

RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL - 2017

**Aprovado em reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde de 22/12/2017
Resolução nº 03/2017 CMS**

Monte Alegre de Sergipe - 2018



Prefeitura Municipal de
MONTEALEGRE
Governo Participativo!

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO



**MINISTÉRIO DA
SAÚDE**



**Conselho Nacional
de Saúde**



**GOVERNO DE
SERGIPE**
PRESENTE E FUTURO



Prefeitura Municipal de
MONTEALEGRE
Governo Participativo!

Avenida Manoel Elígio da Mota, 660 CEP: 49690-000. Monte Alegre de Sergipe – SE

CNPJ: 11.602.838/0001-71

e-mail: saudealegre@hotmail.com

SUMÁRIO

1. HISTÓRIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	5
1.1 Saúde no Brasil - do sanitarismo à municipalização	5
1.2 Ministério Da Saúde	7
1.3 Missão	7
2. INTRODUÇÃO	8
3. REDE FÍSICA DE SAÚDE	10
4. OBJETIVOS	11
4.1 Objetivo geral	11
4.2 Objetivos específicos	11
5. GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	12
5.1 Gestão Municipal de Saúde	12
5.2 Distribuição das Equipes da Estratégia de Saúde	18
5.3 Atividades Intersetoriais	18
5.4 Transporte	22
6. ATENÇÃO BÁSICA	24
6.1 Programa Bolsa Família	29
6.2 Educação em saúde realizada pelas equipes da atenção básica	30
7. VIGILÂNCIA EM SAÚDE	33
7.1 Diagnóstico Epidemiológico	33
7.2 Perfil Epidemiológico	33
7.3 Perfil De Mortalidade	35
7.4 Programa Nacional de Imunização	38
7.5 Notificações Compulsórias	41
7.6 Vigilância Sanitária	46
7.7 Endemias	50
8. MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	54
8.1 Centro de Especialidade em Saúde	55
8.2 Projeto Glaucoma	57
8.3 Beneficiários com Transporte para Aracaju	58
8.4 Tratamento fora do Domicílio	59

9. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	61
9.1 Atuação do Conselho	62
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65

REFERÊNCIAS

ANEXOS

- Resolução de aprovação pelo conselho municipal de Saúde de 2017
- Relatório da I Conferência de Vigilância em Saúde de 2017

1. HISTÓRIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

1.1-Saúde no Brasil - do sanitarismo à municipalização:

Muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes. Na verdade, o Ministério limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério. Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações.

Três anos após a criação do Ministério, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas.

O Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas. A Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência a necessitarem de pronta mobilização, sem prejuízo de sua ação executiva direta, no campo do saneamento e da assistência médico-sanitária aos estados.

No início dos anos 60, a desigualdade social, marcada pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas, ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento e de melhorias conduziu o que alguns pesquisadores intitularam como a grande panaceia dos anos 60 - o planejamento global e o planejamento em saúde. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram marcos importante, como

Do final da década de 80 em diante, destaca-se a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema.

1.2- Ministério Da Saúde - MS

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros.

É função de o Ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro.

1.3- Missão

Promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania.

2. INTRODUÇÃO

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, Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e 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 será ascendente, 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 relevância garantir a participação popular e o controle social. Para construir os instrumentos de Planejamentos do SUS: Plano de Saúde, Relatório Anual de Gestão, os municípios tem 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 de gestão, este é o 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 2014-2017, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS, tendo em vista o cumprimento dos compromissos firmados pela gestão municipal para com a melhoria das condições de saúde da população monte alegreense.

Vale ressaltar, que o compromisso principal, da gestão é dar continuidade nos programas de saúde preconizados pelo SUS, de ações voltadas para promover melhor 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 uma atenção integral, equânime e universal a população sob-responsabilidade da gestão municipal.

3. REDE FÍSICA DE SAÚDE

Tabela 01 – Relação das Unidades Pública e Privada Prestadora de Serviço de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

UNIDADES DE SAÚDE	CNES
Clínica de Saúde da Família Marieta Souza Andrade	2420279
Clínica Fabrine Rosa – LTDA ME	7634501
Unidade Básica de Saúde da Família Povoado Maravilha	3059170
Unidade Básica de Saúde da Família Povoado Lagoa do Roçado	2420295

4. OBJETIVOS

4.1-Objetivo geral

Analisar as propostas e ações realizadas no âmbito da saúde no município de Monte Alegre de Sergipe, bem como os resultados e metas alcançados em 2017.

