosto de 2019**, havia em **conta corrente do município (BL GBF FNAS)** o total de **R\$ 15,00**.

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. Importante verificar se ainda há saldo em conta, e se houver, realizar a reprogramação desses recursos para o ano de 2018, considerando essa disponibilidade de recursos no Plano de Ação 2018.

IMPORTANTE

Os recursos recebidos devem ser aplicados em melhorias da gestão do Cadastro Único e do Bolsa Família. Por isso, **planejar** bem as ações, **eleger as prioridades** e **decidir** sobre como e onde devem ser aplicados os recursos provenientes do IGD-M dentro da gestão do Cadastro Único e do Bolsa Família são tarefas sistemáticas que a Gestão local desempenha em conjunto com os responsáveis pela área orçamentária e financeira e pelas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social.

A deficiência em qualquer uma dessas áreas compromete o resultado da gestão do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família, afetando o recebimento de recursos financeiros do IGD-M.

A participação do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) também é vital durante todo o processo, desde o planejamento até a aprovação regular das contas. Esse relacionamento demonstra transparência e garante a continuidade do recebimento dos recursos.

Não deixe de consultar o “Caderno do IGD-M” que está disponível no site do Ministério da Cidadania no link: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Guias_Manuais/ManualIGD-M.pdf. Esse manual traz informações importantes para a Gestão do Cadastro Único e do Bolsa Família, com sugestões de ações para compor o planejamento e a execução dos recursos do IGD-M.

Os dados referentes ao IGD-M são atualizados mensalmente. Confira o link: <http://bit.do/igdpbf>, onde a gestão poderá consultar os contatos da Coordenação

do Cadastro Único e do PBF em seu estado, além do histórico do índice com as últimas atualizações.

A Coordenação Estadual é um importante parceiro do governo federal para o sucesso da gestão descentralizada do Cadastro Único e do Bolsa Família. Por isso, a aproximação entre as gestões municipais e estaduais e a integração de ações é fundamental. A coordenação do seu estado dispõe de informações sobre as capacitações oferecidas e outros temas, que irão contribuir, ainda mais, para a evolução da gestão do Cadastro Único e do Bolsa Família no município. Ela recebe recursos financeiros com base do **Índice de Gestão Descentralizada dos Estados (IGD-E)** e também possui acesso aos dados do IGD-M de cada município.

QUADRO-SÍNTESE (ABRIL DE 2020)

Acomp. atual. cadastral		Acomp. educ. Cond.		Acomp. Cond. de saúde		Fator operação	
Nac	Mun	Nac	Mun	Nac	Mun	Nac	Mun
83,29	81,39	93,06	93,10	79,70	84,03	84,83	84,97

(Relatório gerado em 01/07/2020)

GESTÃO DO BOLSA FAMÍLIA

Acesso sistematizado aos instrumentos e as ferramentas de gestão de benefícios e do IGD do Programa Bolsa Família, acesso direto aos principais **Sistemas de gestão - SIBEC, SIGPBF,V7 e as instruções Operacionais específicas.**

FAMÍLIAS PBF EM 2020	
Famílias Beneficiadas	3.278
Pessoas Beneficiadas	9.596
Responsáveis familiares - RF	78,6%
Beneficiados da população total do município	63%
Abrangendo o número de famílias	3.323
Taxa de Atualização Cadastral (TAC)	79,13%
A cobertura do programa em relação às famílias pobres no município	138 %
Crianças adolescentes acompanhamento condicionalidades de Educação	2.581
Perfil de Acompanhamento das condicionalidades na Saúde	5.756
Acompanhamento das condicionalidades na Saúde	4.837
Cobertura de acompanhamento	84,03%

(Relatório gerado em 01/07/2020)

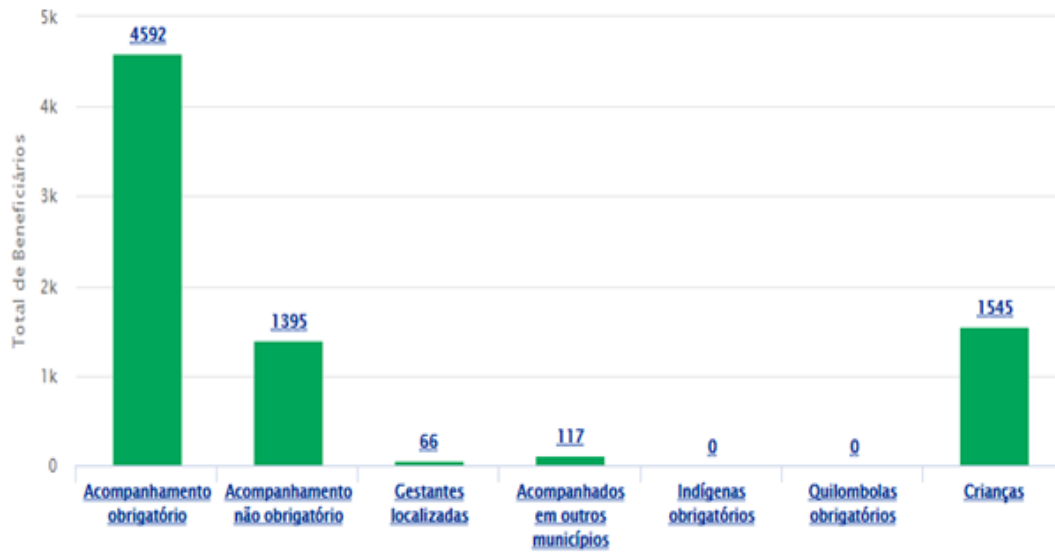
TABELA DE BENEFICIÁRIO POR FAIXA ETÁRIA

Faixa etária	Masculino	%	Feminino	%	Total	% Etária Total
Entre 0 e 04	509	51,73%	475	48,27%	984	10,30%
Entre 05 a 06	253	53,15%	223	46,85%	476	4,98%
Entre 07 a 15	1.044	52,04%	962	47,96%	2.006	20,99%
Entre 16 a 17	202	50,63%	197	49,37%	399	4,18%
Entre 18 a 24	683	46,12%	798	53,88%	1.481	15,50%
Entre 25 a 34	620	39,74%	940	60,26%	1.560	16,32%
Entre 35 a 39	265	38,46%	424	61,54%	689	7,21%
Entre 40 a 44	289	43,07%	382	56,93%	671	7,02%
Entre 45 a 49	253	45,83%	299	54,17%	552	5,78%
Entre 50 a 54	207	46,94%	234	53,06%	441	4,61%
Entre 55 a 59	157	66,53%	79	33,47%	236	2,47%
Entre 60 a 64	40	83,33%	8	16,67%	48	0,50%
Maior que 65	9	69,23%	4	30,77%	13	0,14%
Total	4.531	47,42%	5.025	52,58%	9.556	100,00%

Resumo dos Acompanhamentos (Cobertura Parcial)

Relatório Municipal 2ª Vigencia de 2019

Clique nas colunas para visualizar detalhadamente.



Highcharts.com

Legenda: N/A - Não aplicável (Essa cobertura parcial dos acompanhamentos leva em conta apenas os beneficiários obrigatórios)

<https://bfa.saude.gov.br/>

COMPLEXIDADE: ATENÇÃO BÁSICA:

4.2. PRODUÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS

O atendimento médico na Atenção Básica é a primeira escolha do usuário, esse é o atendimento inicial, conhecido como “**porta de entrada**” dos usuários no sistema da rede de saúde. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidades. Esses atendimentos na Atenção Básica funcionam, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a **Política Nacional de Urgência e Emergência** com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. Desde a publicação da portaria que instituiu essa política, o objetivo foi o de integrar a atenção às urgências. Hoje a atenção primária é constituída pelas unidades básicas de saúde e Equipes de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do **SAMU 192** (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das **Unidades de Pronto Atendimento** (UPA 24H), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24H

As Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. É constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; **SAMU 192**; Sala de Estabilização; Força Nacional do **SUS**; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

A UPA 24 horas funciona diariamente com uma equipe de profissionais: Médico plantonista, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, vigilante, cozinheiro e auxiliar de serviço gerais para atender a demanda de urgência.

I QUADRIMESTRE 2020

DEMONSTRATIVO DE ATENDIMENTO MÉDICOS NO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS					
ATENDIMENTO CONSULTA MÉDICA POR FAIXA ETÁRIA					
Procedimentos	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
Menor de Anos	96	100	8	19	223
Idade 1 - 4	150	155	28	40	373
Idade 5 - 9	182	175	24	34	415
Idade 10 - 14	198	206	16	34	454
Idade 15 - 19	213	216	38	71	538
Idade 20 - 39	610	585	177	314	1.686
Idade 40 - 49	168	178	62	103	511
Idade 50 - 59	157	151	65	113	486
Idade 60 E +	144	134	56	109	443
TOTAL	1.918	1.900	474	837	5.129

II QUADRIMESTRE 2020

DEMONSTRATIVO DE ATENDIMENTO MÉDICOS NO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS					
ATENDIMENTO CONSULTA MÉDICA POR FAIXA ETÁRIA					
Procedimentos	Maio	Junho	Julho	Ago	Total
Menor de Anos	08	14	24	16	62
Idade 1 - 4	35	38	21	44	138
Idade 5 - 9	24	24	27	30	105
Idade 10 - 14	19	30	23	22	94
Idade 15 - 19	69	66	48	66	249
Idade 20 - 39	262	271	265	295	1.093
Idade 40 - 49	93	110	98	120	421
Idade 50 - 59	69	83	96	84	332
Idade 60 E +	104	137	116	106	463
TOTAL	683	773	718	783	2.957

III QUADRIMESTRE 2020

DEMONSTRATIVO DE ATENDIMENTO MÉDICOS NO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS					
ATENDIMENTO CONSULTA MÉDICA POR FAIXA ETÁRIA					
Procedimentos	Set	Out	Nov	Dez	Total
Menor de Anos	43	62	36	25	166
Idade 1 - 4	33	81	69	53	236
Idade 5 - 9	43	64	58	64	229
Idade 10 - 14	49	76	41	57	223
Idade 15 - 19	102	135	124	98	459
Idade 20 - 39	345	507	486	455	1.793
Idade 40 - 49	185	216	181	208	790
Idade 50 - 59	129	143	142	159	573
Idade 60 E +	124	157	168	171	620
TOTAL	1.053	1.441	1.305	1.290	5.089

QUADRIMESTRAIS 2020

DEMONSTRATIVO DE ATENDIMENTO MÉDICOS NO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS				
ATENDIMENTO CONSULTA MÉDICA POR FAIXA ETÁRIA				
Procedimentos	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Menor de Anos	223	62	166	451
Idade 1 - 4	373	138	236	747
Idade 5 - 9	415	105	229	749
Idade 10 - 14	454	94	223	771
Idade 15 - 19	538	249	459	1.246
Idade 20 - 39	1.686	1.093	1.793	4.572
Idade 40 - 49	511	421	790	1.722
Idade 50 - 59	486	332	573	1.391
Idade 60 E +	443	463	620	1.526
TOTAL	5.129	2.957	5.089	13.175

Os procedimentos são realizados pelos profissionais de saúde na UPA 24 horas, atendendo a demanda espontânea, visando minimizar os sofrimentos dos que buscam atendimentos de emergência na UPA.

I QUADRIMESTRE 2020

DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS MÉDICO, ENFERMEIRO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM					
PROCEDIMENTOS	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
ATEND. MEDICO	1.918	1.884	481	828	5.111
SUTURA	34	30	14	29	107
CURATIVO	514	489	240	406	1.649
PARTO	2	0	0	0	2
INJEÇÃO	2.121	2.062	767	1.151	6.101
TRANSFERÊNCIA	39	28	19	41	127
ÓBITOS	2	1	0	0	3
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	725	862	98	197	1.882
AEROSSOL	243	268	20	20	551
PRESSÃO ARTERIAL	746	831	627	974	3.178

ATEND. FORA DO MUNICIPIO	488	386	30	38	942
TOTAL	6.832	6.838	2.296	3.686	19.652

II QUADRIMESTRE 2020

DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS MEDICO, ENFERMEIRO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM					
PROCEDIMENTOS	MAI	JUN	JUL	AGO	Total
ATEND. MEDICO	685	789	716	772	2.962
SUTURA	35	45	41	26	147
CURATIVO	565	466	355	399	1.785
PARTO	01	01	03	0	05
INJEÇÃO	1.183	1.314	1.049	934	4.480
TRANSFERÊNCIA	43	39	39	32	153
ÓBITOS	0	2	5	1	8
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	153	267	279	317	1.016
AEROSSOL	35	52	47	14	148
PRESSÃO ARTERIAL	899	879	950	783	3.511
ATEND. FORA DO MUNICIPIO	32	58	8	0	98
TOTAL	3.631	3.912	3.492	3.278	14.313

III QUADRIMESTRE 2020

DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS MEDICO ENFERMEIRO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM					
PROCEDIMENTOS	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
ATEND. MEDICO	1.032	1.382	1.311	1.288	5.013
SUTURA	57	62	52	52	223
CURATIVO	391	472	458	472	1.793
PARTO	4	0	1	1	6
INJEÇÃO	1.210	1.572	1.544	1.517	5.843
TRANSFERÊNCIA	39	46	33	45	163
ÓBITOS	2	0	5	3	10
PACIENTE OBS	453	602	607	522	2.184
PRESSÃO ART	1.015	1.382	1.311	1.288	4.996
ATEND. FORA DO MUNICIPIO	15	52	56	47	170
TOTAL	4.218	5.570	5.378	5.234	20.401

QUADRIMESTRAIS 2020

DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS MEDICO ENFERMEIRO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM				
PROCEDIMENTOS ATENDIMENTO MÉDICO POR FAIXA ETÁRIA				
Procedimentos	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Atend. Medico	5.111	2.962	5.013	13.086
Sutura	107	147	223	477
Curativo	1.649	1.785	1.793	5.227
Parto	2	05	6	13
Injeção	6.101	4.480	5.843	16.424
Transferência	127	153	163	443
Óbitos	3	8	10	21
Paciente observação	1.882	1.016	2.184	5.082
Aerossol	551	148	0	699
Pressão arterial	3.178	3.511	4.996	11.685
Atend. Fora do município	942	98	170	1.210
Total	19.653	14.313	20.401	54.367

4.3 - PRODUÇÃO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

I QUADRIMESTRE 2020

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS					
DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS					
	JAN	FEV	MAR	ABR	Total
Procedimentos	0	0	0	0	0

II QUADRIMESTRE 2020

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS					
DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS					
	MAI	JUN	JUL	AGO	Total
Procedimentos	0	0	0	0	0

III QUADRIMESTRE 2020

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS					
DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS					
	SET	OUT	NOV	DEZ	Total
Procedimentos	0	0	0	0	0

QUADRIMESTRAIS 2020

TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS				
DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS				
	I QUAD	II QUAD	III QUAD	Total
Procedimentos	0	0	0	0

4.4 PRODUÇÃO DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS

CENTRO DE ESPECIALIDADE EM SAÚDE.

O com fortalecimento da rede de saúde do município o Centro de Especialidade Médica, tem ampliado a oferta de serviço em consultas de especialidade para o aprimoramento do serviço de assistência ambulatorial especializada, bem como, para reduzir custo de viagens e mais comodidade aos munícipes, com mais agilidade nas consultas mais perto da comunidade, dando mais conforto. O estabelecimento funciona das **07:00 às 18:00 horas**, atendendo a demanda dos usuários do SUS em diversas especialidades médicas, contamos com espaço para Fisioterapia, Nutricionista, Psicologia, Psiquiatria.

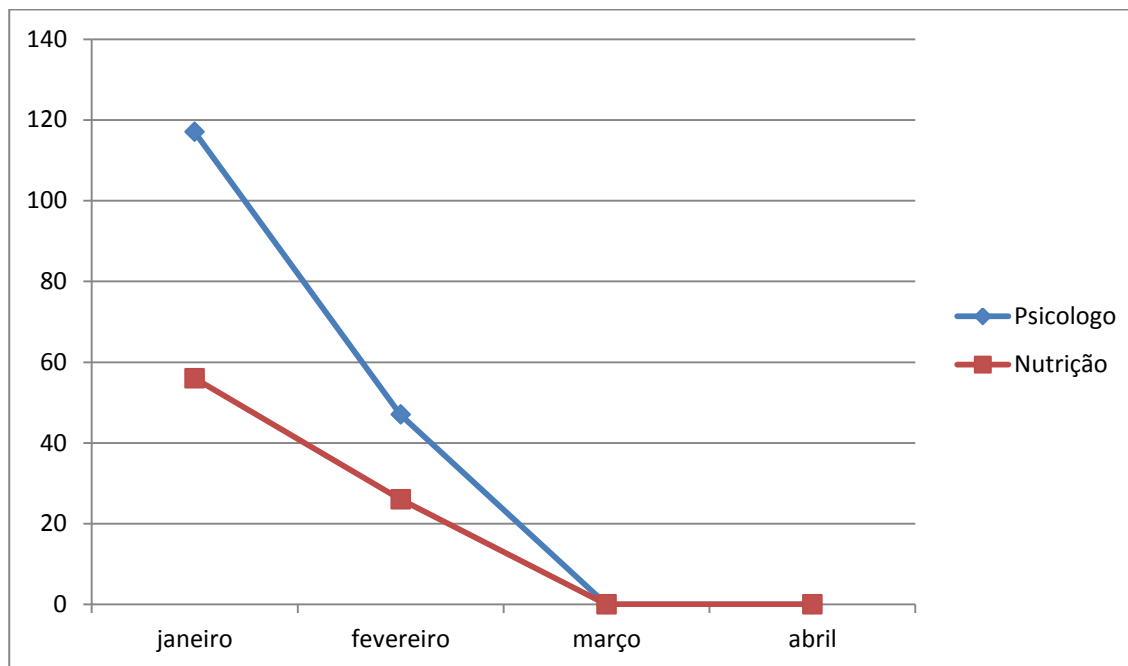
A tabela: Refere - se às consultas realizadas no **primeiro quadrimestre** do ano de 2020. Tivemos consultas e procedimentos distribuídos entre as especialidades de psiquiatria, fisioterapia, psicologia e nutrição, conforme descrito.

I QUADRIMESTRE 2020

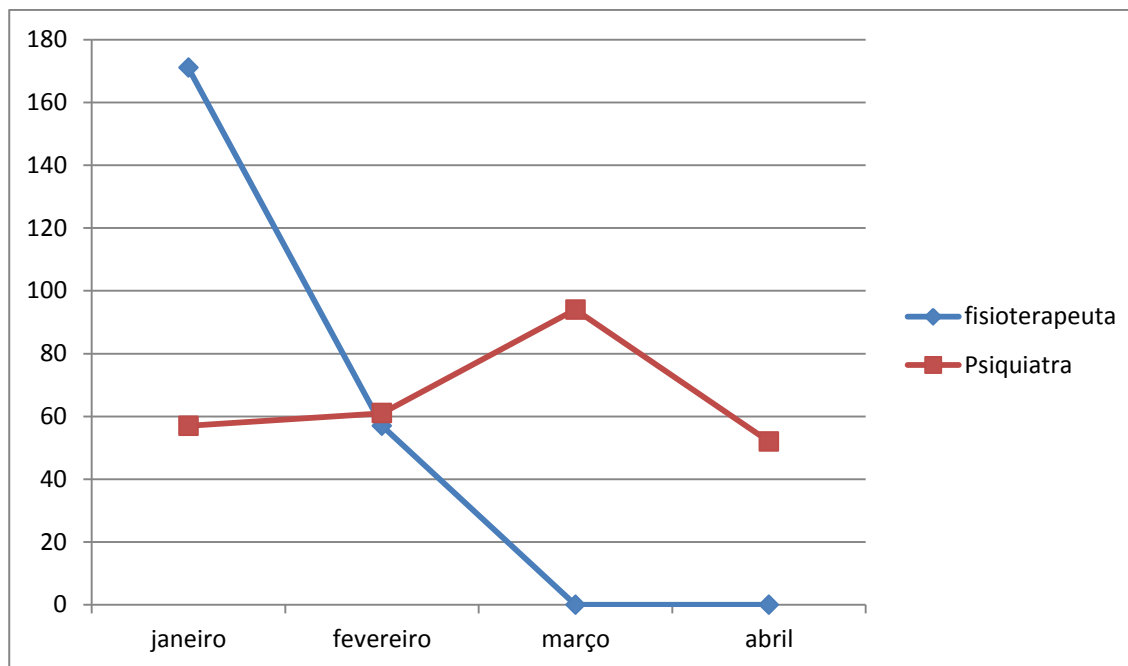
DEMONSTRATIVO DE CONSULTAS					
ESPECILIADE	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Fisioterapia	171	160	75	0	406
Nutrição	56	26	0	0	82
Psicólogo	117	47	0	0	164
Psiquiatra	57	61	94	52	264
Total Geral	401	294	169	52	916

Nos meses de março e abril duas especialidades, psicologia e nutrição, não realizaram os atendimentos devido à pandemia do **Coronavírus (COVID0-19)**,

sendo que a queda no quantitativo de consultas já vinha desde fevereiro, possivelmente devido este ser com menos dias em relação aos outros e também pelo feriado prolongado do **Carnaval**.



A fisioterapia, por sua vez, realizou procedimentos até o mês de março, porém com um quantitativo inferior aos meses anteriores, e em abril cessou os atendimentos. No entanto, o **psiquiatra** manteve seus atendimentos mesmo diante da **COVID-19**, realizando consultas durante os quatros meses (tabela 1), no qual apresentou pico de atendimentos em março (**gráfico 2**).



II QUADRIMESTRE 2020

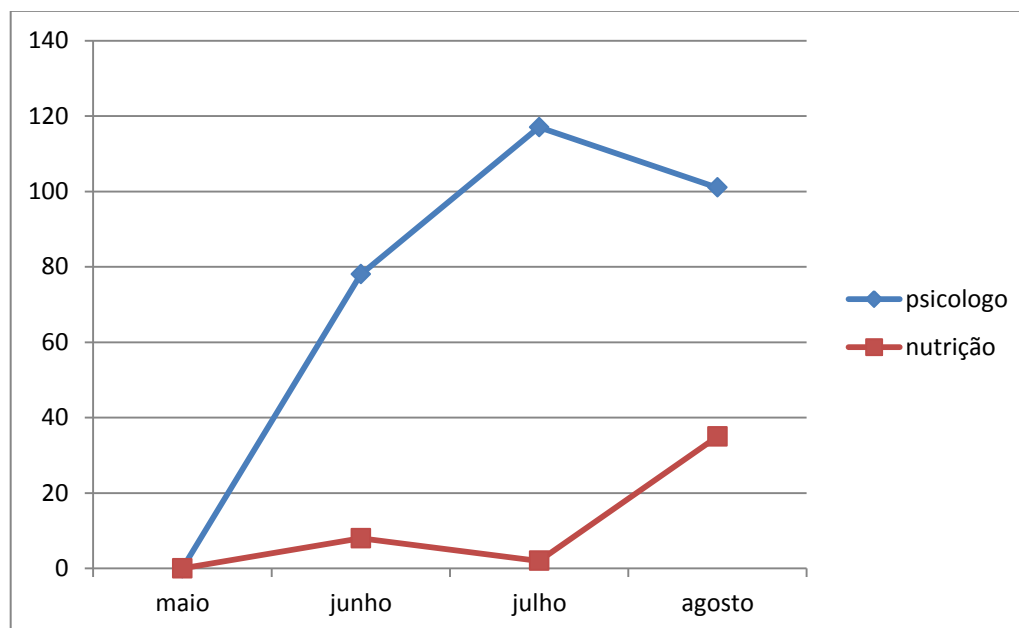
A tabela: Refere – se às consultas e procedimentos realizados no **segundo quadrimestre** do ano de 2020, distribuídas entre as especialidades de psiquiatria, fisioterapia, psicologia e nutrição, conforme descrito abaixo.

DEMONSTRATIVO DE CONSULTAS					
ESPECILIAIDADE	MAI	JUN	JUL	AGO	Total
Fisioterapia	0	14	77	386	477
Nutrição	0	8	2	35	45
Psicólogo	0	78	117	101	296
Psiquiatra	43	92	92	85	312
Total Geral	43	192	288	607	1.130

No mês de maio não foram realizadas consultas com os psicólogos e nutricionista devido a atual pandemia do Coronavírus (COVID0-19).