4.2-Objetivos específicos

Descrever os resultados e ações desenvolvidas pelo setor de saúde em Monte Alegre de Sergipe no ano de 2017.

Especificar as metas pactuadas, bem como as metas alcançadas com as ações de saúde no decorrer do ano de 2017.

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 2017.

5. 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.

5.1 - GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.

A secretaria Municipal de Saúde (SMS) possui um total de 150 (cento e quarenta e nove) funcionários, sendo destes 87 (oitenta e sete) efetivos e 63 (sessenta e três) contratados e comissionados, lotados de acordo com suas atribuições e necessidades dos serviços de saúde nas divisões administrativas, informações e assistenciais. A 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), (Ministério da Saúde; departamento da Atenção Básica, 2017).

A atenção primária do município é constituída por cinco equipes de saúde da família (ESF), três equipes de 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). Dispõe também da Central de Regulação com dois profissionais trabalhando, um assistente administrativo e um auxiliar de enfermagem. Todos os profissionais da ESF do município cumpre uma carga horária de 40 horas semanais, conforme regulamenta a portaria supracitada.

O município possui dentro do quadro assistencial da atenção primaria Sala de Vacina, Sala de Curativo, cada setor conta com serviços de um auxiliar de enfermagem fixo. O Núcleo de Endemias é composto por um supervisor de campo e sete Agentes de Combate a Endemias (ACE) e a Divisão de Vigilância Sanitária, com a uma coordenadora e dois fiscais, a Assistência Farmacêutica, com uma farmacêutica e uma atendente de farmácia. Além destes profissionais,

temos Ginecologista, Psicóloga, Psiquiatra, Fisioterapeuta e Urologista que trabalham no Centro de Especialidades.

O município conta ainda com uma Clínica de Urgência/24 horas, que é composta por uma equipe mínima diariamente, médico clínico geral, enfermeiros, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, vigilante, recepcionista, motorista, cozinheiro (a), e auxiliar de serviços gerais. No setor administrativo da SMS, trabalha assistente e auxiliar administrativo, enfermeiros desenvolvendo a função de coordenadores da Atenção Básica e Vigilância em Saúde, e uma Veterinária (coordenadora da Vigilância Sanitária), auxiliar de serviços gerais e vigilantes.

Segue Abaixo figuras demonstrando as realizações da gestão em 2017.

Figura 1 – Implantação do projeto dique saúde, 2017.



Figura 2 – Implanta a rotina de ofertar lanche todas as quintas para os usuários da zona Rural.



Figura 3 – Implanta o espaço lúdico na recepção da Marieta Souza Andrade para as crianças, 2017.

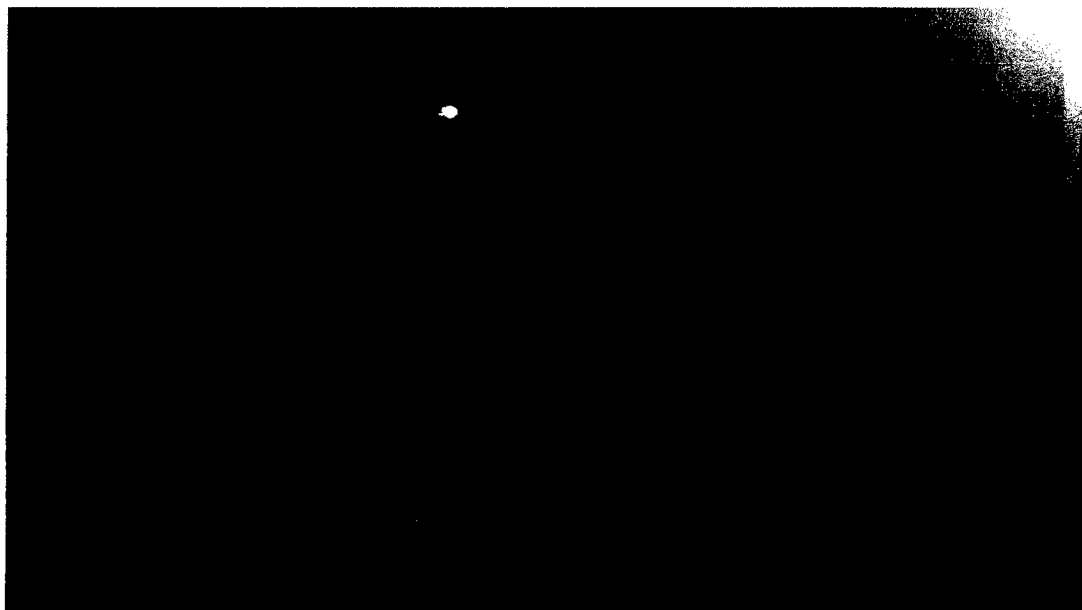


Figura 4 – Reforma as cadeiras da clínica 24 horas, 2017.

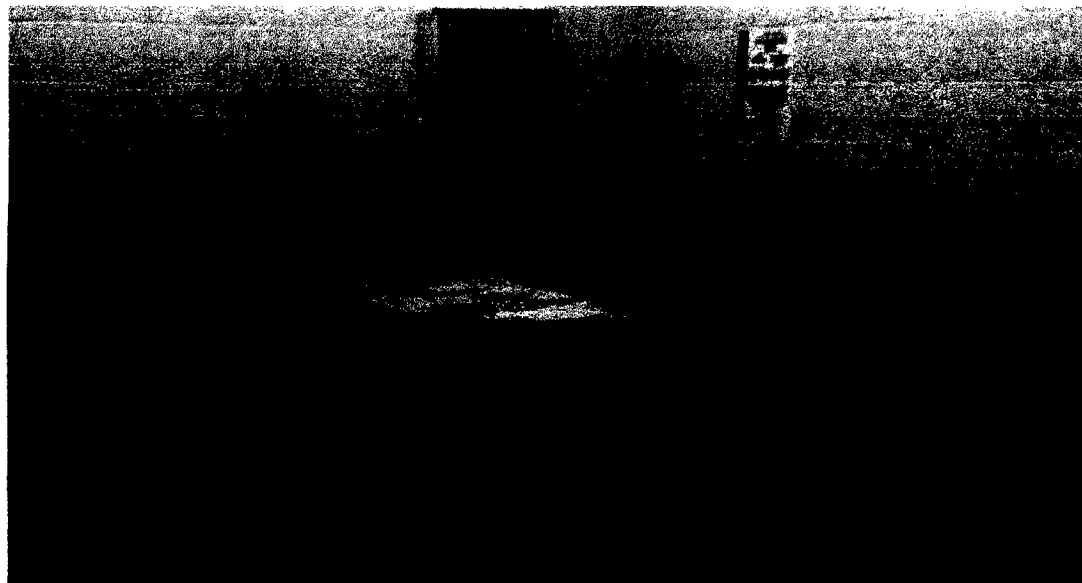


Figura 5 - Faz as mudanças no consultório odontológico, 2017.

Coloca nas paredes desenhos lúdicos e educativos. Coloca a Lixeira para lixo infectante, retira mofo das paredes e reforma o forro que estava quebrado.



Figura 6 - Reforma consultório adaptando para atendimento ao público infantil, 2017.



Figuras 7– Compra da Porta da clínica Marieta Souza Andrade e sinalização, 2017.