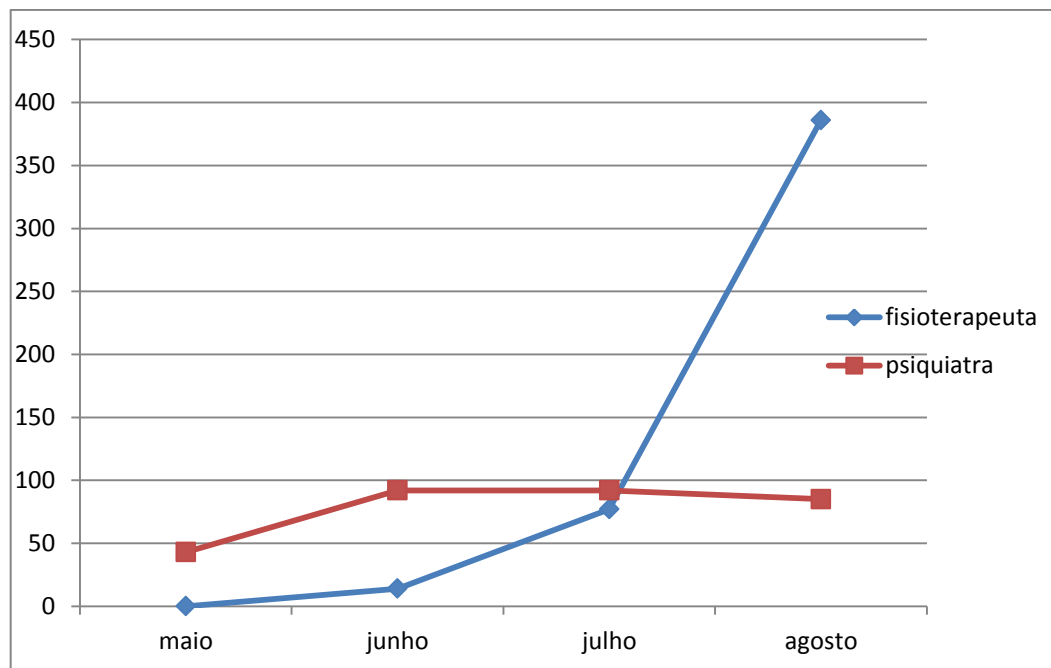
Os meses seguintes apresentaram uma elevação no quantitativo de atendimentos, sendo explicado pela reabertura de alguns setores comerciais e das atividades ambulatoriais (gráfico 1).

Em relação à nutrição, o mês de julho permaneceu com baixo atendimento devido nutricionista se ausentar, ao testar positivo para o COVID-19, retomando os atendimentos em agosto, conforme apresentado no gráfico 1.



Semelhantemente as especialidades citadas anteriormente, os atendimentos de **fisioterapia** não aconteceram no mês de maio, devido COVID-19, sendo retomada nos meses seguintes e atingindo pico quantitativo no mês de agosto (**gráfico 2**).

As consultas **psiquiátricas** se mantiveram relativamente constantes, com aumento discreto no mês de julho.



III QUADRIMESTRE 2020

DEMONSTRATIVO DE CONSULTAS					
ESPECILIDADE	SET	OUT	NOV	DEZ	Total
Fisioterapia	384	462	414	407	1.667
Nutrição	19	33	39	33	124
Psicólogo	186	211	181	141	719
Psiquiatra	102	79	81	61	323
Total Geral	691	785	715	642	2.833

QUADRIMESTRAIS 2020

DEMONSTRATIVO DE CONSULTAS				
ESPECILIDADE	I QUAD	II QUAD	III QUAD	Total
Fisioterapia	406	477	1.667	2.550
Nutrição	82	45	124	251
Psicólogo	164	296	719	1.179
Psiquiatra	264	312	323	899
Total Geral	916	1.130	2.833	4.879

QUANTITATIVO DE CONSULTAS

Se refere às consultas realizadas nos meses do terceiro quadrimestre do ano de 2020. Tivemos um total de 1.476 consultas, distribuídas entre as especialidades de psiquiatria, fisioterapia, psicologia e nutrição, conforme descrito na tabela 1.

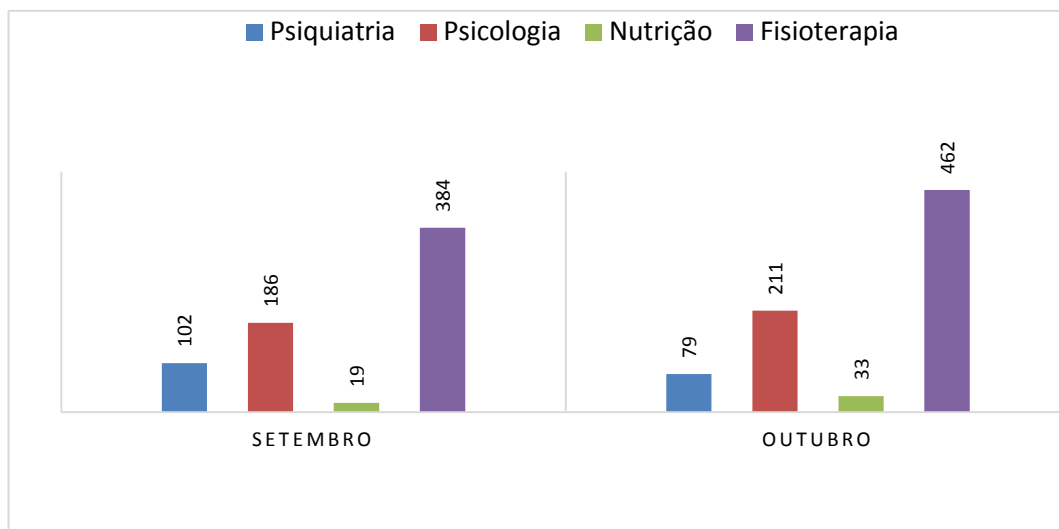
O quantitativo de atendimentos com o psiquiatra variou entre os meses de setembro e outubro. No primeiro, foram realizadas 102 consultas (tabela 1) e no mês seguinte 79, isso porque em setembro foram realizados cinco dias de atendimento e quatro dias em outubro.

Em relação à psicologia nos meses de setembro e outubro, foram realizadas 186 e 211 consultas, respectivamente (gráfico 1). A elevação no número de atendimentos totais do mês de outubro se deve ao aumento na relação de número de consultas por dia realizado por cada psicólogo, passando de 04 marcações/dia para 06 marcações/dia, ou mais, a depender da demanda.

A nutrição manteve quantitativo de atendimentos semelhante nos respectivos meses (gráfico 1), com valor menor em setembro, o que pode ser justificado devido a uma maior falta dos pacientes às consultas e também devido ao feriado de 07 de setembro, diminuindo um dia de atendimento.

A fisioterapia, entre as especialidades apresentadas, foi a que obteve maior número de atendimentos. Em outubro foram realizados 462 atendimentos (tabela 1), valor bem inferior ao mês anterior, que pode ser devido ao atestado médico de 15 dias que uma das fisioterapeutas solicitou.

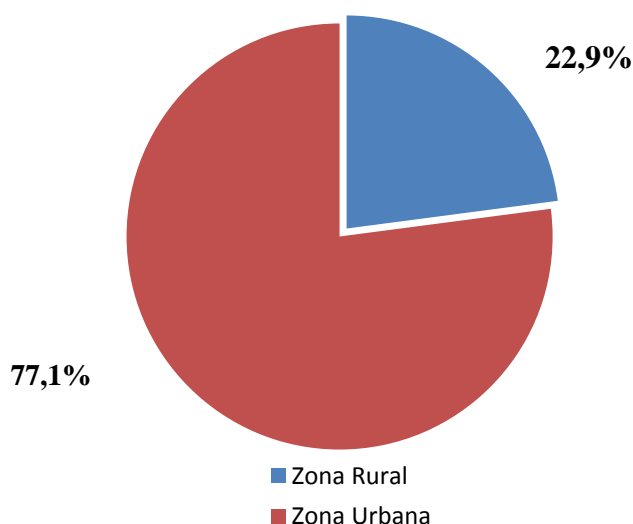
Gráfico 1- Quantitativo de consultas realizadas em setembro e outubro de



2. DISTRIBUIÇÃO DE CONSULTAS NA ZONA URBANA E RURAL

As consultas psicológicas, compreendendo o período de setembro e outubro, totalizaram 397 consultas (tabela 1). Destas, 91 atendimentos foram realizados na área rural, chegando a 22,9% dos atendimentos (gráfico 2).

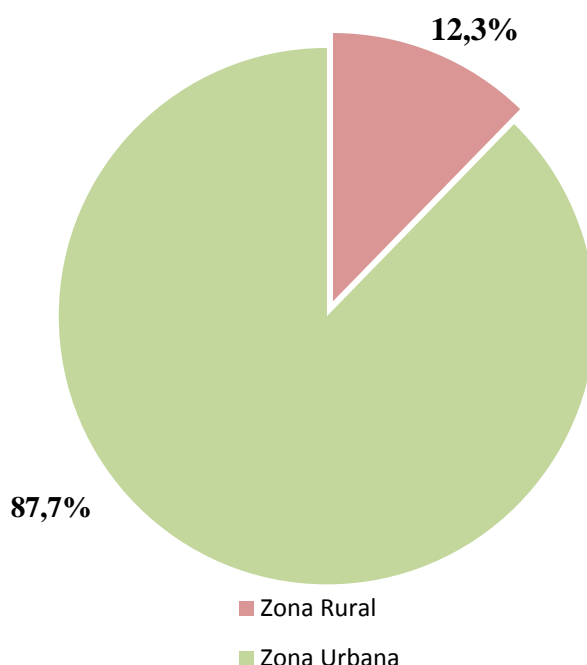
Gráfico 2 – Distribuição de consultas psicológicas na zona urbana e rural.



Assim como a psicologia, os atendimentos de fisioterapia se concentraram mais na zona urbana. No período citado anteriormente, foram realizadas 846

sessões de fisioterapia (tabela 1). Destas, 742 foram feitas na cidade, chegando a 87,7% (gráfico 3) e apenas 104 na zona rural (12,3%), conforme descrito no gráfico 3. A maior concentração de sessões na zona urbana se deve a disposição de fisioterapeutas durante os cinco dias úteis, além de o Centro apresentar quatro macas, podendo ser realizado quatro atendimentos a cada 30 minutos. Vale ressaltar que uma parte dos atendimentos realizados na cidade é composta também por pacientes residentes na zona rural.

Gráfico 3 – Distribuição de atendimentos de fisioterapia na zona urbana e rural.



De uma forma geral, é observado menor acesso e conseqüente menor utilização de serviços de saúde nas populações rurais, além da menor disponibilidade de serviços, grandes distâncias a serem percorridas, dificuldades de transporte e baixa renda são fatores que, associados, reduzem a utilização de serviços de saúde nestes ambientes ⁽¹⁾.

Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: (i) à necessidade de saúde; (ii) às características demográficas; (iii) à disponibilidade de profissionais de saúde; (iv) às

características de organização dos serviços de saúde; e (v) ao mecanismo de financiamento ⁽²⁾.

Diante destes determinantes, pode-se esperar um diferencial na utilização de serviços, principalmente entre a população urbana e rural.

ATIVIDADES ALUSIVAS AO SETEMBRO AMARELO





MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Os serviços de média e alta complexidade são ofertados em municípios referenciados pela **Programação Pactuada e Integrada (PPI)**, nos municípios de **Nossa Senhora da Glória, Itabaiana e Aracaju**. Alguns exames de patologia clínica, mamografia, assim como urgências clínicas, pediátricas, ortopédicas, ginecológicas e obstétricas a referência em saúde mental através do Centro de Atenção Psicossocial estão pactuados para serem realizados em Nossa Senhora da Glória, os serviços de Hemodiálise para o município de Itabaiana, enquanto que, os exames especializados e as consultas em especialidades, cirurgias e procedimentos de alta complexidade são pactuados para serem realizados no município de **Aracaju**.

É de responsabilidade de o município regular os procedimentos que os usuários precisam fazer fora do município, por agendamento prévio ou regular através da central, bem como também para alguns casos especiais a responsabilidade de garantir o transporte até o local destinado para a realização dos procedimentos. De forma a garantir a continuidade da assistência e a integralidade do cuidado através de uma rede regionalizada e hierarquizada de cuidados, conforme preconiza o SUS.

O Sistema de Regulação estar alocado na Clínica Marieta Souza Andrade, onde são feitas as marcações e ou regulação dos exames de atenção primária e até os de média e alta complexidade, bem como as consultas em especialidade.

I QUADRIMESTRE - 2020

DEMONSTRATIVOS DE PROCEDIMENTOS: EXAMES LABORATORIAIS, CONSULTAS ESPECIALIZADAS.					
MÉDIA ALTA COMPLEXIDADE					
Procedimentos	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
Exames laboratoriais	1.176	1.054	609	0	2.839
Consultas/Especializadas	56	50	47	1	154
Cadastros CNS	190	140	30	45	405
Cirurgias Eletivas	6	19	10	2	37
Raio X	0	0	4	0	4
Cirurgia de catarata	3	4	3	1	11
Ultrassonografia	30	7	15	0	52
Biopsia de colo	0	0	0	0	0
Total geral	1.461	1.274	718	49	3.502

I QUADRIMESTRE - 2020

EQUIPAMENTO, PROCEDIMENTO E EXAMES					
Demonstrativos atendimentos especializados de média e alta complexidade					
Procedimentos	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Cadeira de banho	0	0	0	0	0
Cadeira de rodas	0	0	0	0	0
Colete	0	0	0	0	0
Densitometria	1	0	0	0	1
Prótese auditiva	0	0	0	0	0
Prótese ortopédica	0	0	0	0	0
Ressonância mag.	7	0	1	0	8
Tomografia	4	0	2	0	6
Videolaringoscopia	1	1	0	0	2
Total Geral	13	1	3	0	17

DEMONSTRATIVOS DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADAS.

II QUADRIMESTRE - 2020

Demonstrativos de procedimentos: Exames laboratoriais, consultas especializadas.					
MÉDIA ALTA COMPLEXIDADE					
Procedimentos	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Exames laboratoriais	0	77	649	1.091	1.817
Consultas/Especializadas	2	8	13	16	39
Cadastros Atualiz. CNS	50	60	76	85	271
Cirurgias Eletivas	3	1	4	2	10
Raio X	2	0	4	2	8
Cirurgia de catarata	4	2	4	3	13
Ultrassonografia	10	1	0	0	11
Biopsia de colo	0	0	7	0	7
Total geral	71	149	757	1.199	2.176

II QUADRIMESTRE – 2020

EQUIPAMENTO, PROCEDIMENTO E EXAMES					
Demonstrativos atendimentos especializados de média e alta complexidade					
Procedimentos	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Cadeira de rodas	0	0	0	4	4
Colete	0	0	5	0	5
Densitometria	0	1	0	0	1
Ressonância mag.	1	1	1	0	3
Tomografia	0	0	5	0	5
Total Geral	1	2	11	4	18

DEMONSTRATIVOS DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADAS.

III QUADRIMESTRE - 2020

Demonstrativos de procedimentos: Exames laboratoriais, consultas especializadas..					
MÉDIA ALTA COMPLEXIDADE					
Procedimentos	Set	Out	Nov	Dez	Total
Exames laboratoriais	1.228	2.124	1.930	1.216	6.498
Consultas/Especializadas	25	47	30	20	122
Cadastros Atualiz. CNS	70	80	90	60	300
Cirurgias Eletivas	4	13	11	10	38
Raio X	0	0	0	0	0
Cirurgia de catarata	1	0	1	0	2
Ultrassonografia	0	13	35	3	51
Biopsia de colo	0	0	0	0	0
Total geral	0	0	0	0	0
	1.328	2.277	2.097	1.309	7.011

III QUADRIMESTRE – 2020

EQUIPAMENTO, PROCEDIMENTO E EXAMES					
Demonstrativos atendimentos especializados de média e alta complexidade					
Procedimentos	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cadeira de banho	0	0	0	0	0
Cadeira de rodas	5	1	3	3	12
Colete	1	1	2	0	4
Densitometria	0	1	0	0	1
Prótese auditiva	0	0	0	0	0
Prótese ortopédica	0	0	0	0	0
Ressonância mag.	0	0	0	0	0
Tomografia	0	0	0	0	0
Videolaringoscopia	0	0	0	0	0
Total Geral	6	3	5	3	17

QUADRIMESTRAIS - 2020

Demonstrativos de procedimentos: Exames laboratoriais, consultas especializadas.				
MÉDIA ALTA COMPLEXIDADE				
Procedimentos	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Exames laboratoriais	2.839	1.817	6.498	11.154
Consultas/Especializadas	154	39	122	315
Cadastros CNS	405	271	300	976
Cirurgias Eletivas	37	10	38	85
Raio X	4	8	0	12
Cirurgia de catarata	11	13	2	26
Ultrassonografia	52	11	51	114
Biopsia de colo	0	7	0	7
Total geral	3.502	2.176	7.011	12.689

Obs.: Houve uma queda significativa na produção anual em especial no II quadrimestre, devido a paralisação dos serviços para evitar a contaminação pelo Covid- 19.

QUADRIMESTRAIS – 2020

EQUIPAMENTO, PROCEDIMENTO E EXAMES				
Demonstrativos atendimentos especializados de média e alta complexidade				
Procedimentos	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Cadeira de rodas	0	4	9	16
Colete	0	5	4	9
Densitometria	1	1	1	3
Ressonância mag.	8	3	0	8
Tomografia	6	5	0	11
Videolaringoscopia	2	-	0	2
Total Geral	17	18	14	49

OBS.: O número de **atendimentos e procedimentos nos I e II quadrimestre** tiveram uma queda na produção tanto na atenção primária como na média e alta complexidade, os serviços partes foram suspensos e os disponibilizados foram reduzidos, devido à **crise do novo coronavírus**.

Os serviços de saúde de média e alta complexidade como: consultas, exames especializados e outros procedimentos da PPI estão alocadas na regional e na capital Aracaju/SE. Devido à crise do novo coronavírus em cumprimento dos protocolos do MS, parte dos serviços foram suspensos, ficando apenas os essenciais como o tratamento de **quimioterapia/radioterapia e hemodiálise**.

BENEFICIÁRIOS COM TRANSPORTE PARA ITABAIANA E ARACAJU.

I QUADRIMESTRE

PACIENTES					
TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA					
Período	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Aracaju	06	06	06	06	24
Itabaiana	01	01	01	01	04
Total	07	07	07	07	28

TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA					
DEMONSTRATIVOS DE VIAGENS					
Período	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Total	20	20	60	13	113

II QUADRIMESTRE

PACIENTES					
TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA					
Período	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Aracaju	-	01	-	01	02
Itabaiana	02	02	02	02	08
Total	02	03	02	02	10

TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA					
DEMONSTRATIVOS VIAGENS					
Período	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Total	58	96	52	70	276

III QUADRIMESTRE

PACIENTES					
TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA					
Período	Set	Out	Nov	Dez	Total
Aracaju	-	01	-	1	01
Itabaiana	02	02	02	02	06
Total	02	03	02	03	07

TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA					
DEMONSTRATIVOS DE VIAGENS					
Período	Set	Out	Nov	Dez	Total
Aracaju	-	04	04	16	24
Itabaiana	56	56	48	24	184
Total	56	60	52	40	208

TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO (TFD).

O Tratamento Fora do Domicílio é regulamentado, no âmbito nacional, por meio da **Portaria SAS/GM no. 55, de 24 de setembro de 1999**, e na esfera estadual, por meio da CIB/BA no. 054- 055-056 e 117 de 2005 e 011 de 2006. Observa-se que muitas diretrizes foram ratificadas e aprimoradas através das Portarias no. 399, de 22 de fevereiro de 2006 e no. 648 de 28 de março de 2006. Segundo a Portaria GM no. 648, de 28 de março de 2006, no item 2, inciso IV, é da competência das Secretarias Municipais de Saúde a organização do "fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica".

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) é instituído pela Portaria nº. 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde) é um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem quando esgotado todos os meios de atendimento.

Tabela de pré-requisitos para pagamento do TFD a usuários do SUS.

QUANDO O TFD PODE SER AUTORIZADO	
Sim	Não
<p>Para pacientes atendidos na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS;</p> <p>Quando esgotados todos os meios de tratamentos dentro do município;</p> <p>Somente para municípios referência com distância superior a 50km do município de destino em deslocamento por transporte</p>	<p>Para procedimentos não constantes na tabela do SIA e SIH/SUS;</p> <p>Tratamento para fora do país;</p> <p>Para pagamento de diárias a pacientes durante o tempo em que estiverem hospitalizados no município de destino;</p> <p>Em tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso de Atenção Básica (PAB) ou em tratamentos de</p>

	longa
terrestre ou fluvial, e 200 milhas por transporte aéreo; Apenas quando estiver garantido o atendimento no município de referencia/destino, através do apazamento pela Central de marcação de Consultas e Exames especializados e pela Central de Disponibilidade de Leitos (horário e datas definidos previamente); Com exames completos, no caso de cirurgias eletivas; e com a referência dos pacientes de TFD explicitada na Programação Pactuada Integrada; PPI de cada município e na programação Anual do Município/Estado.	duração, que exijam a fixação definitiva no local do tratamento; Quando não for explicitado na Programação Pactuada Integrada – PPI dos municípios a referência de pacientes em Tratamento Fora de Domicílio; Para custeio de despesa de acompanhante, quando não houver indicação médica ou para custeio de despesas com transporte do acompanhante, quando este for substituído.

No município o TFD é pago aos portadores das patologias crônicas relacionadas abaixo:

- **Câncer e**
- **Insuficiência**
- **Renal Crônica**

Que necessitam de consultas e tratamento como: **Quimioterapia, Radioterapias e Hemodiálises**, essa ajuda também é paga aos acompanhantes dos pacientes. O valor da diária varia de acordo com a distância até o local do atendimento, no nosso caso, o valor de **R\$ 8,40** para cada 50 km, o valor total pago pelo município aos usuários destes serviços são de **R\$ 16,80** referente a cada diária.

I QUADRIMESTRE - 2020

BENEFICIÁRIOS TRATAMENTOS					
HEMODIÁLISE, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA					
PACIENTES					
Pacientes	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	TOTAL
	07	07	07	07	28

DIÁRIAS				
DEMONSTRATIVOS PAGAMENTOS AOS USUÁRIOS EM TRATAMENTO				
JAN	FEV	MARÇO	ABR	TOTAL
00	06	120	26	152

Primeiro Quadrimestre as tabelas acima evidenciam os atendimentos e diárias pagas aos pacientes beneficiados com o TFD em tratamento fora do município em 2020.

- Observa –se que nos dois primeiros meses não houve pagamento de diárias, no entanto foram para o mês de março.

II QUADRIMESTRE – 2020

BENEFICIÁRIOS EM TRATAMENTO					
HEMODIÁLISE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA					
PACIENTES					
PACIENTES	MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL
	03	03	04	04	14

DIÁRIAS				
DEMONSTRATIVOS PAGAMENTOS AOS USUÁRIOS EM TRATAMENTO				
MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL
58	96	52	70	276

Segundo Quadrimestre as tabelas acima apresentam o quantitativo de atendimentos e as diárias pagas aos pacientes beneficiados com o TFD em tratamento fora do município em 2020.

- *Observa-se no **II quadrimestre** o número de paciente diminui, mas as diárias tiveram um aumento significativo, visto que esses pacientes são de hemodiálise.

III QUADRIMESTRE - 2020

BENEFICIÁRIOS EM VIAGENS PARA TRATAMENTO HEMODIÁLISE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA					
PACIENTES					
Viagens	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
	04	04	04	03	15

PAGAMENTO DE DIÁRIAS TFD					
DEMONSTRATIVOS PAGAMENTOS AOS USUÁRIOS EM TRATAMENTO					
DIÁRIAS					
DIARIAS	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
	56	60	58	80	254

Terceiro Quadrimestre as tabelas acima expõem o quantitativo de atendimentos e as diárias pagas aos pacientes beneficiados com o TFD em tratamento fora do município em 2020.

- * Observa-se que o número de beneficiários se mantém constante e as diárias houve uma queda significativa.

QUADRIMESTRAIS – 2020

Os quadros abaixo apresentam as demandas atendidas em TFD.

BENEFICIÁRIOS DE VIAGENS PARA TRATAMENTO HEMODIÁLISE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA				
Pacientes acompanhados	I	II	II	TOTAL
		28	14	15

QUADRIMESTRAIS - 2020

PAGAMENTO DE DIÁRIAS TFD				
DEMONSTRATIVOS PAGAMENTOS DE DIARIAS AOS USUÁRIOS EM TRATAMENTO				
DIARIAS	I	II	III	TOTAL
		152	276	254

4.5 - PRODUÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

HÓRUS SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Para qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica nas três esferas do SUS, e contribuir para a ampliação do acesso aos medicamentos e da atenção à saúde prestada à população, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS) apresenta o **HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica**.

O Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), com a Secretaria Municipal de Saúde de Recife e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), desenvolveram um sistema informatizado denominado Hórus – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. O Hórus é uma importante ferramenta tecnológica utilizada para auxiliar os gestores de saúde na qualificação da assistência farmacêutica, bem como na transparência dos serviços prestados, tendo em vista as diretrizes traçadas pela **Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. O sistema foi desenvolvido em plataforma web possibilitando, assim, sua integração a outros sistemas do SUS.

OS OBJETIVOS DO HÓRUS SÃO:

Qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica nos municípios, nos estados e na União.

- ✓ Monitorar e avaliar as ações da Assistência Farmacêutica no País.
- ✓ Contribuir para o planejamento dos serviços.
- ✓ Conhecer o perfil I de acesso e utilização de medicamentos pela população.
- ✓ Otimizar os recursos financeiros.
- ✓ Qualificar a atenção à saúde prestada aos usuários do SUS.

- ✓ Oferecer uma base de dados para consolidar a elaboração de indicadores.
- ✓ Contribuir com a formação da Base Nacional de dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica no SUS.

O Hórus permite a comunicação entre os diferentes estabelecimentos de saúde do município e do estado que realizam serviços de assistência farmacêutica. Dessa forma, pode ser realizado o registro das movimentações de produtos nos almoxarifados / **Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)** e nas farmácias/unidades de saúde.