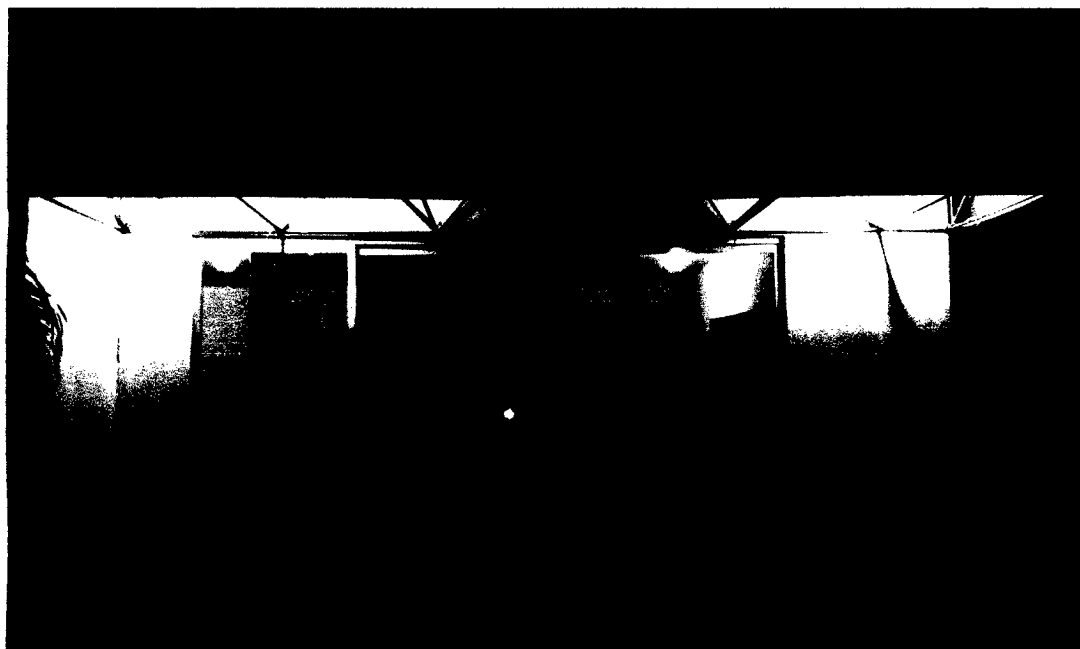


Figura 8 – compra do Totem e Banner para divulgação dos serviços prestados (conforme Exigências da portaria 2436 de 21 de setembro de 2017).

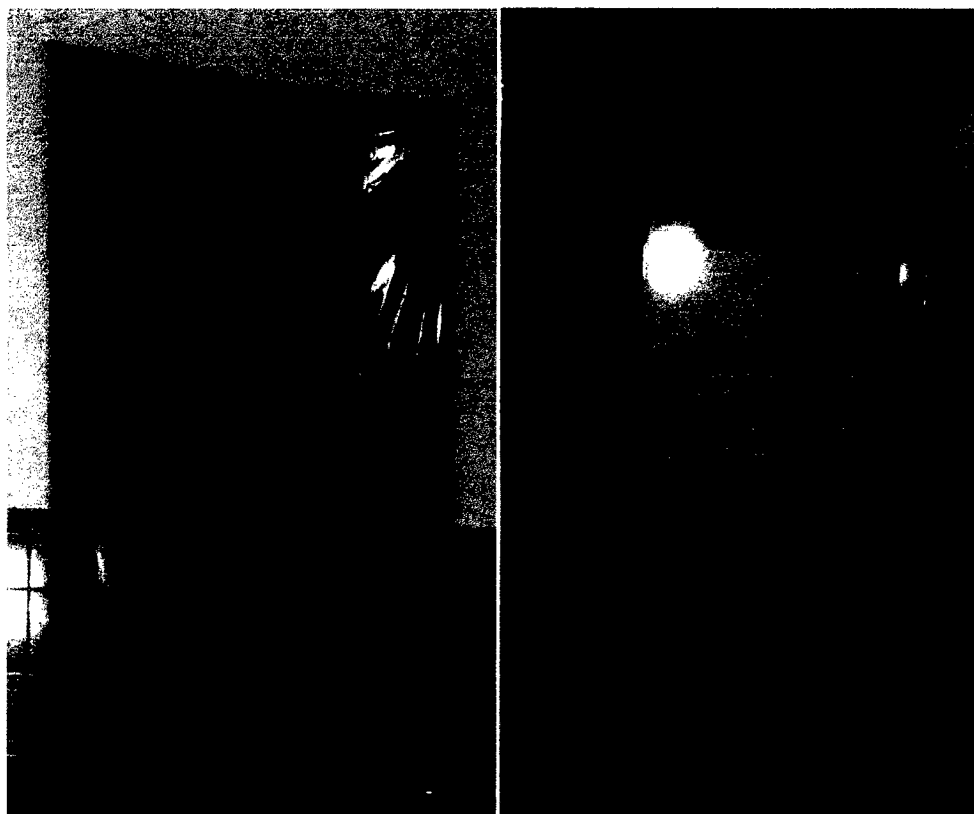


Figura 9 – Sinalização da Clínica de 24 horas, 2017.



Figuras 10 – Inaugura o Centro de especialidade em Saúde, 2017.

INAUGURAÇÃO DO CENTRO DE ESPECIALIDADES EM SAÚDE



Fique Ligado

19 SETEMBRO

Prefeitura Municipal de
MONTEALEGRE
Governo Participativo

5.2 - DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE.

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

Tabela 02 - Relação dos profissionais por equipes de saúde da família do município, bem como local de atuação, Monte Alegre de Sergipe, 2017.

Equipe I	Equipe II	Equipe III	Equipe IV	Equipe V
Zona Urbana	Zona urbana	Zona Rural	Zona Rural	Zona Urbana
06 Microáreas	08 Microáreas	07 Microáreas	08 Microáreas	06 Microáreas
Enfermeiro Auxiliar de Enfermagem 06 ACS Médico PMM	Enfermeiro Auxiliar de Enfermagem 08 ACS Médico PMM	Enfermeiro Auxiliar de Enfermagem 07 ACS Médico Contrato	Enfermeiro Auxiliar de Enfermagem 08 ACS Médico Contrato	Enfermeiro Auxiliar de Enfermagem 06 ACS Médico PMM

Tabela 03 – Relação dos profissionais por equipes de saúde bucal município, bem como local de atuação, Monte Alegre de Sergipe, 2017.

Equipe I	Equipe II	Equipe III
Zona Urbana	Zona Rural	Zona Rural
Odontólogo Auxiliar de Saúde Bucal	Odontólogo Auxiliar de Saúde Bucal	Odontólogo Auxiliar de Saúde Bucal

Baseado no Departamento de Atenção Básica (DAB, 2017), 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

qualidade dos serviços ofertados, bem como a estruturação dos serviços de Atenção Básica municipal. Em relação à cobertura de saúde bucal, município dispõe teto máximo de até sete equipes, no momento somente três equipes foram implantadas, sendo uma na zona urbana e duas na zona rural.

Uma das metas para 2017 consistiu em ampliar as especialidades e promover o aumento destes serviços como cumprimento das metas para melhorar os indicadores de saúde, o compromisso da gestão é trabalhar no sentido de aprimorar as ações de saúde, promovendo e ofertando mais consultas médicas nas especialidades, tais como: clínico geral, pediatria, ginecologia e obstetria, fisioterapia, psiquiatria, psicologia e urologia. Na gestão atual, o município dispõe de sete médicos plantonista, dois fisioterapeutas, um ginecologista/obstetra, um pediatra, um psicólogo um psiquiatra e um urologista.

No entanto, o compromisso da gestão estar na quantificação e qualificação dos serviços, bem como ao mesmo tempo mais assistência na Atenção Básica, com o aumento do número de consultas médicas, como de atividades de promoção, prevenção e proteção à saúde e, portanto diminuir o volume de internações por condições sensíveis a Atenção Básica.

Na Estratégia de Saúde Bucal (ESB), não foi possível atingir o indicador, temos uma meta de 59,71 e atingiu uma cobertura de 43,05% resultado abaixo da meta pactuada. Acredita-se que os resultados estejam relacionados à situação das Unidades de Saúde da Zona Rural não ter consultórios odontológicos com estruturas físicas adequadas para atendimento.

Embora nossa realidade preconizada, em termos de políticas públicas de saúde bucal, também necessite de estratégias mais eficazes para alcançar esse indicador. Entretanto a gestão tem se empenhado em busca de melhorias na estrutura física das Unidades Básicas, bem como, designado mais ações na prevenção e promoção da saúde bucal, para diminuir os agravos investindo em ações de educação continuada como orientação e escovação supervisionada. Espera-se que tais ações aumentem as chances de alcançar as metas dos indicadores desejáveis pelo Ministério da Saúde.

Tabela 04 - Indicadores de acompanhamento previstos pela gestão municipal de saúde, metas pactuadas e resultados obtidos no ano de 2017.

INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO	RESULTADO	META
Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	100%	100%

Cobertura populacional pelas equipes de saúde bucal	43,05%	68,92%
Número de profissionais vinculados aos PMM e PROVAB	3	100%
Média de ação de escovação dental supervisionada	1.0%	0,2%
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	12,12%	10%
Número de unidades de saúde que distribuem medicamentos de uso contínuo no município.	3	100%
Número de veículos em condições adequadas de uso	11	6
Realização de atividades intersetoriais no município anualmente	5	1

Em relação às intervenções de grande importância para a saúde no que diz respeito ao fortalecimento e qualificação dos serviços ESF foram desenvolvidas conforme planejado, no entanto no que concerne a ESB não atingiu a cobertura da meta preconizada pelo Ministério da Saúde, o que implica numa necessidade de fortalecimento de ações para melhoria dos serviços.