DEMONSTRATIVO CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

I QUADRIMESTRE DE 2020

FARMACIA BASICA		
CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA SOUZA		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
Janeiro	2.190	73.022
Fevereiro	1.770	55.335
Março	2.159	72.526
Abril	1.482	58.503
Total	7.601	259.386

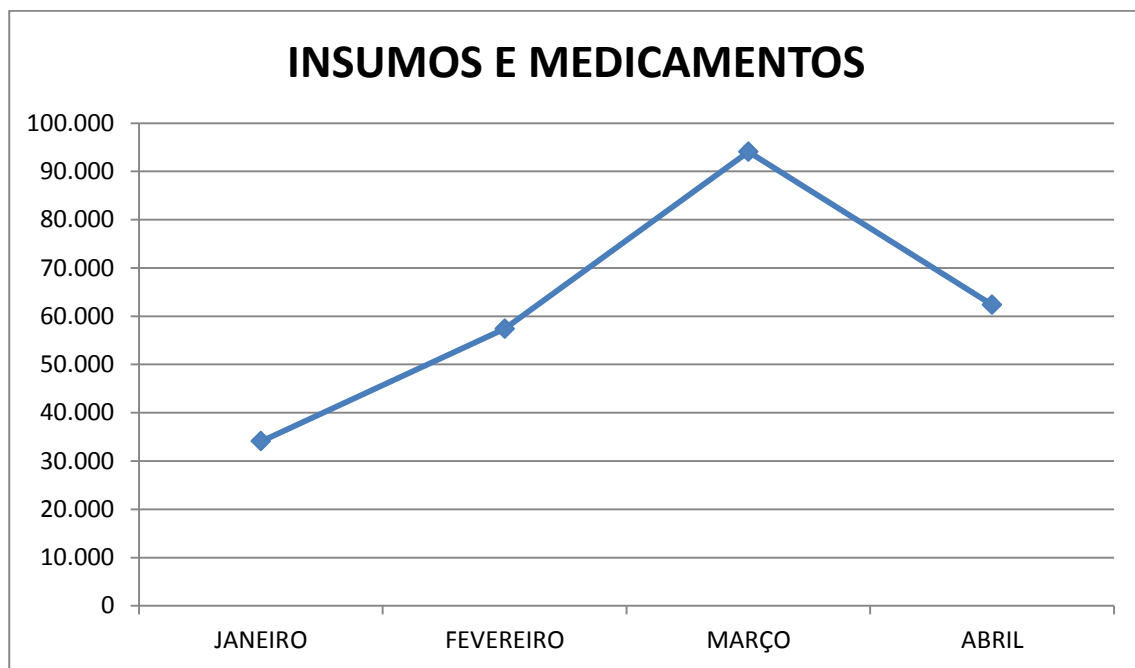
ALMOXARIFADO CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
Janeiro	10	649
Fevereiro	27	942
Março	08	537
Abril	16	327
Total	61	2.455

ALMOXARIFADO I CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA S. ANDRADE		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
Janeiro	37	513
Fevereiro	18	38
Março	10	36
Abril	08	125
Total	73	712

UNIDADE BASICA DE SAUDE POVOADO LAGOA DO ROÇADO		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
Janeiro	0	0
Fevereiro	31	670
Março	08	90
Abril	0	0

Total	39	760
--------------	-----------	------------

CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO					
QUANTITATIVO NO ALMOXARIFADO I					
FARMÁCIA HÓRUS DISPENSAÇÃO DE INSUMOS E MEDICAMENTOS					
PERIODO	Jan	Fev	Mar	Abri	Total
Total	34.229	57.394	94.048	62.347	248.018



DEMONSTRATIVO CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO
II QUADRIMESTRE DE 2020

FARMACIA BASICA		
CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA SOUSA		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
Maio	1.499	54.793
Junho	1.780	64.261
Julho	2.446	74.499
Agosto	1.878	60.712
Total	7.603	254.265

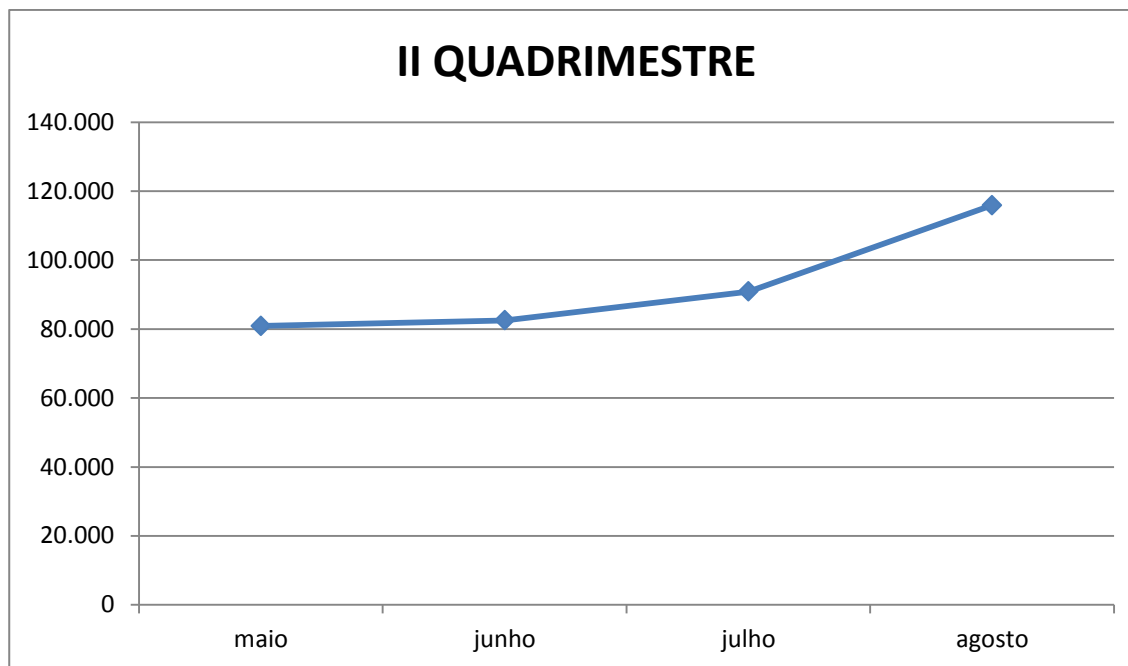
ALMOXARIFADO		
CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
Maio	10	231
Junho	23	1.015
Julho	18	461
Agosto	13	438
Total	64	2.145

ALMOXARIFADO I		
CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA S. ANDRADE		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados

Maio	14	185
Junho	03	77
Julho	05	133
Agosto	06	366
Total	28	761

UNIDADE BASICA DE SAUDE POVOADO LAGOA DO ROÇADO		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
Maio	0	0
Junho	0	0
Julho	210	5.867
Agosto	33	1.634
Total	243	7.501

CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO					
QUANTITATIVO NO ALMOXARIFADO CENTRAL					
FARMÁCIA HÓRUS DISPENSAÇÃO DE INSUMOS E MEDICAMENTOS					
PERIODO	Maio	Junho	Julho	Agosto	Total
Total	80.868	82.527	90.888	115.898	370.181



DEMONSTRATIVO CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

III QUADRIMESTRE DE 2020

FARMACIA BASICA		
CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA SOUSA		
QUANTITATIVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
Setembro	2.291	72.601
Outubro	1.691	53.881
Novembro	1.073	31.029
Dezembro	657	14.214
Total	5.712	171.725

ALMOXARIFADO		
CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
Setembro	14	6.641
Outubro	6	205
Novembro	10	12
Dezembro	12	662
Total	42	7.520

ALMOXARIFADO I		
CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA S. ANDRADE		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
Setembro	-	-
Outubro	-	-
Novembro	-	-
Dezembro	-	-
Total	-	-

UNIDADE BASICA DE SAUDE		
POVOADO LAGOA DO ROÇADO		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
Setembro	45	2.026
Outubro	-	-
Novembro	-	-
Dezembro	-	-

Total	45	2.026
--------------	-----------	--------------

CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO					
QUANTITATIVO NO ALMOXARIFADO CENTRAL					
FARMÁCIA HÓRUS DISPENSAÇÃO DE INSUMOS E MEDICAMENTOS					
PERÍODO	Set	Out	Nov	Dez	Total
Total	106.713	88.272	25.613	-	220.598

QUADRIMESTRAIS DE 2020

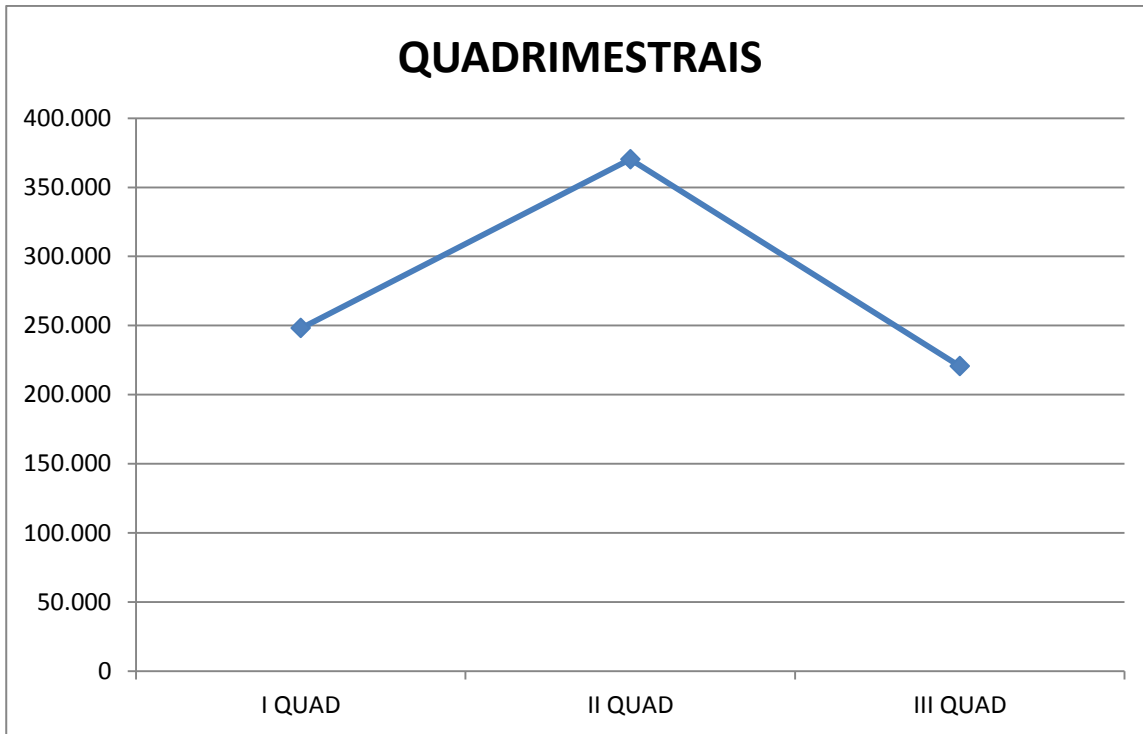
FARMACIA BASICA		
CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA SOUSA		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
I QUADRIMESTRE	7.601	259.386
II QUADRIMESTRE	7.603	254.265
III QUADRIMESTRE	5.712	171.725
TOTAL	20.916	685.376

ALMOXARIFADO		
CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
I QUADRIMESTRE	61	2.455
II QUADRIMESTRE	64	2.145
III QUADRIMESTRE	12	662
TOTAL	42	7.520

ALMOXARIFADO I		
CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA S. ANDRADE		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
I QUADRIMESTRE	73	712
II QUADRIMESTRE	28	761
III QUADRIMESTRE	-	-
Total	101	1.473

UNIDADE BASICA DE SAUDE		
POVOADO LAGOA DO ROÇADO		
QUANTITAVO		
Período	Usuários atendidos	Medicamentos dispensados
I QUADRIMESTRE	39	276
II QUADRIMESTRE	243	7.501
III QUADRIMESTRE	45	2.026
Total	327	9.830

CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO			
QUANTITATIVO NO ALMOXARIFADO CENTRAL			
FARMÁCIA HÓRUS DISPENSAÇÃO DE INSUMOS E MEDICAMENTOS			
I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
248.018	370.181	220.598	838.797



4.6. PRODUÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde corresponde ao processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. O seu propósito é o de subsidiar o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como a **prevenção** e **promoção** da saúde. (Resolução MS/CNS nº 588/2018)

Na legislação brasileira vigente, vigilância em saúde (VS) é definida como um processo contínuo e sistemático de coleta de dados, consolidação, análise e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento de medidas de políticas públicas. No âmbito municipal compete a vigilância a alimentação, monitoramento dos sistemas.

O Sistema Único de Saúde é um moderno modelo de organização de saúde, tendo seus eixos norteadores obedecendo a seus princípios e diretrizes. A Vigilância em Saúde destaca-se como um dos seus eixos enquadra-se na Saúde Pública, obedecendo assim, o princípio da descentralização, fortalecendo e valorizando os Municípios.

I QUADRIMESTRE

No âmbito municipal compete a vigilância a alimentação, monitoramento dos seguintes sistemas:

- Sistema de Informação de agravos e notificações - SINAN
- Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL
- Monitorização de Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)
- Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC)
- Sistema de informações sobre mortalidade – SIM
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI

Sistema de Informação de agravos e notificações – SINAN

Durante cada semana epidemiológica são registrados os dados no sistema de informação de notificação e agravos-SINAN local e online de acordo com os dados recebidos da equipe de saúde do município de Monte Alegre de Sergipe.

O Sistema Único de Saúde é um moderno modelo de organização de saúde, tendo seus eixos norteadores obedecendo a seus princípios e diretrizes. A Vigilância em Saúde destaca-se como um dos seus eixos que enquadra-se na Saúde Pública, obedecendo assim, o princípio da descentralização, fortalecendo e valorizando os Municípios.

A **Vigilância em Saúde** no estudo de **ARREAZA** et al (2010) foi descrita como um instrumento de saúde pública, relacionada a transmissão de doenças infecciosas objetivando o alerta e detecção dos primeiros sintomas. De acordo com o Ministério da Saúde a Vigilância em Saúde é uma observação contínua, apontando as doenças de maior incidência, contudo traçando um perfil de morbidade e mortalidade de uma população, baseando-se nos dados e informações coletadas (BRASIL, 2011).

A **FRIOCRUZ** destaca ainda que Vigilância em Saúde está relacionada às práticas dos saberes, da promoção e prevenção de doenças, nas diversas áreas do

conhecimento, abordando diversos temas, que se dá desde um planejamento até uma situação de saúde de uma população, dividindo-se entre as seguintes áreas: **Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Saúde do trabalhador e Vigilância Ambiental.** A epidemiologia pode ser definida como uma ciência que estuda uma sociedade, analisando os determinantes de saúde e propondo medidas de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2005). No entanto, FILHO et al, ressalva em seu estudo que a definição de epidemiologia pode ser uma tarefa árdua, devido a sua magnitude e abrangência. Mas podemos afirmar que a epidemiologia é uma ferramenta de suma importância para Saúde Pública.

Conforme o Ministério da Saúde a epidemiologia pode ser definida como um conjunto de ações que promovem conhecimento, objetivando a detecção/prevenção das mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, objetivando o controle de doenças e agravos com a finalidade de adotar medidas de promoção e prevenção das doenças (BRASIL, 2011).

DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

Epidemiologia é o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos problemas de saúde em populações humanas, bem como a aplicação desses estudos no controle dos eventos relacionados com saúde. É a principal **ciência de informação de saúde**, sendo a ciência básica para a saúde coletiva.

✓ EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA

- A **epidemiologia descritiva** estuda o comportamento das doenças em uma comunidade, em função de variáveis ligadas ao tempo (quando), ao espaço físico ou lugar (onde) e à pessoa (quem).

- O seu **objetivo** é responder onde, quando e sobre quem ocorre determinado problema de saúde, fornecendo elementos importantes para se decidir quais medidas de prevenção e controle são mais indicadas, além de avaliar se as estratégias utilizadas diminuíram ou controlaram a ocorrência de determinada doença.
- Objetivos da Epidemiologia

O objetivo geral da epidemiologia é reduzir os problemas de saúde na população. Na prática, ela estuda principalmente a ausência de saúde sob as formas de doenças e agravos.

APLICAÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA

- ✓ Informar a situação de saúde da população: Determinar as frequências, o estudo da distribuição dos eventos e o diagnóstico consequente dos principais problemas de saúde verificados, identificando também as partes da população que foram afetadas, em maior ou menor proporção;
- ✓ Investigar os fatores determinantes da situação de saúde: Realizar estudo científico das determinantes do aparecimento e manutenção dos danos à saúde na população;
- ✓ Avaliar o impacto das ações para alterar a situação encontrada: Determinar a utilidade e a segurança das ações isoladas dos programas de serviço de saúde

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - DESCRIÇÃO DE AGRAVOS

1 - Acidente de Trabalho

Acidente que ocorrer pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, ou perda, ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

2 - Atendimentos Antirrábico

A raiva é uma zoonose transmitida ao homem pela inoculação do vírus rábico contido na saliva do animal infectado, transmitida principalmente através da mordedura. O atendimento antirrábico, com uso da vacina e do soro faz parte do programa de profilaxia da raiva. No atendimento é analisado e realizada indicação de aplicação de vacina e soro antirrábico por um profissional de saúde devidamente capacitado, evitando assim o risco de adoecimento.

3 - Caxumba

A caxumba é uma infecção viral aguda, contagiosa. A transmissão ocorre por via aérea, através da disseminação de gotículas, ou por contato direto com saliva de pessoas infectadas. Os principais sintomas são: febre, dor e aumento de volume de uma ou mais glândulas salivares e, às vezes, glândulas sublinguais ou submandibulares. A vacinação é a única maneira de prevenir a doença.

4 – Chikungunya

A Febre de Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus. A transmissão se dá através da picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes Aegypti* e *Aedes Albopictus* infectadas pelo CHIKV. Os sinais e sintomas são clinicamente parecidos aos da dengue – febre de início agudo, dores articulares e musculares, cefaleia, náusea, fadiga e exantema. A principal manifestação clínica que a difere são as fortes dores nas articulações. Embora Chikungunya não seja uma doença de alta letalidade, tem elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, que pode levar à

incapacidade e, conseqüentemente, redução da produtividade e da qualidade de vida.

5 – Dengue

Principal problema de saúde pública atual, é uma doença viral aguda transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. Na maioria dos casos, os sintomas são leves e autolimitados. Contudo, uma pequena parcela dos infectados evolui para doença grave. Vale ressaltar que é a doença viral que mais se espalha no mundo e possuem quatro sorotipos (**DENV 1, 2, 3 e 4**), todos com circulação no Brasil. A infecção por um sorotipo gera imunidade permanente para ele. No entanto, uma segunda infecção - por outro sorotipo - é um fator de risco para o desenvolvimento da forma grave da doença. Normalmente, a primeira manifestação da dengue é a febre alta (39° a 40°C), de início abrupto, que geralmente dura de 2 a 7 dias, acompanhada de dor de cabeça, dores no corpo e articulações, além de prostração, fraqueza, dor atrás dos olhos, erupção e coceira na pele. Perda de peso, náuseas e vômitos são comuns. A forma de prevenção mais eficaz contra a dengue é acabar com o mosquito, mantendo o domicílio sempre limpo e eliminando os possíveis criadouros.

6-Sarampo

Sarampo é uma doença infecciosa grave, causada por um vírus, que pode ser fatal. Sua transmissão ocorre quando a doente tosse, fala, **espirra** ou **respira próximo** de outras pessoas. A **única maneira** de evitar o sarampo é pela vacina. Em torno de **3 a 5 dias**, podem aparecer outros sinais e sintomas, como **manchas vermelhas no rosto e atrás das orelhas** que, em seguida, se espalham pelo corpo. Após o aparecimento das manchas, a persistência da febre é um sinal de alerta e pode indicar gravidade, principalmente em crianças **menores de 5 anos** de idade.

Os principais sintomas do sarampo são:

- Febre acompanhada de tosse;
- Irritação nos olhos;
- Nariz escorrendo ou entupido;
- Mal-estar intenso;
- Dores locais: nos músculos;
- Tosse: forte ou seca;
- No corpo: fadiga, febre, mal-estar ou perda de apetite;
- No nariz: nariz escorrendo, vermelhidão ou espirros;
- Na pele: erupções ou manchas vermelhas;
- Também é comum: conjuntivite, dor de cabeça, dor de garganta, inchaço dos gânglios, irritação nos olhos ou sensibilidade à luz.

7 – Sífilis

É uma doença infecciosa causada pela bactéria **Treponema pallidum**. Podem se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença. Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre da gestação e no momento do parto (independentemente de exames anteriores). O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental.

8 - Toxoplasmose

E uma infecção provocada pelo **protozoário** *Toxoplasma gondii*. Não é transmissível de pessoa para pessoa. Diversos animais podem transmitir a doença para os seres humanos: gatos, suínos, caprinos, bovinos, aves e **animais silvestres**, mas aparentemente não ficam doentes. A transmissão ao homem ocorre pela ingestão de carnes malcozidas (boi e porco) ou contato com fezes de animais contaminados. Há uma possibilidade remota de se contrair a doença mais diretamente pelo contato

com fezes de gato. Pode ocorrer transmissão também pela **transfusão de sangue** e transplante de órgãos de pacientes contaminados. Os principais sintomas são: febre, gânglios aumentados, hepatoesplenomegalia (aumento do **fígado e baço**), podendo evoluir para **pneumonia** e **encefalite**. A toxoplasmose congênita pode ocasionar no feto alterações oculares, **hidrocefalia, microcefalia**, retardo mental, **convulsões, anemia**, problemas no fígado e mais raramente podem ocorrer o aborto e natimorto. O diagnóstico é feito através da pesquisa das Imunoglobulinas IgM e IgG que vão demonstrar a presença de **anticorpos** específicos para a doença. As mulheres grávidas devem realizar o exame no pré-natal e se for detectada a doença, pode ser feita uma análise do líquido amniótico (amniocentese), para detecção da doença no feto. Quando há suspeita de toxoplasmose cerebral, um simples exame de imagem é suficiente para confirmar o diagnóstico. Em pacientes imunocompetentes, a doença regride espontaneamente. Em pacientes imunodeprimidos, o tratamento é feito com antibióticos ao longo de seis semanas. Mulheres grávidas são tratadas com espiramicina até o final da gravidez.

9 – Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. No Brasil, a doença é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. O principal reservatório da tuberculose é o ser humano. O principal sintoma da tuberculose é a tosse na forma seca ou produtiva. Por isso, recomenda-se que todo sintomático respiratório - pessoa com tosse por três semanas ou mais - seja investigado. Há outros sinais e sintomas que podem estar presentes, como febre vespertina, sudorese noturna, emagrecimento e cansaço/fadiga. A forma extrapulmonar ocorre mais comumente em pessoas que vivem com o HIV/AIDS, especialmente entre aquelas com comprometimento imunológico. A transmissão da tuberculose é plena enquanto o indivíduo estiver eliminando bacilos. Com o início do esquema terapêutico adequado, a transmissão tende a diminuir gradativamente e, em geral, após 15 dias de tratamento chega a níveis insignificantes. A principal maneira de prevenir a tuberculose em crianças é com a vacina BCG (Bacillus Calmette Guérin), ofertada gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS).

10 -Tentativa de suicídio

Quanto à tentativa de suicídio, justifica-se a inclusão desse agravo na lista de agravos de notificação imediata pelo município, considerando a importância de tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize, pois as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes.

É imprescindível articular a notificação do caso à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento, seja via ficha de notificação imediata da tentativa de suicídio, e-mail ou telefone (com envio posterior da ficha de notificação) com o encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde. Isso inclui acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso.

Para medidas de prevenção, é importante que todos profissionais fiquem atentos aos sinais que indicam que uma pessoa possa estar vulnerável à tentativa de suicídio, como: tentativas anteriores de suicídio, transtorno mental, doenças graves, isolamento social, ansiedade e desesperança, crise conjugal e familiar, situações de luto, perda ou problemas no emprego e facilidade de acesso aos meios. O suicídio é a expressão final de um processo de crise. É importante também sensibilizar profissionais de outros setores, tais como: educação, segurança pública, assistência social e a população em geral sobre esse problema de saúde, com vistas a preveni-lo.

11 - Violência interpessoal/provocada

As violências são eventos considerados intencionais e compreende a agressão, o homicídio, a violência sexual, a negligência/abandono, a violência psicológica, a lesão autoprovocada, entre outras.

12 – Zika Vírus

Doença causada por um vírus do gênero flavivirus, família flaviviridae, transmitida, principalmente, pelos mosquitos *Aedes Aegypti* e *Aedes Albopictus* doença febril aguda, autolimitada, com duração de três a sete dias, geralmente sem complicações graves. Porém há registro de mortes e manifestações neurológicas, além de causar a microcefalia. Os principais sintomas da Zika são semelhantes aos de outras infecções por arbovírus, como a dengue, e incluem febre, erupções cutâneas, conjuntivite, dores nos músculos e nas articulações, mal-estar ou dor de cabeça. Estes sintomas são, normalmente, ligeiros e duram de dois a sete dias, não existe tratamento específico para febre por Zika. O tratamento dos casos sintomáticos recomendado é baseado para o controle da febre e manejo da dor.

13 – Covid-19

Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias. **O novo agente do Coronavírus foi descoberto em 31/12/19** após casos registrados na China. Provoca a doença chamada de coronavírus (COVID-19). Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa. A maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas a se infectarem com o tipo mais comum do vírus. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus **229E** e **NL63** e beta coronavírus **OC43**, **HKU1**.

A **Covid-19** é uma doença causada pelo coronavírus **SARS-CoV-2**, que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. De acordo com a **Organização Mundial de Saúde (OMS)**, a maioria dos pacientes com COVID-19 (cerca de 80%) podem ser assintomáticos e cerca de 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e desses casos aproximadamente 5% podem necessitar de suporte para o tratamento de insuficiência respiratória (suporte ventilatório).

NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS

De acordo com as **Portarias nº 204 e Portaria 205**, de fevereiro de 2016, do Ministério da Saúde. As notificações compulsórias são obrigatórias, são metas pactuadas a serem cumpridas de acordo com os indicadores do SISPACTO, além de ser feitas através do **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. A ocorrência de casos novos de uma doença (transmissível ou não) o agravo (inusitado ou não), passível de prevenção e controle pelos serviços de saúde, indica que a população está sob-risco e pode representar ameaças à saúde e precisam ser detectadas e controladas ainda em seus estágios iniciais. A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados na Portaria, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes. Além disso, alguns eventos ambientais e doenças ou morte de determinados animais também se tornaram de notificação obrigatória. É obrigatória a notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública constantes nas **Portarias nº 204 e Portaria 205**, de fevereiro de 2016, do Ministério da Saúde. As notificações são feitas através do **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (BRASIL, 2016)**.

DEMONSTRATIVOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN

I QUADRIMESTRE

Agravos	Jan	Fev	Mar	Abril	Total
Acidente Anim. Peçonhentos	0	1	1	2	04
Acidente Trabalho exposição a material biológico	0	0	0	1	01

Atendimento Anti-rábico	8	6	6	4	24
Covid -19	0	0	0	0	0
Dengue	1	2	2	1	06
Hanseníase	2			1	03
Intoxicação Exógena	0	0	0	2	02
Sífilis em adulto	0	0	0	2	02
Sífilis em gestante	0	1	1	1	03
Tuberculose	0			1	01
Violência Inter/Auto Prov. Doméstica	0	1	1	1	03
TOTAL	11	11	11	16	49

Fonte: SINAN 2020

II QUADRIMESTRE

Agravos	Mai	Junho	Julho	Agosto	Total
Acidente Anim. Peçonhentos	1	1	0	4	6
Acidente Trab. Exp. mat biolog	0	0	0	0	0
Atendimento Anti-rábico	6	5	4	6	21
Covid - 19	15	29	159	81	284
Dengue	0	0	0	0	0
Hanseníase	0	3	0	0	3
Intoxicação Exógena	0	1	0	0	1
Sífilis em adulto	3	0	1	0	4
Sífilis em gestante	0	0	1	0	1
Tuberculose	1	0	1	0	2
Violência Inter/Auto Prov. Doméstica	1	2	4	0	7
Zika	0	0	0	01	01
TOTAL	27	41	170	92	329

Fonte: SINAN 2020

Como observado na tabela acima teve um número significativo de notificações dos agravos de atendimento antirrábico, algo que é considerado positivo, pois à medida que esses casos são notificados a equipe acompanhar o usuário, possibilitando um

desfecho com uma evolução favorável do quadro da doença do usuário e é a partir desses dados que possibilita o direcionamento de ações preventivas.

O item 11 será discutido no relatório circunstanciado. Segue anexado relatório de consulta no **SINAN** por mês.

2.1 Ações frente às doenças e agravos No quadrimestre a maioria das ações realizadas foi voltada para o agravo Hanseníase no mês de Janeiro, e ações ao combate de combate ao aedes o qual teve continuidade durante todo período de pandemia as quais serão especificadas pelo núcleo de endemias, mas como podemos observar pelos números houve bastante efetividade. Aos demais agravos foram realizados acompanhamento dos usuários pelas equipes de estratégias de saúde da família e seu tratamento.

2.2 Alimentação do SINAN Segue a regularidade de realização de notificações e envio de Lote por semana epidemiológica para SINAN referente ao 1º Quadrimestre de 2020, conforme relatório disponibilizado no SAPSS – Sistema de acompanhamento de produção do **SISNET/SINAN**.



Como mostra o relatório de acompanhamento de alimentação do SINAN todas as semanas foram alimentadas, porém nas semanas 01 não houve notificação individual, ou seja, nenhuma das três unidades teve notificação individual, mas nas demais semanas pelo uma unidade teve e a grande maioria das notificações individuais ocorreu na Clínica de Saúde da Família Marieta Souza Andrade por esta está localizada na cidade e ser realizado na mesma o pronto atendimento 24h.

III QUADRIMESTRE

Agravos	Set	Out	Nov	Dez	Total
Acidente Anim. Peçonhentos	-	04	-	-	04
Acidente Trab. Exp. mat biolog	-	-	-	-	-
Atendimento Anti-rábico	04	01	01	01	07
Covid - 19	-	-	-	-	-
Dengue	-	-	-	-	-
Hanseníase		01		-	01
Intoxicação Exógena	-	02	01	-	03
Sífilis em adulto	-	-	01	01	02
Sífilis congênita	-	01	-	-	01
Sífilis em gestante	01	01	01	-	03
Tuberculose	-	-	-	-	-
Violência Inter/Auto Provocada	02	02	01	-	05
Zika	-	-	-	-	-
TOTAL	07	12	05	-	26

Fonte: SINAN 2020

UF:

Município:

Data Início:

Data Fim:

UTILIZAÇÃO DO SISNET NO MUNICÍPIO - MONTE ALEGRE DE SERGIPE

Semana	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª
Status	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Há lotes enviados no período previsto do calendário de transferência

Não há lotes enviados neste período

Período flexibilizado

Período ainda não alcançado

Lotes Recebidos: 17

DADOS DA REGULARIDADE

Semanas regulares: 11

Semanas irregulares: 6

Semanas flexibilizadas: 0

% de Regularidade: 64.71%

Secretaria de Vigilância em Saúde
 Departamento de Vigilância Epidemiológica
 Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde



Secretaria
 Executiva



República Federativa do Brasil Sistema de Informação de Agravos de Notificação Página: 1
Ministério da Saúde
SMS - MONTE ALEGRE DE SERGIPE Relatório de Acompanhamento de Alimentação do Sinan

Ocorrência de Notificação por Semana Epidemiológica
Ano: 2020 Da Semana: 01 Até Semana: 10
UF: SE Município: MONTE ALEGRE DE SERGIPE
Unidade:

Semana	Individual	Surto	Epizootia	Negativa	Sem notificação informada
202001				X	
202002	X			X	
202003	X			X	
202004	X			X	
202005	X			X	
202006	X			X	
202007	X			X	
202008	X			X	
202009	X			X	
202010	X			X	
202011	X			X	
202012	X			X	
202013	X			X	
202014	X			X	
202015	X			X	
202016	X			X	
202017	X			X	
202018	X			X	

Podemos concluir que mesmo o envio dos lotes não encaminhados no período oportuno à alimentação do SINAN encontra-se regularizada.

5. Relatório do **LACEN** O laboratório central de Sergipe dar suporte ao município realizando análise de exames os quais são coletados pelo município, exemplo em tempos de pandemia realiza a investigação do novo Coronavírus por meio da biologia molecular – **RT-PCR**.

I QUADRIMESTRE DE 2020

TABELAS DE MONITORAMENTO COM AMOSTRAS ENVIADAS AO LABORATORIO CENTRAL - LACEN.

AGRAVOS	Jan	Fev	Mar	Abri	Total
Chikungunya	2	5	0	0	07
Hanseníase	2	2	0	0	04
Hepatite C	23	15	13	0	51
Toxoplasmose IGG	36	21	24	0	81
Toxoplasmose IGM	36	21	24	0	81
Tuberculose	5	0	0	0	05
Zika IGM	5	2	0	0	07
Total	109	66	61	0	236

II QUADRIMESTRE DE 2020

AGRAVOS	Mai	Junho	Julho	Agost o	Total
Covid - 19	06	55	256	89	406
Dengue	0	0	0	01	01
Chikungunya	0	0	0	0	0
Hanseníase	01	0	01	02	04
Hep C Anti HCV/ELISA	0	0	0	06	06
Toxoplasmose IGG	0	0	0	16	16
Toxoplasmose IGM	0	0	0	16	16
Tuberculose	0	03	0	0	03
Zika IGM	0	0	0	01	01
Total	07	58	257	131	453

III QUADRIMESTRE DE 2020

2.0 AÇÕES FRENTE ÀS DOENÇAS E AGRAVOS

EXAMRES ENCAMINHADOS AO LACEN					
EXAME	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Chikungunya biologia molecular	01	00	00	-	01
Chikungunya IgG/IgM	01	00	02	03	06
Coprocultura	00	01	00	01	02
COVID-19, Biol Molecular/RTTR	36	13	10	17	76
Dengue, IgM/ELISA	02	00	01	03	06
Epstein barr, IgM, IgG	00	00	02	-	02
Hanseníase/COLZN	02	04	01	02	09
Hepatite B	20	00	13	08	41
Hepatite C, Anti HCV/ELISA	20	00	13	08	41
HIV/ELISA	21	00	12	08	41
Sífilis total/Elisa	21	00	12	08	41
Toxoplasmose, IgG/ELISA	21	00	20	08	49
Toxoplasmose, IgM/ELISA	21	00	17	08	46
Tuberculose, T R Mol/PCRTR	00	00	01	02	03
Zika, biologia molecular	01	00	00	03	04
Zika, IgM/ELISA	01	00	01	01	03

Fonte: GAL/2020.

2.0 Ações frente às doenças e agravos

Diante da realidade apresentada foram tomadas as devidas providências no sentido de intensificar as ações na perspectiva de identificar as causas, tratar os doentes, prevenir para não aparecer novos casos e acompanhar os casos já notificados bem como, realizar a busca ativa para realização diagnóstico precoce dos agravos a

saúde e intensificar a notificação dos casos suspeitos, visto que ainda existir alguns casos subnotificados.

Em termos de doenças transmissíveis, uma preocupação importante refere-se aos casos diagnosticados de Sífilis, principalmente quando os casos acontecem nas gestantes, visto que o diagnóstico e tratamento tardio ou inadequado resultarem em transmissão vertical elevando os casos de sífilis congênita, sendo esta uma condição de maior gravidade e muitas das vezes com sequelas irreparáveis. Nessa situação faz-se necessário a importância de intensificar a realização dos testes rápidos para detecção precoce da Sífilis, Hepatite B e D e HIV principalmente no primeiro trimestre da gestação. Dentre esses agravos notificáveis merece uma atenção especial a Hanseníase, visto ser uma doença endêmica no município de Monte Alegre e com isso é necessário intensificar campanhas para diagnosticar precocemente essas pessoas para iniciar tratamento imediatamente, fazer o bloqueio nos comunicantes através da administração da vacina BCG e com isso interromper a cadeia de transmissão e minimizar as possíveis sequelas deixadas pela doença, durante o terceiro quadrimestre ocorreu um desabastecimento da medicação para o tratamento multibacilar, devido problemas de transporte da carga. O percentual de cura dos casos novos de hanseníase em 2020 notificados não tem como ter, pois, os pacientes estão ainda em tratamento.

1.1. Alimentação do SINAN

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é, alimentado, semanalmente de acordo com as semanas epidemiológicas, principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016), embora não havendo agravos para notificação, deve-se fazer a notificação negativa.

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.

Segue a regularidade de realização de notificações e envio de Lote por semana epidemiológica para SINAN referente ao 3º Quadrimestre de 2020, conforme relatório disponibilizado no SAPSS – Sistema de acompanhamento de produção do SISNET/SINAN.

UF: Município: Data Início: Data Fim:

Pesquisar

UTILIZAÇÃO DO SISNET NO MUNICÍPIO - MONTE ALEGRE DE SERGIPE

Semana	19ª	20ª	21ª	22ª	23ª	24ª	25ª	26ª	27ª	28ª	29ª	30ª	32ª	34ª	35ª	36ª
Status	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓

Há lotes enviados no período previsto do calendário de transferência
 Não há lotes enviados neste período
 Período flexibilizado
 Período ainda não alcançado

Lotes Recebidos: 16

DADOS DA REGULARIDADE

Semanas regulares: 8
 Semanas irregulares: 8
 Semanas flexibilizadas: 0
 % de Regularidade: 50.00%

Como mostra o relatório de acompanhamento de alimentação do SINAN nem todas as semanas foram alimentadas em tempo oportuno, porém como mostra a planilha a seguir de acompanhamento da alimentam do SINAN não existe semanas com pendencias, todas foram alimentadas, ou seja, o município não consta pendencias.

Como podemos analisar a planilha a seguir apenas na semana 35,38,39,42 e 47 não houve nenhuma notificação individual, sendo gerada a negativas para as 3 unidade básica de saúde cadastradas.



Ocorrência de Notificação por Semana Epidemiológica

Ano: 2020

Da Semana: 35

Até Semana: 48

UF: SE

Município: MONTE ALEGRE DE SERGIPE

Unidade:

Semana	Individual	Surto	Epizootia	Negativa	Sem notificação informada
202035				X	
202036	X			X	
202037	X			X	
202038				X	
202039				X	
202040	X			X	
202041	X			X	
202042				X	
202043	X			X	
202044	X			X	
202045	X			X	
202046	X			X	
202047				X	
202048	X			X	

Podemos concluir que mesmo o envio dos lotes não encaminhados no período oportuno à alimentação do SINAN encontra-se regularizada.

QUADRIMESTRAIS - 2020

AGRAVOS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Covid – 19 teste rápido	0	406	-	406
Coprocultura	-	-	02	02
Dengue	0	01	6	07
Dengue, IgM/ELISA	-	-	1	01
Chikungunya IGM	07	0	6	13
Chikungunya IGG	-	-	6	6
Chikungunya biologia molecular	-	-	1	1
Epstein barr, IgM, IgG	-	-	02	02
Hanseníase/COLZN	-	-	09	09
Hanseníase	04	04	-	08
Hep C Anti HCV/ELISA	51	06	41	98
Hepatite B	-	-	41	41
HIV/ELISA	-	-	33	33

Toxoplasmose IGG	81	16	49	146
Toxoplasmose IGM	81	16	46	143
Tuberculose	05	03	-	8
Tuberculose, Teste Rápido Molecular/PCRTR	1	1	1	3
Zika IGM	07	01	3	11
Zika, biologia molecular	-	-	04	04
COVID-19, Biologia Molecular/RTTR	36	13	76	125
Dengue, IgM/ELISA	02	00	01	03
Hanseníase/COLZN	02	04	01	07
Hepatite C, Anti HCV/ELISA	20	00	13	33
Toxoplasmose, IgG/ELISA	21	00	20	41
Toxoplasmose, IgM/ELISA	21	00	17	38
Zika, IgM/ELISA	01	00	01	02
Zika, biologia molecular	01	00	00	01
Sífilis total/Elisa	21	00	41	62
HIV/ELISA	21	00	41	62
Hepatite B	20	00	13	33
Epstein barr, IgM, IgG	00	00	02	02
Chikungunya IgG/IgM	01	00	02	03
Chikungunya biologia molecular	01	00	00	01
Coprocultura	00	01	00	01
TOTAL	405	472	478	1.355

Fonte: GAL/2020.

6. Monitorização de Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) É um sistema para facilitar a tabulação dos dados da Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) produzidas pela Unidade de Saúde, esse instrumento é ágil e simplificado e permite detectar alterações no comportamento das doenças diarreicas (DDA), visando recomendar medidas de prevenção e controle e avaliar o impacto das ações desenvolvidas pelas equipes de estratégia de saúde da família.

I QUADRIMESTRE

Tabela de monitoramento dos casos de doenças diarreicas aguda.

Semana	Faixa Etária						Plano de Tratamento					Nº de US com MDDA implantada	Nº de US que informou	%
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 +	IGN	Total	A	B	C	IGN	Total			
01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
03	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	3	100,00
04	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	2	3	3	100,00
05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
09	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	3	3	100,00
10	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2	3	3	100,00
11	0	1	1	1	0	3	2	1	0	0	3	3	3	100,00
12	0	0	1	4	0	5	0	5	0	0	5	3	3	100,00
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
14	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	3	3	100,00
15	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	3	3	100,00
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
17	1	0	0	2	0	3	3	0	0	0	3	3	3	100,00
18	0	0	0	2	1	3	0	2	0	1	3	3	3	100,00
Total Geral	2	5	6	43	6	62	15	34	4	9	62	-	-	-

5. Sistema de informação de Nascido Vivo O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), reuni informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território municipal. O intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à

gestante e ao recém-nascido, assim como a assistência que é prestada pelas equipes de estratégia de saúde da família. Tabela de Nascidos Vivos.

I QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Nascidos vivos	16	17	25	24	82
Pré-natal 7 ou + consultas	11	10	19	20	60
Feminino	08	08	11	10	37
Masculino	08	09	14	14	45
IG 37 a 41s	16	16	23	23	78
<19 anos	04	06	08	10	28

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

Data da consulta

II QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Maio	Junho	Julho	Agosto	Total
Nascidos vivos	25	19	21	11	76
Pré-natal 7 ou + consultas	17	13	17	09	56
Feminino	11	11	08	04	34
Masculino	14	08	13	05	38
IG 37 a 41s	24	15	20	11	70
<19 anos	02	01	01	0	04

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

III QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Set	Out	Nov	Dez	Total
Nascidos vivos	21	19	06	11	57
-Pré-natal 7 ou + consultas	14	13	05	-	32
Feminino	09	10	05	-	24
Masculino	12	09	01	-	22
IG 37 a 41s	18	16	05	-	39
<19 anos	05	04	01	-	10
NV no município	01	02	00	-	03

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

QUADRIMESTRAIS				
U.F- Sergipe	I QUAD	II QUAD	III QUAD	Total
Nascidos vivos	82	76	57	214
Pré-natal 7 ou + consultas	60	56	32	148
Feminino	37	34	24	95
Masculino	45	38	22	65
IG 37 a 41s	78	70	39	187
<19 anos	28	04	10	42
NV no município	-	-	03	03

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

Como podemos observar a tabela acima metade das gestantes é adolescente, em sua grande maioria estão sendo acompanhada pelas equipes de estratégia de saúde da família, pois apresentam 07 ou mais consultas de pré-natal como se é preconizado, porém ocorreu pelo ao menos 01 parto de prematuro em cada mês do quadrimestre, como isso, é interessante ser avaliado os acompanhamentos de pré-natal de alto risco. Segue relatório em anexo do **SINAS0C**.

6. Sistema de Informação de óbitos O Sistema de Informações sobre Mortalidade (**SIM**) é utilizado para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no município, subsidia as diversas esferas de atuação na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

I QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Nº óbitos	07	06	03	02	18
Masculino	06	05	02	0	13
Feminino	01	01	01	02	05
Ocorreu no município	04	03	02	02	11
>60	06	02	03	02	13

II QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Mai	Junho	Julho	Agosto	Total
Nº óbitos	01	04	13	02	20
Masculino	01	01	06	02	10
Feminino	0	03	07	04	14
Ocorreu no município	0	02	05	04	11
>60 anos	0	02	09	05	16
<05 anos	0	0	01	0	01

III QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Set	Out	Nov	Dez	Total
Nº óbitos	08	06	07	05	26
Masculino	05	01	04	03	13
Feminino	03	05	03	02	13
Ocorreu no município	05	03	06	05	19
>60 anos	05	02	07	03	17

<05 anos	01	01	00	-	02
----------	----	----	----	---	-----------

QUADRIMESTRAIS				
U.F- Sergipe	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Nº óbitos	18	20	26	64
Masculino	13	10	13	36
Feminino	05	14	13	30
Ocorreu no município	11	11	19	41
>60 anos	13	16	17	46
<05 anos	0	01	02	03

Com base na tabela acima e no relatório do SIM, observamos que tiveram uma expectativa de vida da maior parte dos óbitos 60 anos ou mais e sendo que dois deste apresentavam idade 92 anos e 100 anos de idade, sendo a senilidade presente nesses óbitos, além disso, outro dado que chamou atenção foi à causa básica de 03 de estes óbitos serem o **infarto agudo do miocárdio - IAM** (CID: I219). Outro dado observado é o sexo o qual o masculino teve maior prevalência. Segue anexo com relatório do SIM.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO.

A cobertura vacinal para crianças de >1 ano e menos em Monte Alegre de Sergipe pelo Ministério da Saúde (MS), preconizada pelo MS, que é imunizar no mínimo 95% dessa população.

7. Cobertura Vacinal Segue tabela com cobertura vacinal de todos os imunobiológico por dose aplicadas no município, observamos que a cobertura vacinal de para crianças menores de 2 anos de idade pentavalente, poliomielite, tríplice viral e pneumocócica 10- valente estávamos mantendo uma cob. Acumulada dentro do esperado nos dois primeiros meses, porem quando observamos março e abril essa cobertura apresenta uma queda, o que está associado ao período vivido no momento (pandemia ao novo Coronavírus), visto, essa analise, para manter o alcance desse indicador nos 100% de cobertura vacinal, será realizado no segundo e terceiro quadrimestre busca ativas dessas crianças.

VACINAÇÃO INFULENZA -VACINOMETRO

Campanha Nacional de Vacinação Contra Influenza 2020 VACINOMETRO



População	3.327
Códex Aplicados	3.432
Cobertura Vacinal	102,24%
População Atual	3328
Região	NOROESTE
Muni	MONTEALEGRE
UF	SE - SERGIPE
Macro Regional	43 - UF-SE
Região	4 - REGIÃO NOROESTE
Município	28040 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE

Fonte: SINASC/SUSMI

Usuário: ANA PAULA BATISTA DOS
SANTOS

Instituição: MONTE ALEGRE DE SERGIPE - VIVA MUNICIPAL

Versão: 3.1

I QUADRIMESTRE – 2020 RELATÓRIO DO SIPNI

Imunobiológico	Pop	D- Jan	Cob - Jan	Cob Acum- Jan	D- Fev	Cob - Fev	Cob Acum- -Fev	D - Mar	Cob - Mar	Cob Acum- Mar	D - Abr	Cob - Abr	Cob Acum- Abr
BCG	236	4	20,34	20,34	1	5,08	12,71	0	0	8,47	4	20,34	11,44
DTP - 01 ano(1º REF)	236	24	122,03	122,03	2	10,17	66,1	42	213,56	115,25	32	162,71	127,12
DTP - 4 anos(2º REF)	272	16	70,59	70,59	1	4,41	37,5	29	127,94	67,65	11	48,53	62,87
FA(< 1 ano)	236	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HPV - D1(10 anos)	154	3	23,38	23,38	5	38,96	31,17	4	31,17	31,17	0	0	23,38
HPV - D1(11 anos)	160	1	7,5	7,5	2	15	11,25	1	7,5	10	0	0	7,5
HPV - D1(12 anos)	163	1	7,36	7,36	3	22,09	14,72	2	14,72	14,72	0	0	11,04
HPV - D1(13 anos)	161	0	0	0	2	14,91	7,45	0	0	4,97	0	0	3,73
HPV - D1(9 anos)	149	10	80,54	80,54	12	96,64	88,59	7	56,38	77,85	2	16,11	62,42
HPV - D2(10 anos)	154	5	38,96	38,96	2	15,58	27,27	0	0	18,18	1	7,79	15,58
HPV - D2(11 anos)	160	3	22,5	22,5	1	7,5	15	4	30	20	0	0	15
HPV - D2(12 anos)	163	1	7,36	7,36	3	22,09	14,72	1	7,36	12,27	1	7,36	11,04
HPV - D2(13 anos)	161	1	7,45	7,45	0	0	3,73	0	0	2,48	0	0	1,86
HPV - D2(9 anos)	149	4	32,21	32,21	2	16,11	24,16	3	24,16	24,16	1	8,05	20,13
Hepatite A	236	27	137,29	137,29	12	61,02	99,15	22	111,86	103,39	28	142,37	113,14
Hepatite B(<1 ano)	236	24	122,03	122,03	16	81,36	101,69	12	61,02	88,14	19	96,61	90,25
Hepatite B(<30 dias)	236	4	20,34	20,34	2	10,17	15,25	0	0	10,17	5	25,42	13,98
Meningocócica Conj.C(1 ano)	236	40	203,39	203,39	9	45,76	124,58	26	132,2	127,12	21	106,78	122,03
Meningocócica Conj.C(9 anos)	307	0	0	0	1	3,91	1,95	0	0	1,3	0	0	0,98
Meningocócica Conj.C(< 1 ano)	236	23	116,95	116,95	8	40,68	78,81	24	122,03	93,22	10	50,85	82,63
Meningocócica Conj.C(12 anos)	331	12	43,5	43,5	15	54,38	48,94	14	50,76	49,55	2	7,25	38,97
Meningocócica Conj.C(13 anos)	328	7	25,61	25,61	11	40,24	32,93	5	18,29	28,05	2	7,32	22,87
Pentavalente (< 1 ano)	236	24	122,03	122,03	16	81,36	101,69	12	61,02	88,14	19	96,61	90,25
Pneumocócica(1 ano)	236	37	188,14	188,14	16	81,36	134,75	23	116,95	128,81	20	101,69	122,03
Pneumocócica(<1 ano)	236	23	116,95	116,95	17	86,44	101,69	12	61,02	88,14	28	142,37	101,69
Poliomielite(< 1 ano)	236	32	162,71	162,71	21	106,78	134,75	9	45,76	105,08	20	101,69	104,24
Poliomielite[VOP/MP](1ºREF)	236	25	127,12	127,12	8	40,68	83,9	23	116,95	94,92	29	147,46	108,05
Poliomielite[VOP/MP](2ºREF)	272	28	123,53	123,53	3	13,24	68,38	19	83,82	73,53	12	52,94	68,38
Rotavírus Humano	236	23	116,95	116,95	18	91,53	104,24	11	55,93	88,14	28	142,37	101,69
Tetra Viral	236	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tríplice Viral - D1	236	43	218,64	218,64	14	71,19	144,92	22	111,86	133,9	20	101,69	125,85
Tríplice Viral - D2	236	24	122,03	122,03	12	61,02	91,53	18	91,53	91,53	30	152,54	106,78
Varicela	236	28	142,37	142,37	13	66,1	104,24	21	106,78	105,08	29	147,46	115,68
dt(Gestante)	247	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
dtpa(Gestante)	247	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: SIPNI - Programa Nacional de Imunizações

7.1 Campanha Nacional de vacinação contra a influenza

Durante período de 23 de março de 2020 a 30 de junho de 2020 foi realizado 22º campanha de vacinação contra a influenza, e mesmo em plena pandemia o município atingiu a meta em todos os grupos preconizado, para isso, as equipes de estratégia de saúde da família realizaram vacinação porta a porta dos grupos prioritários.

MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (MDDA)

DESCRIÇÃO DA DOENÇA

A diarreia aguda é uma síndrome causada por diferentes bactérias, vírus e parasitas ou outros agentes entéricos, e são conhecidas como gastroenterites. Pode ocorrer em outras doenças infecciosas como a malária e o sarampo. Agentes químicos, fungos, antibióticos, ou toxinas produzidas por determinados microorganismos também causam diarreia. Em geral é auto-limitada, dura alguns dias e sua gravidade depende da presença e intensidade da desidratação ou do tipo de toxina produzida pelo patógeno.

AGENTE ETIOLÓGICO

São vários os agentes que causam a diarreia, e dependendo deles, a doença pode ser caracterizada por denominações distintas como **salmoneloses**, **criptosporidioses**, **ciclosporíases**, **enteroviroses** provocadas pelos vírus **Norovírus** ou **Rotavírus**, entre outras. Destacam-se as diarreias sanguinolentas, em geral mais graves causada pela *E.coli* O157:H7 e por outras bactérias produtoras de toxina tipo **Shiga**, as quais podem evoluir para síndromes gravíssimas como a síndrome **hemolítico-urêmica** (SHU) e a púrpura **trombocitopênica** trombótica (PTT).

MODO DE TRANSMISSÃO

Em geral transmitidas por água ou alimentos contaminados, ou por objetos levados à boca contaminados com fezes ou vômitos ou fezes de pessoas doentes.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

É feito a partir do isolamento e identificação do agente etiológico, por técnicas convencionais e ou moleculares, em material clínico do paciente (fezes, sangue, vômito, urina) e dos alimentos suspeitos de terem veiculado a infecção.

TRATAMENTO

Varia de acordo com o agente, no geral, o tratamento deve ser de suporte, com reidratação e reposição de eletrólitos, sempre que possível por via oral.

Vigilância da Diarreia e o Programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)

O Programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) foi estabelecido para todo o território nacional, pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, e é um importante instrumento para detectar alterações no padrão local das doenças diarreicas, apontando em tempo oportuno surtos e epidemias.

OBJETIVOS

O objetivo da MDDA é dotar as unidades locais de saúde que atendem a diarreia em seus municípios com instrumentos ágeis e simplificados que permitam uma análise semanal dos episódios de doença para a busca de relação entre os eventos (local comum das diarreias, fontes comuns de transmissão, grupos de pessoas envolvidas, gravidade da doença, etc.) o que permite detectar em tempo oportuno um surto ou epidemia, ou doenças sob notificação compulsória e outros agravos inusitados à saúde, possibilitando a investigação o mais precoce possível de suas causas e assim impedindo seu alastramento.

UNIDADES PARTICIPANTES DA – MDDA

O ideal na MDDA seria que todas as unidades de saúde que atendem diarreia participassem do programa registrando seus dados, analisando e enviando-os aos níveis do sistema de vigilância epidemiológica. Esta prática poderia permitir conhecer a incidência da diarreia nas pessoas que procuram serviços de saúde. Também é importante em nível local a integração da **MDDA** com os programas: Materno-Infantil, Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, onde os agentes de saúde ao detectar casos de diarreia nas populações, estariam encaminhando às unidades de saúde e registrando aqueles que necessitam de atendimento médico.

Na impossibilidade de implantação do registro semanal dos eventos em todas as unidades, o município deverá escolher as unidades de saúde com a maior representatividade nos atendimentos da doença observando-se essa representatividade por bairros ou distritos ou por determinadas áreas. Assim devem ser selecionadas, além das Unidades Básicas de Saúde, os Serviços de Pronto Atendimento ou Pronto Socorro de instituições públicas, conveniadas ou mesmo privadas, em função da representatividade da demanda de diarreia.

PLANILHAS

Impresso I - Planilha de Casos de Diarreia – MDDA

Os casos de diarreia atendidos na unidade de saúde participante da MDDA deverão ser registrados diariamente no Impresso I - Planilha de Casos de Diarreia, o registro de casos de uma mesma semana epidemiológica, de acordo com o calendário de semanas epidemiológicas (SE) SVS/MS no **SIVEP-DDA**.

Plano A: Diarreia sem desidratação, paciente atendido e dispensado com orientações de cuidados domiciliares levando sais hidratantes para casa;

Plano B: Diarreia com desidratação, paciente em observação na sala de TRO;

Plano C: Diarreia com desidratação grave e com reidratação endovenosa.

OBS.: No monitoramento das diarreias, coletar amostras para exame laboratorial, procedimento este que deve ser realizado em casos de diarreia não somente graves, mas naqueles com suspeita de doença de notificação compulsória ou de agravos inusitados, ou de envolvimento em surtos, ou com diarreia sanguinolenta.

PLANILHA SIVEP – DDA – 2020



Casos de Doença Diarreica Aguda por Semana Epidemiológica

Segundo Faixa etária, plano de tratamento, MONTE ALEGRE DE SERGIPE/SE, 2020

Estado: SE
Regional: 4ª REGIONAL (SEDE: NOSSA SENHORA DA GLORIA)
Município: MONTE ALEGRE DE SERGIPE

Semana	Faixa Etária						Plano de Tratamento					Nº de US com MDDA implantada	Nº de US que informou	%
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 +	IGN	Total	A	B	C	IGN	Total			
01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
03	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	3	100,00
04	0	0	0	2	0	2	0	2	0	0	2	3	3	100,00
05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
09	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	3	3	100,00
10	0	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2	3	3	100,00
11	0	1	1	1	0	3	2	1	0	0	3	3	3	100,00
12	0	0	1	4	0	5	0	5	0	0	5	3	3	100,00
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
14	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	3	3	100,00
15	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	3	3	100,00
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
17	1	0	0	2	0	3	3	0	0	0	3	3	3	100,00
18	0	0	0	2	1	3	0	2	0	1	3	3	3	100,00
Total Geral	2	5	6	43	6	62	15	34	4	9	62	-	-	-

No **Primeiro Quadrimestre** Os resultados alcançados foram satisfatórios, de acordo com a tabela apresentada, a vigilância epidemiológica continuará atuando no processo contínuo e sistemático de coleta de amostras, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde para subsidiar o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública no município e direcionar a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como a prevenção e promoção da saúde realizada pelas e-ESF.

III QUADRIMESTRE

2. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde é um moderno modelo de organização de saúde, tendo seus eixos norteadores obedecendo a seus princípios e diretrizes. A Vigilância em Saúde destaca-se como um dos seus eixos enquadra-se na Saúde Pública, obedecendo assim, o princípio da descentralização, fortalecendo e valorizando os Municípios.

Na legislação brasileira vigente, vigilância em saúde (VS) é definida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento de medidas de políticas públicas.

No âmbito municipal compete a vigilância a alimentação, monitoramento dos seguintes sistemas:

1. Sistema de Informação de agravos e notificações - SINAN
4. Gerenciador de Ambiente Laboratorial-GAL
2. Monitorização de Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)
3. Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC)
4. Sistema de informações sobre mortalidade – SIM
5. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI

3. Sistema de Informação de agravos e notificações – SINAN

A vigilância em saúde corresponde ao processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. O seu propósito é o de subsidiar o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como a prevenção e promoção da saúde. (Resolução MS/CNS nº 588/2018)

Durante cada semana epidemiológica são registrados os dados no sistema de informação de notificação e agravos-SINAN local e online de acordo com os dados recebidos da equipe de saúde do município de Monte Alegre de Sergipe.

III Quadrimestre

AGRAVO		SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
01	Acidente de trabalho com exposição a material biológico	-	-	-	-	0
02	Atendimento antirrábico	04	01	01	01	07
03	Acidente por animais peçonhentos	-	04	-	-	04
04	Tuberculose	-	-	-	-	0
05	Intoxicação exógena	-	02	01	-	03
06	Violencia interpersonal / auto provocada	02	02	01	-	05
07	Hanseníase	-	01	-	-	01
08	Sífilis em gestante	01	01	01	-	03
09	Sífilis congênita	-	01	-	-	01
10	Sífilis em adulto	-	-	01	01	01
11	Dengue	-	-	-	-	-
12	COVID-19	-	-	-	-	-
TOTAL		07	12	05	02	24

3.1. Ações frente às doenças e agravos

Diante da realidade apresentada foram tomadas as devidas providências no sentido de intensificar as ações na perspectiva de identificar as causas, tratar os doentes, prevenir para não aparecer novos casos e acompanhar os casos já notificados bem como, realizar a busca ativa para realização diagnóstico precoce dos agravos a saúde e intensificar a notificação dos casos suspeitos, visto que ainda existir alguns casos subnotificados.

Em termos de doenças transmissíveis, uma preocupação importante refere-se aos casos diagnosticados de Sífilis, principalmente quando os casos acontecem nas gestantes, visto que o diagnóstico e tratamento tardio ou inadequado resultarem em transmissão vertical elevando os casos de sífilis congênita, sendo esta uma condição de maior gravidade e muitas das vezes com sequelas irreparáveis. Nessa situação faz-se necessário a importância de intensificar a realização dos testes rápidos para detecção precoce da Sífilis, Hepatite B e D e HIV principalmente no primeiro trimestre da gestação. Dentre esses agravos notificáveis merece uma atenção especial a Hanseníase, visto ser uma doença endêmica no município de Monte Alegre e com isso é necessário intensificar campanhas para diagnosticar precocemente essas pessoas para iniciar tratamento imediatamente, fazer o bloqueio nos comunicantes através da administração da vacina BCG e com isso interromper a cadeia de transmissão e minimizar as possíveis sequelas deixadas pela doença, durante o terceiro quadrimestre ocorreu um desabastecimento da medicação para o tratamento multibacilar, devido problemas de transporte da carga. O percentual de cura dos casos novos de hanseníase em 2020 notificados não tem como ter, pois, os pacientes estão ainda em tratamento.

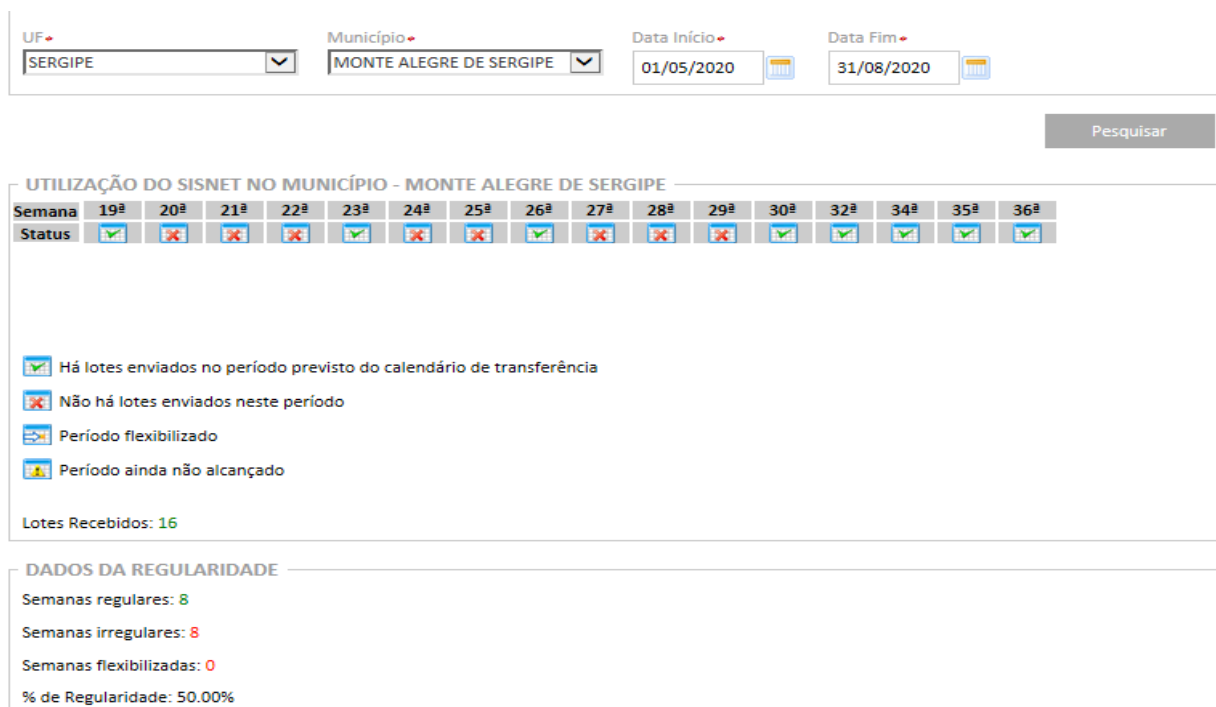
3.2. Alimentação do SINAN

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é, alimentado, semanalmente de acordo com as semanas epidemiológicas, principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro

de 2016), embora não havendo agravos para notificação, deve-se fazer a notificação negativa.

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.

Segue a regularidade de realização de notificações e envio de Lote por semana epidemiológica para SINAN referente ao 3º Quadrimestre de 2020, conforme relatório disponibilizado no SAPSS – Sistema de acompanhamento de produção do SISNET/SINAN.



Como mostra o relatório de acompanhamento de alimentação do SINAN nem todas as semanas foram alimentadas em tempo oportuno, porém como mostra a planilha a seguir de acompanhamento da alimentam do SINAN não existe semanas com pendencias, todas foram alimentadas, ou seja, o município não consta pendencias.

Como podemos analisar a planilha a seguir apenas na semana 35,38,39,42 e 47 não houve nenhuma notificação individual, sendo gerada a negativas para as 3 unidade básica de saúde cadastradas.



Ocorrência de Notificação por Semana Epidemiológica

Ano: 2020

Da Semana: 35

Até Semana: 48

UF: SE

Município: MONTE ALEGRE DE SERGIPE

Unidade:

Semana	Individual	Surto	Epizootia	Negativa	Sem notificação informada
202035				X	
202036	X			X	
202037	X			X	
202038				X	
202039				X	
202040	X			X	
202041	X			X	
202042				X	
202043	X			X	
202044	X			X	
202045	X			X	
202046	X			X	
202047				X	
202048	X			X	

Podemos concluir que mesmo o envio dos lotes não encaminhados no período oportuno à alimentação do SINAN encontra-se regularizada.

RELAÇÃO DE AGRAVOS		SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
01	Acidente de trabalho com exposição a material biológico	-	-	-	-	-
02	Atendimento antirrábico	04	01	01	01	07
03	Acidente por animais peçonhentos	-	04	-	-	04
04	Tuberculose	-		-	-	-
05	Intoxicação exógena	-	02	01	-	03
06	Violencia interpersonal / auto provocada	02	02	01	-	05

07	Hanseníase	-	01	-	-	01
08	Sífilis em gestante	01	01	01	-	03
09	Sífilis congênita	-	01	-	-	01
10	Sífilis em adulto	-	-	01	01	02
11	Dengue	-	-	-	-	-
12	COVID-19	-	-	-	-	-

4. Relatório do LACEN

O laboratório central de Sergipe dar suporte ao município realizando análise de exames os quais são coletados pelo município, exemplo em tempos de pandemia realiza a investigação do novo Coronavírus por meio da biologia molecular – RT-PCR.

Com a pandemia o maior número de amostras encaminhadas foi para investigação do novo Coronavírus por meio da biologia molecular, mas ainda assim foram encaminhados outras amostras.

EXAMRES ENCAMINHADOS AO LACEN					
EXAME	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
COVID-19, Biologia Molecular/RTTR	36	13	10	17	76
Dengue, IgM/ELISA	02	00	01	03	06
Hanseníase/COLZN	02	04	01	02	09
Hepatite C, Anti HCV/ELISA	20	00	13	08	41
Toxoplasmose, IgG/ELISA	21	00	20	08	49
Toxoplasmose, IgM/ELISA	21	00	17	08	46
Tuberculose, Teste Rápido Molecular/PCRTR	00	00	01	02	03
Zika, IgM/ELISA	01	00	01	01	03
Zika, biologia molecular	01	00	00	03	04
Sífilis total/Elisa	21	00	12	08	41

HIV/ELISA	21	00	12	08	41
Hepatite B	20	00	13	08	41
Epstein barr, IgM, IgG	00	00	02	-	02
Chikungunya Igg/IgM	01	00	02	03	06
Chikungunya biologia molecular	01	00	00	-	01
Coprocultura	00	01	00	01	02
TOTAL	168	18	105	80	371

Fonte: GAL/2020.

5. Monitorização de Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)

É um sistema para facilitar a tabulação dos dados da Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) produzidas pela Unidade de Saúde, esse instrumento é ágil e simplificado e permite detectar alterações no comportamento das doenças diarreicas (DDA), visando recomendar medidas de prevenção e controle e avaliar o impacto das ações desenvolvidas pelas equipes de estratégia de saúde da família.

Tabela de monitoramento dos casos de doenças diarreicas aguda.

Comparando a tabela do segundo quadrimestre ao que foi apresentada no primeiro quadrimestre verificamos que houve um maior número de notificações dos casos de diarreia no município, quais foram realizado a coleta do swab anal para análise por meio da Coprocultura não contaram nenhuma anormalidade, o que a maioria dos casos foi identificada em pacientes que testaram positivo para o novo Coronavírus.

Segue tabela de casos de doenças diarreicas aguda por semana epidemiológica de acordo com faixa etária e plana de tratamento realizado no município.



Ministério da Saúde



Secretaria de
Vigilância em Saúde



SIVEP-DDA Monitorização das Doenças
Diarréicas Agudas

Casos de Doença Diarreica Aguda por Semana Epidemiológica

Segundo Faixa etária, plano de tratamento, SE, 2020

Estado: SE
Regional: 4ª REGIONAL (SEDE: NOSSA SENHORA DA GLORIA)

Semana	Faixa Etária						Plano de Tratamento					Nº de US com MDDA implantada	Nº de US que informou	%
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 +	IGN	Total	A	B	C	IGN	Total			
35	0	3	1	1	0	5	3	2	0	0	5	9	9	100,00
36	1	3	3	10	0	17	9	8	0	0	17	13	13	100,00
37	5	5	1	10	0	21	10	11	0	0	21	12	12	100,00
38	2	4	1	9	3	19	9	7	0	3	19	13	13	100,00
39	0	4	0	9	0	13	4	9	0	0	13	12	12	100,00
40	5	0	4	9	0	18	5	13	0	0	18	13	13	100,00
41	5	2	2	10	0	19	8	11	0	0	19	12	12	100,00
42	3	1	2	9	0	15	10	5	0	0	15	12	12	100,00
43	8	0	4	8	0	20	9	11	0	0	20	12	12	100,00
44	3	3	1	5	0	12	8	4	0	0	12	12	12	100,00
45	10	4	3	9	0	26	12	14	0	0	26	12	12	100,00
46	0	3	1	9	0	13	11	1	0	1	13	12	12	100,00
47	2	4	2	7	0	15	9	6	0	0	15	12	12	100,00
48	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	3	3	100,00

O objetivo da MDDA é dotar as unidades locais de saúde que atendem a diarreia em seus municípios com instrumentos ágeis e simplificados que permitam uma análise semanal dos episódios de doença para a busca de relação entre os eventos (local comum das diarreias, fontes comuns de transmissão, grupos de pessoas envolvidas, gravidade da doença, etc.) o que permite detectar em tempo oportuno um surto ou epidemia, ou doenças sob notificação compulsória e outros agravos inusitados à saúde, possibilitando a investigação o mais precoce possível de suas causas e assim impedindo seu alastramento.

A diarreia aguda é uma síndrome causada por diferentes bactérias, vírus e parasitas ou outros agentes entéricos, e são conhecidas como gastroenterites. Pode ocorrer em outras doenças infecciosas como a malária e o sarampo. Agentes químicos, fungos, antibióticos, ou toxinas produzidas por determinados micro-organismos também causam diarreia. Em geral é auto-limitada, dura alguns dias e sua gravidade depende da presença e intensidade da desidratação ou do tipo de toxina produzida pelo patógeno, por isso, de extrema importância o acompanhamento dos casos.

5.1. Sistema de informação de Nascido Vivo

O número nascidos vivos foi menor no segundo quadrimestre, assim como o quantitativo de gravidez na adolescência em comparação ao primeiro, porém o número de nascidos vivos continua predominando o sexo masculino ao feminino. Quanto ao número de consulta de pré-natal a maioria das gestantes realizou sete ou mais, o que mostra que mesmo durante pandemia os serviços a gestantes continuaram a serem realizados pelas equipes de estratégia de saúde da família.

No entanto, é de crucial importância o acompanhamento durante gestação e para isso faz necessário que todas as gestantes realizem no mínimo sete consultas de pré-natal durante o período de gravidez.

A Seguir é apresentado o quantitativo de nascidos vivos no município no 3º quadrimestre do ano de 2020, o que reflete a estimativa de crescimento populacional. No segundo quadrimestre do ano corrente, houve um nascimento na Clínica de Pronto Atendimento 24 horas do município.

RELAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS					
	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Nascidos vivos	21	19	06	11	57
Pré-natal com 7 ou mais	14	13	05	-	32
Feminino	09	10	05	-	24
Masculino	12	09	01	-	22
IG 37 a 41s	18	16	05	-	39
<19 anos	05	04	01	-	10
NV no município	01	02	00	-	03

Fonte: SINASC/2020.

5.2. Sistema de Informação de óbitos

Com base do relatório do SIM, observamos que mais de 50% dos usuários tiveram expectativa de vida de 60 anos ou mais e sendo que cinco deste apresentavam idade acima 90 anos de idade, apresentaram as mais diversas causas básicas (A09; I678; P119; J449; E149; C55; entre outras). O maior índice de óbito ocorreu entre o sexo feminino e teve ainda um óbito de uma criança < 05 anos.

Outro dado observado é o sexo o qual o masculino teve maior prevalência.

Segue anexo com relatório do SIM.

RELATÓRIO DO SIM.					
	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Nº óbitos	08	06	07	05	26
Masculino	05	01	04	03	13
Feminino	03	05	03	02	13
Ocorreu no município	05	03	06	05	19
>60 anos	05	02	07	03	17
< 05 anos	01	01	00	-	02

Fonte: SIM/2020.

Em 2020, referente ao 3º quadrimestre, temos um resultado de **21** óbitos do município no Sistema de informações sobre Mortalidade (SIM), ocorridos em Monte Alegre de Sergipe.

Em relação a causas de óbitos podemos destacar as mortes por causa das doenças do aparelho circulatório que totalizam 11 óbitos em números absolutos.

A mortalidade infantil de Monte Alegre de Sergipe no 3º quadrimestre do ano de 2020 ocorreu 01 óbito infantil (neonato precoce 0 a 6 dias) residente em Monte Alegre de Sergipe, o qual se encontra em investigação.

DEMOSTRATIVO DE OBITOS

RELAÇÃO DE ÓBITOS					
	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
ÓBITOS INFANTIS	01	00	00	0	01
ÓBITOS DECLARADOS	01	00	00	0	01
ÓBITOS INVESTIGADOS	01	00	00	0	01

Em relação à mortalidade materna no município de Monte Alegre de Sergipe, referente ao 3º quadrimestre do ano de 2020 não houve registro de óbito materno declarado, podemos visualizar na tabela abaixo que ocorreram óbitos de mulheres em idade fértil, no entanto, de acordo com a investigação nenhuma relacionada a óbito materno.

Vale ressaltar também que houve uma diminuição de óbitos de mulher em idade fértil quando comparamos com aos quadrimestres anteriores, levando a conclusão do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família junto com a adesão ao pré-natal.

RELAÇÃO DE ÓBITOS					
	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
ÓBITOS MATERNOS	00	00	00	00	0
ÓBITO MULHERES IDADE FÉRTIL	00	02	00	00	02
ÓBITOS DECLARADOS	00	00	00	00	0
ÓBITOS INVESTIGADOS	00	02	00	02	04

Fonte: SIM/DIVEP/NSI/SES/IBG

6. Cobertura Vacinal

Segue tabela com cobertura vacinal de todos os imunobiológico por dose aplicadas no município, observamos que a cobertura vacinal de para crianças menores de 2 anos de idade pentavalente, poliomielite, tríplice viral e pneumocócica 10- valente estávamos mantendo uma cob. Acumulada dentro do esperado nos no 3º quadrimestre, porém quando observamos o 2º quadrimestre essa cobertura apresenta uma queda, o que está associado ao período vivido no momento (pandemia ao novo Coronavírus), visto, essa análise, para manter o alcance desse indicador nos 100% de cobertura vacinal, foi realizado busca ativas dessas crianças, relação de nascidos vivos.

III QUADRIMESTRE

DOSES APLICADAS SALA DE VACINA 3º QUADRIMESTRE - 2020					
VACINAS	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
BCG	00	06	01	02	09
Pentavalente	92	67	53	43	255
Hepatite A	21	10	31	14	76
Tríplice bacteriana	57	22	78	18	175
Tríplice viral	59	657	2.896	41	3.653
Varicela	50	21	68	16	155
VIP	77	59	64	46	246
Rotavírus	53	32	39	26	150
Pneumocócica 10	76	46	61	39	222
Meningocócica c	69	46	65	41	221
Dupla adulto	42	45	144	28	259
Tríplice bacteriana acelular	13	10	14	15	52
Febre amarela	18	11	02	00	31
Influenza trivalente	46	21	37	17	121
Hepatite B	29	59	178	31	297

HPV – Quadrivalente	121	40	217	11	389
Meningocócica ACWY	67	18	152	04	241
Raiva em cultivo celular	14	06	02	04	26
VOP	47	88	590	18	743
Total	951	1.260	4.693	414	7.318

Fonte: PEC/SIPNI/2020.

Cobertura vacinal- Crianças menores de 1 ano												
Pop	BCG		Rotavírus		Pneumo		Meningo C		Penta		Polio	
	Dose	Cob	Dose	Cob	Dose	Cob	Dose	Cob	Dose	Cob	Dose	Cob
197	17	8,47	232	113,14	234	114,41	222	109,75	202	108,46	215	115,68

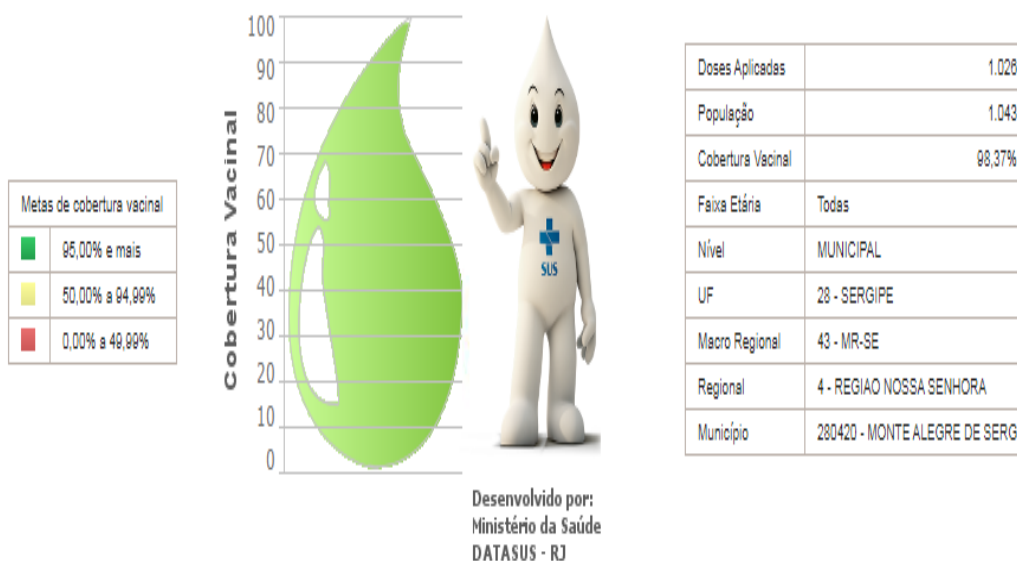
Fonte: SIPNI/2020.

Cobertura vacinal - Crianças de 1 ano								
Pop	Hep A		Tríplices D1		Triplíce D2		Varicela	
	Dose	Cob	Dose	Cob	Dose	Cob	Dose	Cob
197	241	113,56	261	103,39	216	122,46	244	115,25

6.1 Campanha Nacional de vacinação contra poliomielite

A campanha de vacinação contra a poliomielite ocorreu no 3º quadrimestre e ocorreu do dia 05/10/2020 a 13/11/2020, o município mesmo diante das dificuldades devido à pandemia conseguiu atingir a meta em atingiu a meta preconizada, para isso, as equipes de estratégia de saúde da família realizaram vacinação porta a porta, dia “D” 17 de outubro e um dia “D” municipal no dia 31 de outubro, além de vacinação nos comércios, em horários estratégicos e pontos estratégicos.

Campanha Nacional de Vacinação Contra Poliomielite 2020 GOTÔMETRO



Fonte: SIPNI/2020.

COBERTURA VACINAL CONTRA A POLIOMIELITE 2020														
MUNICÍPIO														
280420 - MONTE ALEGRE DE SERGIPE														
1 ANO			2 ANOS			3 ANOS			4 ANOS			Total		
Met a	Dos es	Cobertu ra	Meta	Dos es	Cob	Met a	Dos es	Cob	Met a	Dos es	Cob	Met a	Dos es	Cob
236	260	110,17	267	249	93,26	268	259	96,64	272	258	94,85	1.043	1.026	98,3

Fonte: SIPNI/2020.

6.2. Campanha Nacional de vacinação contra Sarampo

A campanha de vacinação contra o sarampo ocorreu simultânea a da poliomielite e multivacinação, durante o período de 05 de outubro a 31 de outubro com prorrogação até o dia 13 de novembro, o município tem um total de 5.995 pessoas a ser vacinado, com meta de 100% da população alvo a vacinar, foi atingido um resultado de 4.918 pessoas vacinadas, atingindo um total de 82% do público alvo, o município de Monte Alegre de Sergipe da regional de Nossa senhora da Glória conseguiu atingir a maior cobertura entre os municípios das regionais.

Estabeleciment o de Saúde	Imuno biológ ico	Do se	20 a 24 AN OS	25 a 29 ANO S	30 a 34 AN OS	35 a 39 AN OS	40 a 44 AN OS	45 a 49 AN OS	Total	Data / Hora
2420279 - CLINICA DA FAMILIA MARIETA SOUZA ANDRADE	TRÍPLI CE VIRAL	Do se	998	1.075	798	729	737	581	4.918	11/11 /2020 13:45 :12
	Dupla viral	Do se	0	0	0	0	0	0	0	20/03 /2020 16:10 :43
Total			998	1075	798	729	737	581	4918	

Fonte: SIPNI/2020.

Durante toda a campanha foi disponibilizado para todos os profissionais envolvidos EPI's para que os mesmo trabalhassem com segurança e prevenção da COVID-19, momento crítico, porém com os resultados, verificamos que as e-ESF obtiveram total excito.

OBS.: Temos todas as fichas das doses administradas e arquivadas, porém sempre disponível para quem desejar verificar.

7. Conclusão

Os objetivos alcançados no **terceiro quadrimestre** são comprovados pela apresentação e análise dos dados apresentados, também são observadas fragilidades as quais buscamos sanar para melhor atender a população. Mesmo diante exposto mesmo havendo alguns dados não satisfatório, são justificáveis pelo momento devido a pandemia do novo coronavírus.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária tem suma importância, pois suas ações constituem atividades múltiplas na área da saúde, é também um instrumento da organização econômica da sociedade, inclusive com responsabilidades mais agravadas, pois vivemos em uma sociedade de risco.

A Lei Orgânica da Saúde 8080/90, definiu a Vigilância Sanitária como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesses da saúde. Está incluído, nestas ações, o controle de bens de consumo, direta ou indiretamente relacionados com a saúde bem como todas as etapas e processos, que vão da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A Vigilância Epidemiológica aplicada nas ações da Vigilância Sanitária permite o acompanhamento e vigilância de doenças veiculadas por alimentos, intoxicações por determinados produtos, infecções hospitalares e de outros agravos fornecendo dados importantes para subsidiar ações de controle.

Segundo dados do IBGE de 2020, o município de Monte Alegre de Sergipe possui **15.031** habitantes, e a gestão continua com o compromisso dos serviços de **Vigilância Sanitária** atuando para cuidar dos munícipes, o departamento de vigilância sanitária permanece com a coordenadora Amanda de Oliveira Botelho Nascimento e com os fiscais, realizando os serviços pactuados como inspeções e orientações nos estabelecimentos comerciais e feiras livres sujeitos à inspeção sanitária. As ações da Vigilância Sanitária são cadastradas no sistema SIA/SUS.

Em relação à Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano, realiza as coletas mensalmente dos estabelecimentos comerciais e dos carros pipas os quais são entregues ao Lacen para análise **microbiológica, físico-química e organoléptica.**

I QUADRIMESTRE

i

LACEN – LABORATÓRIO CENTRAL GAL - GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL						
PREFEITURA MUNICIPAL MONTE ALEGRE DE SERGIPE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE						
Avenida: Manoel Elygio da Mota, 660 - CNPJ: 11.602.838/0001-71 Responsável Técnico: Amanda Oliveira Botelho E-mail: saudealegre@hotmail.com						
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO (ENSAIO / METODOLOGIA)						
Ensaio/Metodologia	Jan	Fev	Mar	Abr	Total	
Cloro Livre/Método Colorimétrico DPD SMEWW, 23ª Ed.4500-CI G	03	0	0	0	03	
Coliformes totais Substrato Cromogênico /Enzimático SMEWW 23ª Ed. 9223 B	21	18	0	18	57	
Cor Aparente / Método Espectrofotométrico single-wavelength SMEWW, 23ª Ed. 2120 C	21	19	2	20	62	
Escherichia coli / Substrato Cromogênico /Enzimático SMEWW 23ª Ed. 9223 B	21	18	0	18	57	
Flúor/Método Colorimétrico SPADNS SMEWW,23ª Ed.4500-F-D	18	18	0	18	54	
Turbidez Método Nefelométrico SMEWW, 23ª Ed. 2130 B	21	19	2	20	62	
-PH/Método Eletrométrico SMEWW,23ª Ed.4500-H+B	21	9	2	10	42	
Total Geral	126	101	6	104	337	

GAL LACEN

II QUADRIMESTRE

i

LACEN – LABORATÓRIO CENTRAL GAL - GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL					
PREFEITURA MUNICIPAL MONTE ALEGRE DE SERGIPE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE					
Avenida: Manoel Elygio da Mota, 660 - CNPJ: 11.602.838/0001-71 Responsável Técnico: Amanda Oliveira Botelho E-mail: saudealegre@hotmail.com					
Relatório de Produção (Ensaio / Metodologia)					
Ensaio/Metodologia	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Cloro Livre/Método Colorimétrico DPD SMEWW, 23ª Ed.4500-CI G	25	27	22	06	80
Coliformes totais Substrato Cromogênico /Enzimático SMEWW 23ª Ed. 9223 B	25	27	22	06	80
Cor Aparente / Método Espectrofotométrico single-wavelength SMEWW, 23ª Ed. 2120 C	25	27	22	06	80
Escherichia coli / Substrato Cromogênico /Enzimático SMEWW 23ª Ed. 9223 B	25	27	22	06	80
Flúor/Método Colorimétrico SPADNS SMEWW,23ª Ed.4500-F-D	18	0	0	0	18
Fluoreto / Método do Eletrodo Ion-Seletivo SMEWW, 23ª Ed. 4500-F-C	0	18	18	18	54
Turbidez Método Nefelométrico SMEWW, 23ª Ed. 2130 B	25	27	22	24	98
-PH/Método Eletrométrico SMEWW,23ª Ed.4500-H+B	25	27	22	24	98
Total Gera	168	180	150	90	588

GAL LACEN

III QUADRIMESTRE

i

LACEN – LABORATÓRIO CENTRAL GAL - GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL

PREFEITURA MUNICIPAL MONTE ALEGRE DE SERGIPE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE					
Avenida: Manoel Elygio da Mota, 660 - CNPJ: 11.602.838/0001-71 Responsável Técnico: Amanda Oliveira Botelho E-mail: saudealegre@hotmail.com					
Relatório de Produção (Ensaio / Metodologia)					
Ensaio/Metodologia	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cloro Livre/Método Colorimétrico DPD SMEWW, 23ª Ed.4500-CI G	25	24	27	6	76
Coliformes totais Substrato Cromogênico /Enzimático SMEWW 23ª Ed. 9223 B	25	24	27	6	76
Cor Aparente / Método Espectrofotométrico single-wavelength SMEWW, 23ª Ed. 2120 C	25	24	27	6	76
Escherichia coli / Substrato Cromogênico /Enzimático SMEWW 23ª Ed. 9223 B	25	24	27	6	76
Flúor/Método Colorimétrico SPADNS SMEWW,23ª Ed.4500-F-D	-	-	-	-	-
Fluoreto / Método do Eletrodo Ion-Seletivo SMEWW, 23ª Ed. 4500-F-C	18	18	18	-	54
Turbidez Método Nefelométrico SMEWW, 23ª Ed. 2130 B	25	24	27	6	76
-PH/Método Eletrométrico SMEWW,23ª Ed.4500-H+B	25	24	27	6	76
Total Gera	168	162	180	36	546

GAL LACEN

i

LACEN – LABORATÓRIO CENTRAL GAL - GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL
PREFEITURA MUNICIPAL MONTE ALEGRE DE SERGIPE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

Avenida: Manoel Elygio da Mota, 660 - CNPJ: 11.602.838/0001-71
Responsável Técnico: Amanda Oliveira Botelho E-mail: saudealegre@hotmail.com

Relatório de Produção (Ensaio / Metodologia)				
Ensaio/Metodologia	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Cloro Livre/Método Colorimétrico DPD SMEWW, 23ª Ed.4500-CI G	03	80	76	159
Coliformes totais Substrato Cromogênico /Enzimático SMEWW 23ª Ed. 9223 B	57	80	76	213
Cor Aparente / Método Espectrofotométrico single-wavelength SMEWW, 23ª Ed. 2120 C	62	80	76	218
Escherichia coli / Substrato Cromogênico /Enzimático SMEWW 23ª Ed. 9223 B	57	80	76	213
Flúor/Método Colorimétrico SPADNS SMEWW,23ª Ed.4500-F-D	-	18	-	18
Fluoreto / Método do Eletrodo Ion-Seletivo SMEWW, 23ª Ed. 4500-F-C	54	54	54	162
Turbidez Método Nefelométrico SMEWW, 23ª Ed. 2130 B	62	98	76	236
-PH/Método Eletrométrico SMEWW,23ª Ed.4500-H+B	42	98	76	216
Total Gera	337	588	510	1.435

GAL LACEN

Tabela – Ações dos Fiscais de Vigilância Sanitária realizadas no município no primeiro quadrimestre de 2020.

I QUADRIMESTRE

Ações	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Coleta de água	18	18	00	18	54
Coleta carros PIPAS	03	01	02	02	08
Denúncias recebidas	01	03	04	10	18
Atendimento denúncias	01	02	03	10	16
Inspeção estabelecimentos	29	47	342	851	1.269
Cadastro Estabelecimento	07	00	01	02	10
Atividade /Educ. população	01	02	265	381	649
Ativ. Educ. Setor Regulado	29	47	342	794	1.212
TOTAL	89	120	959	2.068	3.236

Fonte: SINAVISA, SISÁGUA, GAL 2019.

II QUADRIMESTRE

Ações	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Coleta de água	18	18	18	18	72
Coleta carros PIPAS	07	09	04	03	23
Denúncias recebidas	44	06	08	04	62
Atendimento denúncias	44	06	08	04	62
Inspeção estabelecimentos	1.453	328	664	325	2.770
Cadastro Estabelecimento	00	01	02	23	26
Atividade /Educ. população	28	03	423	482	936
Ativ. Educ. Setor Regulado	1.791	364	712	764	3.631
TOTAL	3.385	735	1.839	1.623	7.582

Fonte: SISÁGUA, GAL 2020.

III QUADRIMESTRE

Ações	Set	Out	Nov	Dez	Total
Coleta de água	18	18	18	-	54
Coleta carros PIPAS	07	06	09	06	28
Denúncias recebidas	01	03	03	01	08
Atendimento denúncias	01	03	03	01	08
Inspeção estabelecimentos	16	08	09	18	51
Cadastro Estabelecimento	03	06	-	-	09
Atividade /Educ. população	133	93	416	-	642
Ativ. Educ. Setor Regulado	454	55	35	43	587
TOTAL	633	192	493	69	1.387

Fonte: SISÁGUA, GAL 2020.

Ações	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Coleta de água	54	72	54	180
Coleta carros PIPAS	08	23	28	59
Denúncias recebidas	18	62	08	88
Atendimento denúncias	16	62	08	86
Inspeção estabelecimentos	1.269	2.770	51	4.090
Cadastro Estabelecimento	10	26	09	45
Atividade /Educ. população	649	936	642	2.227
Ativ. Educ. Setor Regulado	1.212	3.631	587	5.430
TOTAL	3.236	7.582	1.387	12.205

Fonte: SISÁGUA, GAL 2020.

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

As atividades da Vigilância Sanitária que foram desenvolvidas durante o primeiro quadrimestre e em tempos de Covid-19, estão abaixo relacionadas por ações e registradas por meio de fotografias.

FOTOS: INSPEÇÕES NOS ESTABELECIMENTOS DA ZONA URBANA E RURAL

FIGURAS 1 E 2- INSPEÇÕES NA MERCEARIA NA LAGOA DO ROÇADO



FIGURAS - 3 E 4 INSPEÇÃO EM PANIFICAÇÃO



FIGURAS 6 E 7- INSPEÇÕES EM MERCEARIA NA LAGOA DA ENTRADA



FIGURA 8- INSPEÇÃO EM LANCHONETE



FIGURA 9- INSPEÇÃO EM MERCEARIA



FIGURAS 10 E 11- INSPEÇÕES EM CONVENIÊNCIAS



FIGURAS 12 E 13 - INSPEÇÃO EM FUNERÁRIA



FIGURA 14 E 15- INSPEÇÕES EM MERCEARIA





FIGURAS 16 E 17- INSPEÇÕES NO MERCADO DA CARNE



FIGURAS 18 E 19- ORIENTAÇÃO NA FEIRA PARA COMERCIANTES, CONSUMIDORES E POPULAÇÃO SOBRE A QUALIDADE DO PESCADO.



FIGURA 20 E 21- ADEQUAÇÕES DAS BANCAS NO MERCADO



FIGURAS 22 E 23- INSPEÇÕES EM SUPERMERCADO



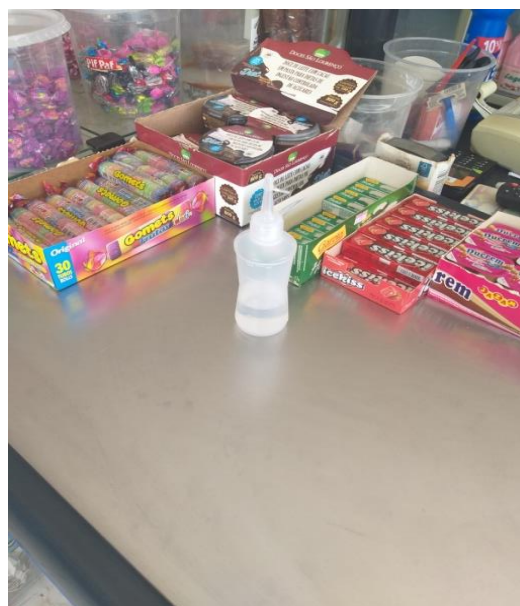
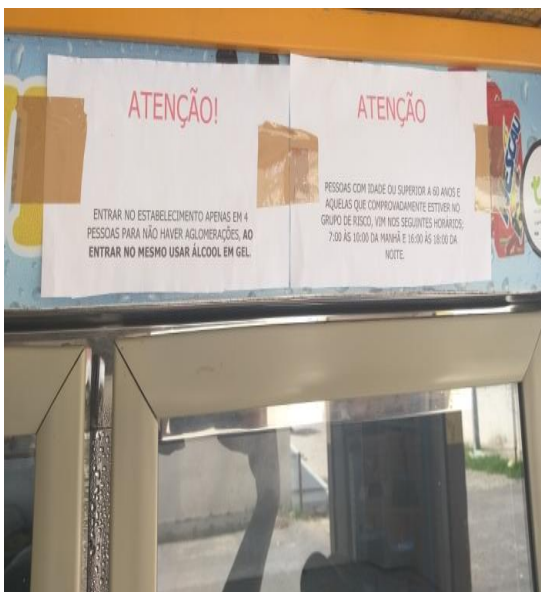
FIGURAS 24 E 25- ORIENTAÇÃO E INSPEÇÃO NO MERCADO



FIGURAS- 26 E 27- ADEQUAÇÕES NOS ESTABELECIMENTOS PARA EVITAR CONTAMINAÇÃO E COMBATER À COVID – 19



FIGURA 28 E 29- SEGUINDO OS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA COM ADEQUAÇÕES DOS ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS EM COMBATE À COVID 19.



VIGIAGUA

O **Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água** para Consumo Humano (**VIGIAGUA**) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente (Anexo XX da **Portaria de Consolidação do MS nº. 005/2017**).

OBJETIVO

As ações vinculadas ao Programa VIGIAGUA visam atuar como parte integrante das ações de **prevenção** dos agravos transmitidos pela água e de promoção da saúde, previstas no Sistema Único de Saúde (SUS).

ABRANGÊNCIA

As ações do VIGIAGUA são desenvolvidas pelas **Secretarias** de Saúde **Municipais, Estaduais** coordenadas pela equipe da GESAM/DIVS, e pelo Ministério da Saúde por meio da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental.

ATUAÇÃO

Para execução das ações inerentes ao Programa VIGIAGUA, são obedecidas às diretrizes para a vigilância da qualidade da água para consumo humano estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e implementadas de forma complementar pelos Estados e executadas pelos municípios, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como prioridades, objetivos, metas e indicadores do Vigiagua.

AÇÕES

Entre as diferentes ações desenvolvidas no Estado para implantação e fortalecimento do VIGIAGUA são destaques:

- Monitoramento da qualidade da água consumida pela população do Estado por meio da coleta, análise e gerenciamento dos dados e providências.
- Realização de inspeções em Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas com objetivo de avaliar a eficiência do tratamento da água e os riscos à saúde associados com pontos críticos e vulnerabilidades detectadas.
- Capacitação de fiscais para realização de inspeção em Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas.
- Capacitação e orientação para uso do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água (SISAGUA).
- Capacitações periódicas nas Regionais de Saúde para acompanhamento da implementação do VIGIAGUA nos municípios.
- Monitoramento e coleta de amostras de água em municípios portuários e aeroportos para pesquisa do *Vibrio cholerae*.
- Distribuição do Hipoclorito de Sódio para as Regionais de Saúde e seus municípios e, orientação para uso nas comunidades que utilizam água de Solução Alternativa Individual sem tratamento.
- Participação em Conselhos e Grupos de Trabalho para discussão de temas relacionados aos recursos hídricos e potabilidade da água.
- Publicação mensal do Boletim da Qualidade da Água.
- Publicação de normas e legislação estadual específica.

As amostras de água são coletadas nos pontos de maior circulação de pessoas, e os carros pipas que abastecem os pontos onde a rede de distribuição não consegue chegar, são realizadas com o objetivo de avaliar e monitorar o nível de

contaminação da água para o consumo humano no município. No entanto no exercício de 2020 as amostras continuam sendo coletadas nos dezoito pontos da rede de distribuição da **DESO**, cumprindo assim a meta pactuada. Os locais são indicados mediante os fatores de risco à saúde da população, os quais podem ser transferidos em qualquer necessidade maior, o mesmo ocorre na coleta dos veículos transportadores de água potável para consumo humano nos (**carros pipas**) que abastecem as regiões em que a rede distribuição da Deso não chega água, a periodicidade de ambas as coleta são mensal.

I QUADRIMESTRE

Tabela - Pontos de coletas de água para controle de qualidade 2020.

Pontos	LOCAIS DE COLETAS
01	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
02	PANIFICAÇÃO MERCEARIA LAURA
03	RESTAURANTE E TEMPERO DA MAH
04	CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA S. ANDRADE
05	BOTECO DA COMIDA CASEIRA
06	RESTAURANTE MC LIMA
07	PANIFICAÇÃO COM DELICIA
08	CHURRASCARIA VASCONCELOS
09	PANIFICAÇÃO BOM GOSTO
10	PETINHO LANCHES
11	PANIFICADORA MARIA DE FATIMA
12	PANIFICAÇÃO VITORIA
13	PANIFICAÇÃO MERCEARIA SILVA
14	DELISS BRIGADERIA
15	MIGUEL DA COMIDA CASEIRA
16	SUPERMERCADO VICTOR E MILLENA
17	CHURRASCARIA ANDRADE

18	CLINICA FABRINE ROSA
----	----------------------

Fonte: VISAM

II QUADRIMESTRE

Pontos	LOCAIS DE COLETAS ÁGUA PARA CONTROLE DE QUALIDADE
01	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
02	PANIFICAÇÃO MERCEARIA LAURA
03	RESTAURANTE E TEMPERO DA MAH
04	CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA S. ANDRADE
05	BOTECO DA COMIDA CASEIRA
06	RESTAURANTE MC LIMA
07	PANIFICAÇÃO COM DELICIA
08	CHURRASCARIA VASCONCELOS
09	PANIFICAÇÃO BOM GOSTO
10	PETINHO LANCHES
11	PANIFICADORA MARIA DE FATIMA
12	PANIFICAÇÃO VITORIA
13	PANIFICAÇÃO MERCEARIA SILVA
14	DELLISS BRIGADERIA
15	MIGUEL DA COMIDA CASEIRA
16	SUPERMERCADO VICTOR E MILLENA
17	CHURRASCARIA ANDRADE
18	CLINICA FABRINE ROSA

Fonte: VISAM

III QUADRIMESTRE

Pontos	LOCAIS DE COLETAS
--------	-------------------

ÁGUA PARA CONTROLE DE QUALIDADE	
01	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
02	PANIFICAÇÃO MERCEARIA LAURA
03	RESTAURANTE E TEMPERO DA MAH
04	CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA S. ANDRADE
05	BOTECO DA COMIDA CASEIRA
06	RESTAURANTE MC LIMA
07	PANIFICAÇÃO COM DELICIA
08	CHURRASCARIA VASCONCELOS
09	PANIFICAÇÃO BOM GOSTO
10	PETINHO LANCHES
11	PANIFICADORA MARIA DE FATIMA
12	PANIFICAÇÃO VITORIA
13	PANIFICAÇÃO MERCEARIA SILVA
14	DELLISS BRIGADERIA
15	MIGUEL DA COMIDA CASEIRA
16	SUPERMERCADO VICTOR E MILLENA
17	CHURRASCARIA ANDRADE
18	CLINICA FABRINE ROSA

Fonte: VISAM

O laudo do **Setor de Controle de Qualidade da Água do Departamento** da rede distribuidora - Companhia de Saneamento de Sergipe (**DESO**), tem apresentado alterações nos resultados de algumas das análises da água, que vem demonstrando a **inadequação na turbidez da água** para consumo humano no município de Monte Alegre de Sergipe, evidenciando a necessidade de se articular com as instâncias competentes para melhoramento e intervenção, com o obtivo de diminuir a propagação de doenças.

Ressaltando ainda, que no período chuvoso a água distribuída pela Companhia apresentou uma coloração amarelada, as equipes de ESF orientam os munícipes para ferver a água e distribuem hipocloritos em maior demanda, para tratamento da água, com a finalidade de reduzir as doenças que são veiculadas pela água, entre elas a Diarreias, Hepatites, Micoses na pele, entre outras.

FOTOS

Figuras 01, 02, 03, 04

Implantação das medidas sanitárias contra a Covid - 19 na rodoviária.





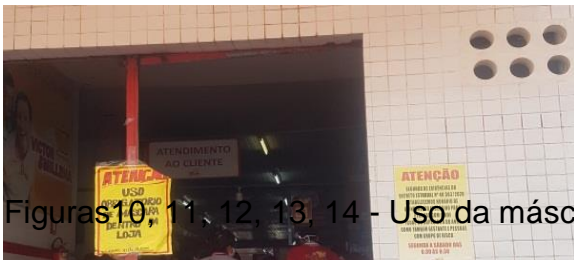
Figuras 05, 06, 07 - Adequação das bancas do mercado.





Figuras 08, 09

Informes no comércio sobre as medidas profiláticas contra a Covid - 19



Figuras 10, 11, 12, 13, 14 - Uso da máscara





Figuras 15, 16, 17, 18

Fiscalização e orientação das medidas sanitárias em combate a Covid -19 nos estabelecimentos



Figuras 19,20,21

Medida profilática da lavagem das mãos na feira em combate a Covid -19



Figuras 22, 23, 24 - Barreiras sanitárias na entrada e saída do município



Figuras 25, 26, 27, 28 - Orientações para a retomada de reabertura das igrejas

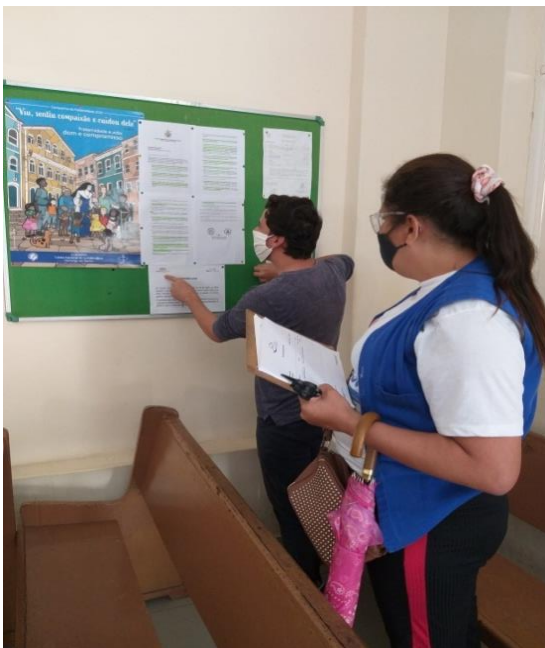


Figura 29 - Orientação em um Restaurante sobre o uso da máscara.



Figura 30 - Notificação em um estabelecimento pelo não uso da máscara.



NÚCLEO DE ENDEMIAS

PLANO DE AÇÃO

INTRODUÇÃO

Endemia é a ocorrência de uma determinada doença que no decorrer de um largo período histórico, acomete sistematicamente grupos humanos distribuídos em espaços delimitados e caracterizados, mantendo a sua incidência constante, permitidas as flutuações de valores tais como as **variações sazonais**.

Designa-se como endemia qualquer fator mórbido ou doença espacialmente localizada, temporalmente ilimitada, habitualmente presente entre os membros de uma população e cujo nível de incidência se situe sistematicamente nos limites de uma faixa endêmica que foi previamente convencionada para uma população e épocas determinadas.

O QUE FAZO AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS:

A principal função do agente de combate às endemias é prevenir e auxiliar no combate às doenças endêmicas.

Sua atuação se dá na visita em casas e empresas para identificar possíveis focos transmissores, além da orientação das comunidades.

Na sua rotina, deve fazer os devidos levantamentos, indicar os locais passíveis de problemas, controlar doenças que já tenham acometido uma determinada região, além de executar ações relacionadas à saúde local onde é lotado.

Porém, é necessário que o agente de endemias faça uma análise da região que será visitada para determinar como será feita a abordagem. É importante considerar que cada bairro tem um perfil e, assim, uma forma diferente de trabalhar.

De modo geral, as tarefas executadas pelo agente de combate às endemias envolvem:

- Vistoria de domicílios, terrenos baldios, depósitos e estabelecimentos comerciais,
- Inspeção de calhas, telhados e caixas d'água,
- Orientações para o tratamento e prevenção de doenças infecciosas,
- Aplicação de inseticidas e larvicidas.

APRESENTAÇÃO

O serviço do Núcleo de Endemias tem o papel fundamental no combate ao mosquito transmissor da dengue, a função dos **Agentes de Endemias (ACE)** é de grande importância, por ter como atribuição essencial no controle do vetor por meio de ações de educação e inspeção domiciliar para o combate ao mosquito transmissor da **Dengue, Zika Vírus e Chikungunya**.

No dia a dia as visitas domiciliares faz parte do trabalho de rotina realizado pelo ACE é de amplo valor, visto que de acordo com o número de imóveis do município as **metas pactuadas são calculadas** em cima do **quantitativo de imóveis**, cabe aos ACE cumprir as metas pactuadas para cumprir as metas e os **indicadores**, bem como, eliminar os criadouros dos mosquitos.

No entanto, esse papel não é somente dos ACE, mas de toda sociedade, juntos para preservar e manter o ambiente limpo combatendo o vetor, evitando a propagação de doenças.

O trabalho dos **Agentes de Combate as Endemias - ACE**, é uma atividade contínua e diária. Sempre promovendo ações de educação em saúde junto à comunidade e informando-a sobre os riscos das doenças. Também são realizados pelos ACEs visitas aos imóveis como postos de saúde, pontos comerciais, cemitérios, borracharia, praças e ferro velho; com o objetivo de prevenção a população e ainda controlar doenças como **Dengue, Chikungunya, Zika e Febre Amarela** urbana, nas diversas localidades.

Também participam das ações de vacinação de cães e gatos para prevenção e controle da raiva. A Equipe de Endemias conta com 08 agentes, e 01 Supervisor, que atuam no

município e realizam inspeções e orientações a população sobre os riscos e como manter o imóvel livre de insetos.

OBJETIVO

- Conscientizar a população sobre as arboviroses transmitidas por vetores.
- Combater os vetores transmissores de doenças.
- Prevenir e controlar doenças.
- Realizar visita aos imóveis.
- Participar das ações de vacinação de cães e gatos.

Atualmente os números variam de 20 a 25 visitas diária por cada agente de endemias que são distribuídos em 06 ciclos de visitas domiciliares anuais. Durante as visitas são realizadas orientação educativa para a população, bem como as atividades de levantamento de índice de infestação pelo **Aedes aegypti**, aplicação dos larvicidas, eliminação de possíveis focos de infestação, além de atividades de educação e promoção a saúde.

O levantamento do índice de infestação é realizado por meio de coletas das amostras de larvas em águas suspeitas de contaminação com as larvas do mosquito transmissor da dengue. A cada ciclo são realizados um LIRAA, de acordo com a **Secretaria Estadual de Saúde**, o período de coleta de amostras de larvas para a análises, No período são sorteados os quarteirões pelo próprio sistema, as amostras são coletadas em todos os domicílios que apresentem um risco de proliferação mosquito.

I – QUADRIMESTRE

PRIMEIRO LIRAa DE 2020			
PERÍODO DE EXECUÇÃO 06/01/2020 A 10/01/2020			
ÍNDICE DO LIRAa			
Ciclo	Imóveis inspecionados	Imóveis positivos	Índice de infestação predial
1º	412	08	2,0 %

PERCENTUAL

LIRAa 2020	1º	2,0%
------------	----	------

PONTO ESTRATÉGICO- PE:

OBJETIVO:

Avaliar se locais com grande quantidade de potenciais criadouros de formas imaturas de *Aedes aegypti*, denominados pontos estratégicos, influenciam a dispersão ativa do vetor aos imóveis no seu entorno.

MÉTODOS:

Foram selecionadas nove áreas no município como pontos estratégicos classificados como:

- **Alto risco,**
- **Médio risco,**
- **Baixo risco**

Conforme a infestação na área controle do ponto estratégico.

RESULTADOS:

Coleta de amostras de larvas nos locais para avaliação.

CONCLUSÕES:

Destaca-se a importância de rever a estratégia atual do programa de controle de vetores do Brasil, buscando um equilíbrio do ponto de vista técnico, operacional e econômico, sem desconsiderar o papel dos pontos estratégicos como grandes produtores de mosquitos e sua importância na disseminação de arboviroses em momentos de transmissão.

São realizadas vistorias quinzenalmente aos (PE), eliminamos os focos e orientamos os proprietários como manter os locais e recipientes sempre limpos e em um local adequado





SEGUNDO LIRAa DE 2020

PERÍODO DE EXECUÇÃO 02-03-2020 A 06-03-2020

ÍNDICE DO LIRAa

Ciclo	Imóveis inspecionados	Imóveis positivos	Índice de infestação predial
2º	425	10	2,4 %

PERCENTUAL

LIRAa 2020



296



ATUALIZAÇÃO DO MAPA POR QUARTEIRÕES

ANTERIOR: 146 QUARTEIRÕES



ATUAL: 159 QUARTEIRÕES



NUMERAÇÃO DOS QUARTEIRÕES





ATUALIZAÇÃO DE IMÓVEIS

DADOS	2018	2019	2020	ATUALIZADO
UF:	SE	SE	SE	SE
IBGE:	280420	280420	280420	280420
Local:	01	01	01	01
Município:	Monte Alegre de Sergipe			
Categoria	Cidade	Cidade	Cidade	Cidade
Data de Atualiz.	12-11-2018	13-03-2019	10-01-2020	15-07-2020
Classificação	Urbana			
Quantidade Residência	3.548	3.615	3.643	4.071
Ponto Estratégico	07	07	09	09
Quantidade Comércio	209	230	239	249
Quantidade Terreno Baldio	697	711	715	755
Quantidade. Quarteirões	146	146	159	182
Quantidade outros:	565	595	612	662
Dengue	SIM			
Malária	Não			
Esquistossomo	Não			

<i>Leishmaniose</i>	Não
<i>Febre Maculosa</i>	Não
<i>Peste</i>	Não
<i>Chagas</i>	Não
<i>Febre Amarela</i>	Não

VISITAS DOMICILIARES





ORIENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS AOS MUNICÍPES





ELIMINANDO FOCOS







PONTOS ESTRATÉGICOS - PE

1 - FERRO VELHO DE GEILSON CORREIA

2 - FERRO VELHO DE SEU HELENO

3 - FERRO VELHO EUGENIO FERRO

4 - DE MARQUINHO DE TOE NENECO

5 - BORRACHARIA 24H

6 - BORRACHARIA PAI E FILHO

7 - BORRACHARIAS DO SAMUCA

8 - BORRACHARIA DO BATATA

9 - CEMITÉRIO MUNICIPAL









CONCLUSÃO DO PRIMEIRO CICLO

VISITAS REALIZADAS:

1º CICLO

VISITAS REALIZADAS NO 1º CICLO						
RESIDENCIA	COMERCIO	T. BALDIO	OUTROS	PE	Fechados	TOTAL
3497	237	717	612	9	147	5.219

VISITAS REALIZADAS:

2º CICLO

IMÓVEIS VISITADOS NO SEGUNDO CICLO						
RESIDENCIA	COMERCIO	T. BALDIO	OUTROS	PE	Fechados	TOTAL
3.620	237	717	612	9	24	5.219

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNC D DOS MUNICÍPIOS DE SERGIPE

CICLO ANO	Se ma na	Sem ana	IMÓVEIS					%
	Inici al	Final	Prog.	Visit. /Infom	Trab.	Insp. (LI+T)	Pos.	Pend.
1º ciclo / 20	1	9	5.737	5.180	5.063			2,8
2º ciclo / 20	10	19	5.737	5.209	5.186			0,4
3º ciclo/ 20	18º	26º	5.737	5.737	5.686	511	7	0,9

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNC D DOS MUNICÍPIOS DE SERGIPE

IMÓVEIS E ÍNDICES DO LIRAA ou LIAA

Obs. Pred.							Obs.:	
CICLO / ANO	Prog. Sistem	Ins p.	Pos.	I.I.P.	I.B	Dep. pred	IM.FEC	IM.REC

1º ciclo / 20	455	403	8	2	2	A1	147	30
2º ciclo / 20	456	428	10	2,4	2,4	A2	23	0
3º ciclo / 20						A2	51	0

SEGUNDO QUADRIMESTRE 2020

CAMPANHAS DE VACINA ANTIRRÁBICA.

A campanha de vacinação antirrábica é realizada anualmente, com a finalidade de fazer o censo dos animais domésticos existente no município, além de evitar a transmissão da **raiva** em Caninos e ou Felinos, a mesma é realizada pelos Agentes de Combate a Endemias e será realizada no **segundo quadrimestre** de 2020.

II QUADRIMESTRE

VISITAS DOMICILIARES





USO DE INSETICIDA (MALATHION) POR MEIO DO NEBULIZADOR COSTAL





VACINA ANTIRRÁBICA (CÃES E GATOS)



CAMPANHA VACINAÇÃO

VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA			
LEVANTAMENTO DE CANINO de FELINOS NO MUNICÍPIO 2020			
QUANTITATIVO DE CÃES E GATOS VACINADOS			
Vacinação 2020	2º QUADRIMESTRE		TOTAL
	Zona urbana	Zona rural	
Caninos	311	0	311
Felinos	186	0	186
Percentual		0	-
TOTAL	497	0	497

TRATAMENTO FOCAL





ELIMINANDO FOCOS

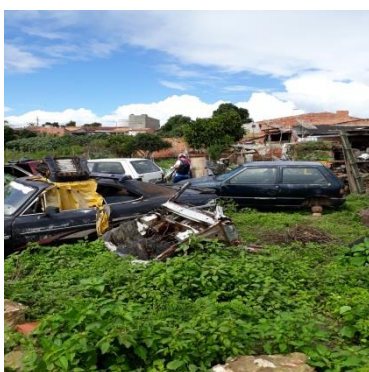
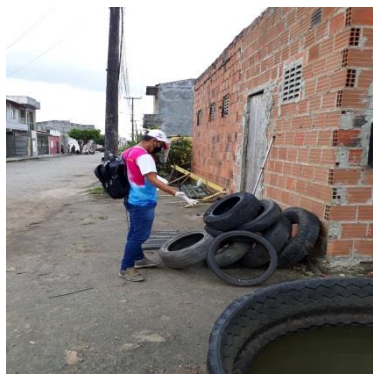




PONTOS ESTRATEGICOS









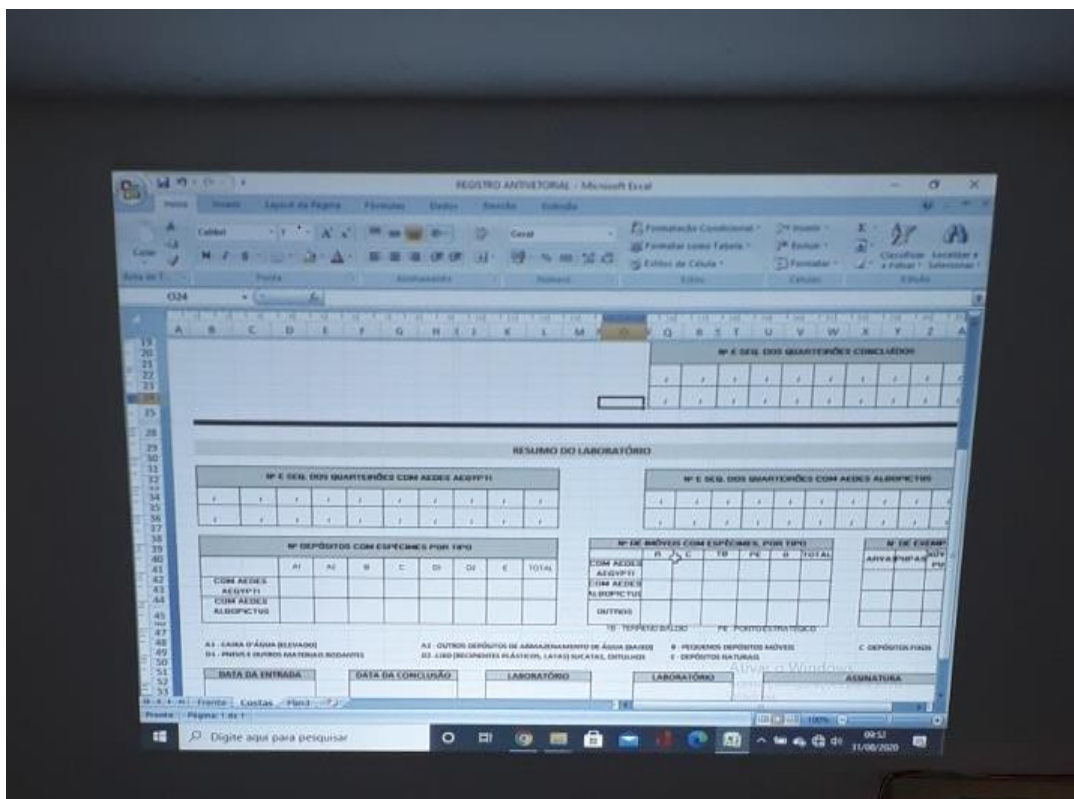
QUADRO DEMONSTRATIVO DO LEVANTAMENTO DE ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL DO MOSQUITO AEDES AEGYPTI

LEVANTAMENTO DE ÍNDICE

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA: 35 ANO: 2020 INICIO: 24 /08 /2020 TERMINO: 28 /08 /2020				
MUNICÍPIO	CATEGORIA DA LOCALIDADE	IMÓVEIS INSPECIONADOS	IMÓVEIS POSITIVOS	ÍNDICE DE INFESTAÇÃO
Monte Alegre	CED	910	10	1,1 %
OBSERVAÇÃO		QUARTEIRÕES TRABALHADOS		
01, 06, 12, 17, 23, 28, 34, 39, 45, 51, 56, 62, 67, 73, 78, 84, 93, 99, 105, 112, 124,131,137, 143, 150, 156				
TOTAL		910	10	1,1 %

CAPACITAÇÃO

Realização de capacitação no dia 31 de agosto 2020, uma capacitação sobre o conhecimento larvário, como diferenciar larva de pupa e preenchimento de formulários.



3º CICLO

IMÓVEIS VISITADOS NO SEGUNDO CICLO						
RESIDENCIA	COMERCIO	T. BALDIO	OUTROS	PE	Fechados	TOTAL
4.020	249	755	662	9	51	5.746

4º CICLO

IMÓVEIS VISITADOS NO SEGUNDO CICLO						
RESIDENCIA	COMERCIO	T. BALDIO	OUTROS	PE	Fechados	TOTAL
3.770	241	742	628	9	65	5.455

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNC D DOS MUNICÍPIOS DE SERGIPE

CICLO ANO	Sem ana	Sem ana	IMÓVEIS					%
	Inicia l	Final	Progra mada	Visitas Infom ada	Trab.	Inspeç ão. (LI+T)	Pos.	Pend.
1º ciclo / 20	1º	9º	5.737	5.180	5.063			2,8
2º ciclo / 20	10º	19º	5.737	5.209	5.186			0,4
3º ciclo/ 20	18º	26º	5.737	5.737	5.686	511	7	0,9
4º ciclo/ 20	27º	35º	5.833	5.446	5.381	215	6	1,2

**QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNC D DOS MUNICÍPIOS DE
SERGIPE**

IMÓVEIS E ÍNDICES DO LIRAa ou LIAa

Obs. Pred.							Obs.:	
CICLO / ANO	Prog. Sistema	Ins p.	Pos.	I.I.P.	I.B	Dep. pred	IM.FEC	IM.REC
1º ciclo / 20	455	403	8	2	2	A1	147	30
2º ciclo / 20	456	428	10	2,4	2,4	A2	23	0
3º ciclo / 20	-	-	-	-	-	A2	51	0
4º ciclo/ 20	--	-	-	-	-	A2	65	0

TERCEIRO QUADRIMESTRE 2020

CAMPANHA VACINAÇÃO

VACINAÇÃO ANTIRÁBICA

**CONSOLIDADO INFORME MENSAL
PROGRAMA NACIONAL DE PROFILAXIA DE A RAIVA**

QUANTITATIVO DE CÃES E GATOS VACINADOS

Vacinados	3º QUADRIMESTRE		TOTAL
	Zona urbana	Zona rural	
Caninos	766	1.384	2.150
Felinos	418	502	920
Saldo vacina anti – rábica			330
Perda de vacina anti - rábica			17

VISITA DOMICILIAR





DISTRIBUIÇÃO KIT DE HIGIENIZAÇÃO PARA EVITAR A DISSEMINAÇÃO DO COVID-19



CEHOP





CONJUNTO VERDE

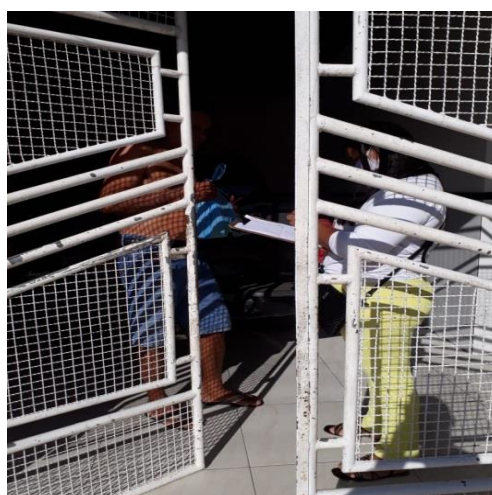




CONJUNTO DO INFANTIL



BAIRRO SANTA CLARA (RUA NOVA)





ITENS	UNIDADES
Água sanitária	350
Detergentes	350
TOTAL	700

VACINA ANTIRRÁBICA



**CONSOLIDADO INFORME MENSAL - PROGRAMA NACIONAL DE
PROFILAXIA DA RAIVA**

MÊS: 05/2020 - MUNICÍPIO: MONTE ALEGRE

II- PROFILAXIA DA RAIVA ANIMAL

ATIVIDADES	URBANA	RURAL	TOTAL
1. Número de cães vacinados	311	-	311
2. Número de gatos vacinados	186	-	186

MÊS: 10/20 SEMANA: 41 - MUNICÍPIO: MONTE ALEGRE

II- PROFILAXIA DA RAIVA ANIMAL

ATIVIDADES	URBANA	RURAL	TOTAL
1. Número de cães vacinados	286	-	286
2. Número de gatos vacinados	175	-	175

MÊS: 10/2020 SEMANA: 42			
MUNICÍPIO: MONTE ALEGRE			
II- PROFILAXIA DA RAIVA ANIMAL			
ATIVIDADES	URBANA	RURAL	TOTAL
1. Número de cães vacinados	60	190	250
2. Número de gatos vacinados	49	40	89

MÊS: 10/2020 SEMANA: 43			
MUNICÍPIO: MONTE ALEGRE			
II- PROFILAXIA DA RAIVA ANIMAL			
ATIVIDADES	URBANA	RURAL	TOTAL
1. Número de cães vacinados	-	465	465
2. Número de gatos vacinados	-	171	171

MÊS: 10/2020 SEMANA: 44			
MUNICÍPIO: MONTE ALEGRE			
ATIVIDADES	URBANA	RURAL	TOTAL
1. Número de cães vacinados	183	-	183
2. Número de gatos vacinados	89	-	89

MÊS: 11/2020 SEMANA: 45			
MUNICÍPIO: MONTE ALEGRE			
II- PROFILAXIA DA RAIVA ANIMAL			
ATIVIDADES	URBANA	RURAL	TOTAL
1. Número de cães vacinados	43	154	197
2. Número de gatos vacinados	8	34	42

MÊS: 11/2020 SEMANA: 46			
MUNICÍPIO: MONTE ALEGRE			
II- PROFILAXIA DA RAIVA ANIMAL			
ATIVIDADES	URBANA	RURAL	TOTAL
1. Número de cães vacinados	66	392	458
2. Número de gatos vacinados	-	168	168

GERAL			
ATIVIDADES	URBANA	RURAL	TOTAL
1. Número de cães vacinados	766	1.384	2.150
2. Número de gatos vacinados	418	502	920

SALDO	
ATIVIDADES	TOTAL
1. VACINA CONTRA A RAIVA CANINA	330
PERDAS	
ATIVIDADES	TOTAL
1. VACINA CONTRA A RAIVA CANINA	17

CENSO CANINO E FELINO 2019

ZONA URBANA

CÃES	GATOS
858	259

ZONA RURAL

CÃES	GATOS
1.326	567

TOTAL

CÃES	GATOS
2.184	836

ELIMINANDO FOCOS



338

TRATAMENTO FOCAL



PONTO ESTRATÉGICO



LIRAA - DE 09 A 13/11, FOI REALIZADO O LEVANTAMENTO RÁPIDO DE ÍNDICE DO Aedes Aegypti (LIRA).



3º LIRAA de 2020

PERÍODO DE EXECUÇÃO - 09/11/2020 A 13/11/2020			
ÍNDICE DO LIRAA			
Ciclo	Imóveis inspecionados	Imóveis positivos	Índice de infestação predial
3º	454	8	1,8 %

ENCERRAMENTO DOS CICLOS

5º CICLO

QUANTITATIVOS DE IMÓVEIS VISITADOS NO 5º CICLO						
Residência	Comercio	T. Baldio	Outros	PE	Fechados	Total
3.582	237	728	618	9	61	5.229

6º CICLO

QUANTITATIVOS DE IMÓVEIS VISITADOS NO 6º CICLO						
Residência	Comercio	T. Baldio	Outros	PE	Fechados	Total
3.584	238	727	0	9	612	5.170

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNC D DOS MUNICÍPIOS DE SERGIPE

CICLO ANO	SEMANA		IMÓVEIS					%
	Inicia l	Final	Progra mada	Visitas Infom ada	Trab.	Inspeç ão. (LI+T)	Pos.	
1º ciclo / 20	1º	9º	5.737	5.180	5.063			2,8
2º ciclo / 20	10º	19º	5.737	5.209	5.186			0,4
3º ciclo/ 20	18º	26º	5.737	5.737	5.686	511	7	0,9
4º ciclo/ 20	27º	35º	5.833	5.446	5.381	215	6	1,2
5º ciclo/ 20	36º	44º	5.833	5.220	5.159	-	-	1,2

6º ciclo/ 20	45º	53º	5.833	5.224	5.161	-	-	1,2
--------------	-----	-----	-------	-------	-------	---	---	-----

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNC D DOS MUNICÍPIOS DE SERGIPE								
IMÓVEIS E ÍNDICES DO LIRAa ou LIAa								
Obs. Pred.							Obs.:	
CICLO / ANO	Prog. Sistem	Ins p.	Pos.	I.I.P.	I.B	Dep. pred	IM.FEC	IM.REC
1º ciclo / 20	455	403	8	2	2	A1	147	30
2º ciclo / 20	456	428	10	2,4	2,4	A2	23	0
3º ciclo / 20	-	-	-	-	-	A2	51	0
4º ciclo/ 20	-	-	-	-	-	A2	65	0
5º ciclo/ 20	-	-	-	-	-	A2	61	0
6º ciclo/ 20	-	-	-	-	-	A2	63	0

5 - REDE FÍSICA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS

5.5 POR TIPO DE ESTABELECIMENTO E GESTÃO

Tabela – Demonstrativo e relação das Unidades Pública e Privadas Prestadores de Serviço de Saúde Pública no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2020.

REDE FÍSICA DE SAÚDE POR TIPO DE ESTABELECIMENTOS					
Tipo de Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total	
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	0	01	0	01	
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	0	0	01	01	
UNIDADE MISTA	0	0	01	01	
POSTO DE SAUDE	0	0	01	01	
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	0	0	01	01	
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	0	01	0	01	
TOTAL	0	02	04	06	

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

REDE FÍSICA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE POR NATUREZA JURÍDICA				
NATUREZA JURÍDICA	MUNICIPAL	ESTADUAL	DUPLA	TOTAL
ESTADO OU DISTRITO FEDERAL	0	01	0	01
MUNICIPIO	04	0	0	04

6 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE TRABALHANDO NO SUS

POSTOS DE TRABALHO OCUPADOS POR OCUPAÇÃO E FORMA DE CONTRATAÇÃO							
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS	
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)						
Bolsistas (07)							

POSTOS DE TRABALHO OCUPADOS POR CONTRATO TEMPORÁRIO E CARGOS EM COMISSÃO							
Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiro	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS	
Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 0104)						

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - Data da consulta: 21/07/2020.

7 - PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – PAS

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde - CMS para apreciação e votação, o mesmo sendo aprovado dia 22/12/2017, em reunião ordinária nº 7, através da Resolução de nº 03/2017.

A Secretaria Municipal de Saúde de Monte Alegre de Sergipe tem como missão planejar, executar e gerir os serviços de saúde em consonância com os princípios do SUS, buscando excelência nas ações direcionadas a integridade da saúde e qualidade de vida dos cidadãos. Em concordância com a **Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90)**, que apresenta como princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e a igualdade da assistência à saúde.

O Plano Municipal de Saúde, além de constituir-se numa exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, visto que, através dele, busca-se explicitar o caminho a ser seguido pela Secretaria Municipal de Saúde para atingir a sua missão.

No processo de formulação do PMS **2018-2021**, foram considerados os resultados apresentados nos Relatórios de Gestão (RAG), referente aos anos 2014, 2015 e 2016, visto que estes apresentaram os resultados e indicadores do município. Considerou os resultados do Sistema de Pactuação de **Indicadores do Pacto pela Saúde (SISPACTO)** de 2017, as audiências públicas realizadas nas comunidades, propostas da Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de 2017, os compromissos do Plano de Governo e outros instrumentos de pactuação do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Sergipe.

Este plano foi construído pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Monte Alegre de Sergipe, contando com envolvimento de todas as áreas técnicas administrativa, Assistência e participação do Conselho Municipal de Saúde, além de amplo conjunto de documentos de políticas de saúde originados em todas as instâncias do SUS. Desdobrar-se-á nas programações anuais de saúde. E deverá ser acompanhado e monitorado permanentemente pelos Coordenadores da Secretaria Municipal de Saúde e usuários do SUS em Monte Alegre de Sergipe.

7.5 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.

COMPROMISSO DA GESTÃO:

- **Diretrizes, Objetivos, Metas e Estratégias de Ação.**

DIRETRIZ: Visa ampliação do acesso, qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)

OBJETIVO: Organizar os modelos de atenção à saúde com foco no acesso, humanização, integralidade e resolutividade, tendo a Atenção Primária a Saúde (APS) como principal porta de entrada e ordenadora do sistema.

I de Monte Alegre de Sergipe, para o atendimento aos diversos ciclos de vida, com especial atenção às populações de maior vulnerabilidade.

8 - INDICADORES DE PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA

Monte Alegre de Sergipe – SE - Região de Saúde: Nossa Senhora da Glória Ano da Pactuação: 2020 - Status: Em apreciação pelo Conselho de Saúde						
Indicadores Pactuados						
Nº	Indicador	Tip o	Meta ano 2020	Result ado Anual	% alcan çada da meta	Unid. de Medida
01	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório , câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	U	6			
02	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	E	100,00			percentu al
03	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	U	95,00			percentu al
04	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada.	U	100,00			percentu al
05	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.	U	85,00			percentu al
06	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	U	90,00			percentu al

07	Número de Casos Autóctones de Malária	E	-			número
08	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	U	1	1	0	número
09	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos.	U	0	0	0	número
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.	U	95			percentual
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	U	0,50			razão
12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.	U	0,40			razão
13	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	U	64,00			percentual
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	U	22,50			percentual
15	Taxa de mortalidade infantil	U	1			número
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	U	0			número
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	U	90,00			percentual

18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	U	68,00			percentual
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	U	60,00			percentual
21	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	E	-			percentual
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	U	6			número
23	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	U	95,00			percentual

Fonte: DIGISUS Gestor - Módulo Planejamento (DIGISUSGMP) - Consulta Online

9. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

9.1. EXECUÇÃO DA PROGRAMAÇÃO POR FONTE, SUBFUNÇÃO E NATUREZA DA DESPESA.

9.2. INDICADORES FINANCEIROS

INDICADORES DO ENTE FEDERADO		
INDICADOR		Transmissão
		Única
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	6,72 %
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	92,51 %
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	11,10 %
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	97,58 %
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	17,65 %
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	56,59 %
2.1	Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante.	R\$ 552,55

2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	64,14 %
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,30 %
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	7,52 %
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	6,87 %
2.6	Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos	0,00 %
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	48,71 %
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	17,75 %

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

9.4 - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

10 AUDITORIAS

A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos e conceitualmente é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal.

O SNA tem como competência precípua a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS. As ações de auditoria estão voltadas para o diagnóstico e a transparência, com estímulo ao controle social.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus/Ministério da Saúde), órgão central do SNA, tem se caracterizado como um órgão relevante de controle interno no âmbito do SUS, a partir de mudanças conceituais, normativas e operacionais, em consonância com seus princípios e diretrizes, alterando a lógica da produção/ faturamento para a lógica da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados.

ESTADOS E MUNICÍPIOS

A concretização do **Sistema Informatizado de Auditoria (SNA)** se dá de forma descentralizada, por meio dos órgãos estaduais, municipais e da representação do Ministério da Saúde em cada estado da Federação, expressando assim a sua dimensão técnica e política.

Por isso, o componente estadual e municipal do SNA deve ser instituído por ato formal no organograma da secretaria de saúde, com estrutura físico-financeira e logística definida e equipe multiprofissional. Bem como aquele que utiliza sistema informatizado e procedimentos padronizados na realização da ação de auditoria. A equipe multiprofissional deve ser capaz de desenvolver ações técnicas e administrativas de auditoria.

A estrutura do componente de auditoria deve variar conforme a complexidade da rede de serviços de saúde. Recomenda-se a adoção do Sistema Informatizado de Auditoria do SUS (**SISAUD/SUS**) para garantir a padronização de procedimentos, rotinas, fluxos e geração de relatórios. Isto possibilita a atuação uniforme das equipes e a sistematização e acompanhamento das atividades de auditoria no SNA.

11. ANÁLISES E CONSIDERAÇÕES GERAIS

Um dos desafios da gestão para o exercício de 2020 foi a conclusão da obra de reforma e ampliação da UBS do povoado Maravilha, bem como colocar em funcionamento, para adequar os serviços in loco, assim como, oferecer os serviços dentro da comunidade, um marco importante para essa gente sofrida, deste modo, cumprindo os princípios regulamentados na **Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017**. Em relação a Covid-19 e com base nos **Protocolos de Segurança** de acordo com as diretrizes da **OMS, Decretos e Portarias do MS**, seguindo o governo estadual, parte dos serviços de saúde foram suspensos por alguns dias. Por esse motivo parte das atividades desenvolvidas pela ESF como fortalecimento no atendimento da Atenção Básica, houve uma queda significativa. No entanto nas demandas de urgência houve um acréscimo, salvo-conduto que a UPA 24 horas mantém a equipe mínima de médicos clínicos gerais, enfermeiros e técnicos de enfermagem trabalhando diariamente para cuidar da população monte alegreense, com a finalidade de proporcionar alívio aos usuários do SUS. Os atendimentos especializados houve redução na produção, por motivo dos protocolos de segurança para evitar a disseminação da Covid-19. Os atendimentos de profissionais especializados continuam sendo realizado no Centro Médico, para reduzir as demandas na espera por atendimentos em especialidade, bem como, diminuir os custos com combustíveis e transportes de pacientes para outros municípios e para Aracaju, visto que a maioria das especialidades só oferecem atendimentos pelo SUS na Capital e a demanda é grande e a oferta pactuada para o município é pequena.

As metas pactuadas da saúde no ano de 2020, teve uma queda na produção em especial na Atenção Básica, devido a **Pandemia** do novo **Coronavírus**. Durante a fase crítica foi criado um espaço exclusivo para atender a demanda dos pacientes sintomáticos, foram dias difíceis, mas graças a Deus o número de óbito foi mínimo.

Entendemos que é necessário reconsiderar o fortalecimento da rede de saúde no município, um dos marcos é o funcionamento de todas Unidades Básicas de Saúde nos povoados nesta gestão, dando mais assistência aos usuários da zona rural, com horário de agendado, visto que, não precisa se deslocar até a sede em busca de atendimento, as fichas são ofertadas diariamente nas UBSs.

Considerando tudo que ocorreu no ano, uma queda em alguns indicadores, a Vigilância conseguir atingir as metas pactuadas, um fato louvável, apesar de todos os percalços consideramos um ano produtivo.

12. RECOMENDAÇÕES PARA O PRÓXIMO EXERCÍCIO

Para o ano vindouro os desafios são muitos, mas, trabalhar com saúde pública é como uma caixa de surpresa, tudo pode acontecer, estamos aqui para enfrentar e dar suporte para o cumprimento das metas pactuadas.

Maria Cristina de Oliveira Duarte
Secretária Municipal de Saúde
Decreto 329/2017

Local: Monte Alegre de Sergipe / SE

UF:SE 2020

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Departamento da Atenção Básica – DAB;
- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária – SISAB;
- Ministério da Saúde – MS;
- Secretaria de Atenção Primária a Saúde – SAPS;
- Departamento de Saúde da Família – DESF;
- Sistema de Informação do Câncer – SISCAN
- Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais – SISLOGLAB
- Sistema de Monitoramento dos Programas Vitamina A e Ferro;
- Bolsa Família – BF

FONTES: IBGE

Área Territorial: Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2018

População estimada: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019

Densidade demográfica: IBGE, Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011

Escolarização 6 a 14 anos: IBGE, Censo Demográfico 2010

IDHM Índice de desenvolvimento humano municipal: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD

Mortalidade infantil: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2017

Receitas realizadas: Contas anuais. Receitas orçamentárias realizadas (Anexo I-C) 2017 e Despesas orçamentárias empenhadas (Anexo I-D) 2017. In: Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional, Siconfi: Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro. Brasília, DF, [2018]. Disponível em: https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/consulta_finbra/finbra_list.jsf. Acesso em: set. 2018

Despesas empenhadas: Contas anuais. Receitas orçamentárias realizadas (Anexo I-C) 2017 e Despesas orçamentárias empenhadas (Anexo I-D) 2017. In: Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional, Siconfi: Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro. Brasília, DF, [2018]. Disponível em:

https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/consulta_finbra/finbra_list.jsf. Acesso em: set. 2018

PIB per capita: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA

MENSAGEM

O mundo precisa de solidariedade a **Organização das Nações Unidas** – ONU comemora **75º** num momento de grandes desafios durante a pior crise de saúde mundial da história. A esperança é que essa crise aproxime mais as pessoas e não gere mais divisões e ou desconfianças. A pandemia de COVID-19 é um aviso claro da necessidade de **cooperação** entre países, entre **setores** e entre **gerações**. A este respeito, o Secretário-Geral das Nações Unidas, António Guterres, afirmou: “Tudo o que fizermos durante e depois desta crise deve ter uma forte tônica na construção de economias e sociedades mais igualitárias, inclusivas e sustentáveis, mais resilientes às pandemias, às alterações climáticas e aos muitos outros desafios com que nos confrontamos à escala mundial.”

ANEXOS I - REFORMA E AMPLIAÇÃO DA UBS NO MUNICÍPIO



ESTADO DE SERGIPE PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE ATESTADO DE CONCLUSÃO DA OBRA

O município de Monte Alegre de Sergipe / SE, inscrito no CNPJ sob o nº 11.602.838/0001-71, neste ato representado pelo Responsável Técnico pela obra (fiscal de obra), Senhor MARCOS RANGEL SANTANA MOTA, Engenheiro Civil, CREA 2717191097, atesta que a obra de Construção da Unidade Básica de Saúde, Proposta SISMOB nº 11602.8380001/18-001, localizada no Povoado Maravilha, Tomada de Preço nº 01/2019, Contrato nº 013/2019, executada pela empresa ELEF SERVICE CONSTRUÇÕES LTDA EPP, CNPJ: 19.803.067/0001-92, localizada à Rua Augusto Honorato, nº 110 - Sala 04 – Centro – CEP.: 49.810-000 - Poço Redondo/SE, **FOI CONCLUÍDA** nesta data e de acordo com as condições contratuais, normas técnicas em vigor e em obediência aos projetos e especificações técnicas, incluindo a Portaria GM/MS/MS nº 381 de 06 de fevereiro de 2017 e Portaria GM/MS nº 340 de 04 de março de 2013.

Monte Alegre de Sergipe / SE, 19 de Outubro de 2020.

MARCOS RANGEL SANTANA MOTA

Fiscal da Obra
CREA: 2717191097

IRANDIR FERREIRA

Responsável técnico da empresa
CREA 2708279700

360

MARIA CRISTINA DE OLIVEIRA
Secretária Municipal de Saúde

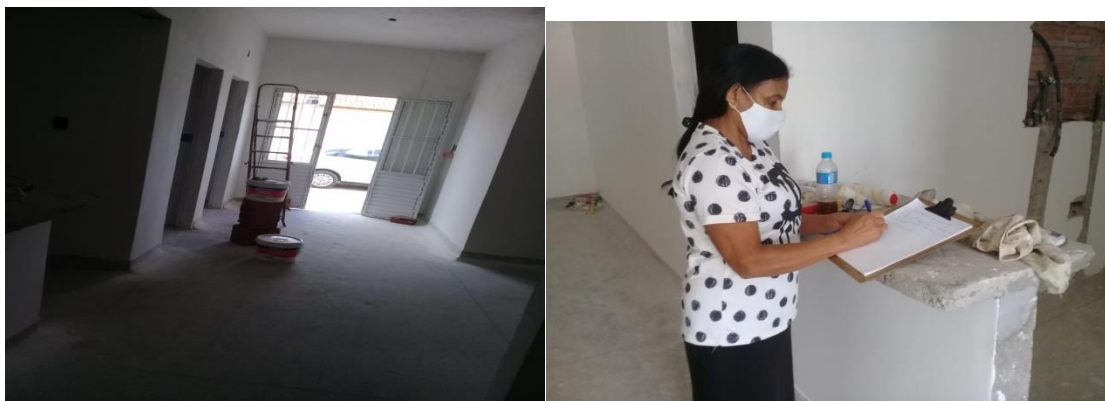
Aos 14 dias do mês de setembro de 2020, estiveram na UBS do Pov. Maravilha a comissão de acompanhamento inspeção e fiscalização de reforma e ampliação das UBS do município de Monte Alegre de Sergipe, para averiguação **do termino da** obra de reforma e ampliação da UBS já citada.

A obra estar em fase de acabamento, com previsão de entrega para dia 20 de setembro de 2020, verificou –se que falta os acabamento da parte de revestimento de cerâmica, serviços da parte elétrica e tomadas, emassamento **em alguns pontos e finalização da pintura nas paredes interna e externas e nas** portas, uma pequena parte nos fundo **ainda continua sem o** forro, janelas de vidro da parte interna, pregar **os** vasos **sanitários e pias dos** banheiros nos consultórios e gabinete odontológico, grades nas janelas da parte externas, visto que o prazo estar curto é provável que não de tempo para entrega **na data prevista.**

INSPECÃO NA UBS DO POVOADO MARAVILHA	
Fátima Maria Oliveira	Funcionaria Pública Federal
Guedes	Membro da Comissão de Obras das UBS
Silvania Batista dos Santos	Conselheira Municipal de Saúde Membro da Comissão de Obras das UBS

Parte externa e interna





Aos **19 dias do mês de outubro de 2020**, foi inaugurado da UBS do Pov. Maravilha a comissão que acompanhou perto a evolução da obra durante a construção, a comissão e o Conselho Municipal de Saúde cumprindo seu papel de fiscalizar e inspecionar a reforma e ampliação da UBS do Pov. Maravilha município de Monte Alegre de Sergipe, estiveram presente, desta vez para prestigiar a inauguração da obra de reforma e ampliação da UBS. A obra que estava em fase de acabamento, com previsão de entrega para dia 20 de setembro de 2020, finalmente ficou pronta na segunda quinzena de outubro/2020, os transtornos no atraso da obra deu-se devido a paralização causada pela pandemia do novo coronavírus, por esse motivo houve uma demora, além disso também os aditivos causou atrasos, mas enfim a obra foi concluída com êxito dentro dos padrões exigidos pela RDC - Resolução da Diretoria Colegiada Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005 é uma série de normas regulamentares cujo objetivo é atribuir responsabilidades a empresas e profissionais a fim de garantir as Boas Práticas mantendo os padrões de qualidade dos produtos e serviços destinados à saúde da população. O que preconiza o SUS:

- **Descentralização;**
- **Regionalização e hierarquização;**
- **Participação da comunidade;**

É por intermédio dessas diretrizes, tendo em vista o alicerce estrutural dos processos que o SUS deve se organizar, obedecendo os princípios que regem e norteiam as ações de saúde:

Universalidade: Todo cidadão tem direito a todos os serviços públicos de saúde. E o Governo tem o dever de prover a assistência à saúde igualitária para todos.

Equidade: é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça.

Integralidade: Todas as pessoas devem ser atendidas desde as necessidades básicas, de forma integral.

Quando se fala em conceitos de saúde e de equidade no SUS, estamos vivenciando o que foi consolidado ao longo de tempo, bem como a visão da atualidade que se faz no Brasil de sua significação, sendo orientada como um caminho para que se possa alcançar um nível de garantia real e de efeito integral para garantir os direitos básico à saúde da população, visto que a maior preocupação dos gestores, ainda é compreender:

- **As diferenças,**
- **As necessidades**
- **As particularidades**

Dos mais diversos grupos sociais, o que mais se destaca a necessidade de se pensar a equidade com um compromisso em saúde pública de forma como um processo permanente e de transformação, que ao longo do tempo vai modificando de acordo com suas necessidades que irão surgindo, sua finalidade e abrangência à medida em que se tem êxito nos resultados alcançados,

certamente surgirão novos desafios para que seja solucionados. A discussão do tema, deve ser abrangida de modo a estabelecer limites que resultem em práticas de promoção da equidade necessária à concretização dos direitos à saúde, que seja capazes de produzir a melhoria de forma objetiva para o cumprimento dos indicadores de saúde, bem como da percepção dos cidadãos com relação à satisfação dos resultados com seu próprio estado de saúde, o de sua família e o da comunidade a que pertence. Assim sendo, o ideal deve ser um sistema de saúde capaz de garantir o necessário a todos, levando-se em conta suas singularidades e necessidades obedecendo as princípios e diretrizes do SUS.

- **Universalidade**
- **Equidade**
- **Integralidade**

Visto que, a obra está de acordo com as diretrizes que norteiam os princípios do SUS, equipada e mobiliada para dar início aos diversos procedimentos e atendimentos da áreas do setor de saúde como:

- **Atendimentos médico**
- **Farmácia básica**
- **Imunização**
- **Curativos**
- **Fisioterapia**
- **Psicólogo**
- **Verificação de pressão**
- **Pré- natal**
- **Citologia**

Os serviços de saúde serão oferecidos aos munícipes mais carentes e que ficam distantes da sede, com a UBS toda estruturada e completa com ambiente climatizado oferecerá conforto, comodidade e qualidade dos serviços tanto aos profissionais de saúde quanto aos usuários do SUS, bem perto de sua comunidade, visando a melhoria e qualidade dos atendimentos in loco, minimizando os sofrimentos desta gente tão desprovida de tudo, um grande marco para a história deste povoado, e para o município uma conquista de grandiosidade será essa obra, um sonho que se tornou realidade para os moradores locais e circo vizinhos.

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA

Município: Monte Alegre De Sergipe – SE

Região de Saúde: Nossa Senhora da Glória

Ano da Pactuação: 2021

Status: Em apreciação pelo Conselho de Saúde

INDICADORES PACTUADOS 2020

Nº	TIPO	INDICADOR	META	UNIDADE DE MEDIDA
1	U	Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	6	Número
2	e	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados.	100,00	Percentual
3	u	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	95,00	Percentual

4	u	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada	100,00	Percentual
5	u	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	85,00	Percentual
6	u	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	90,00	Percentual
7	e	Número de Casos Autóctones de Malária	Não se Aplica	Número
8	u	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	1	Número
9	u	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.	0	Número
10	u	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	95	Percentual
11	u	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	0,50	Razão
12	u	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de	0,40	Razão

		determinado local e população da mesma faixa etária.		
13	u	Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	64,00	Percentual
14	u	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos	22,50	Percentual
15	u	Taxa de mortalidade infantil	1	Número
16	u	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	0	Número
17	u	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	90,00	Percentual
18	u	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	80,00	Percentual
19	u	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	68,00	Percentual
21	e	Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.	Não se Aplica	Percentual
22	u	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	6	Número
23	u	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.	95,00	Percentual

Fonte: <https://digisusgmp.saude.gov.br> 1