5.3 – ATIVIDADES INTERSETORIAIS

Figura 11 – Fotos da brigada Estadual de combate e prevenção ao mosquito da dengue, juntamente com os agentes de combate a endemias do município, 2017.



Figura 12 – Reunião com os representantes dos Municípios das Regionais de Glória e Estância e representantes da Secretaria de Estado da Saúde.



Figura 13 – Usuários do SUS e profissionais da saúde do Município participam da Conferência Regional da Mulher em Nossa Senhora da Glória, 2017.

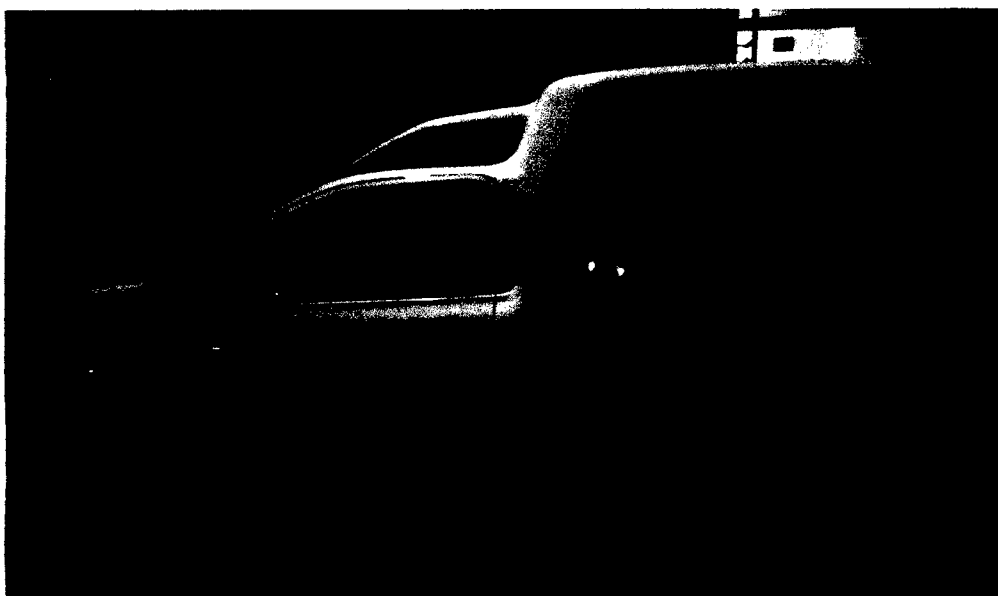


5.4 – TRANSPORTE.

No quesito transporte, realizou-se a compra de veículos para as equipes de saúde se deslocarem para os locais de atendimento, bem como para as visitas domiciliares, atividades de educação permanente e campanhas, assim como a garantia de assistência de transporte para os munícipes que necessitam de tratamento fora do domicílio. Dispomos de ambulâncias, sete carros de pequeno porte e uma Ducato locada.

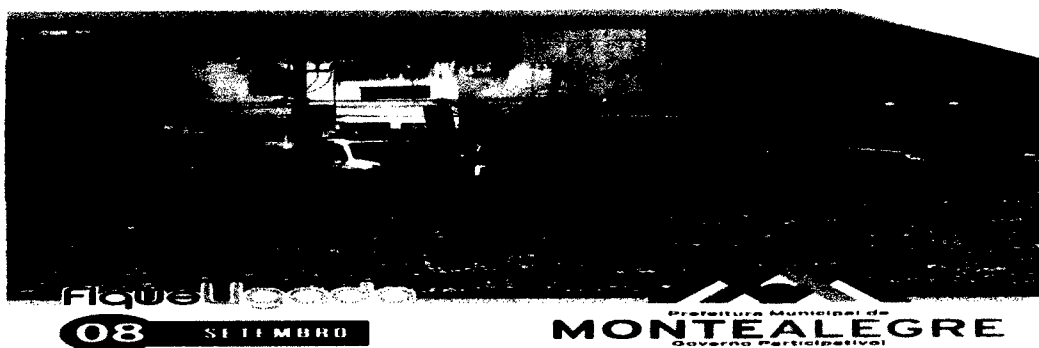
Figuras 14 – Carros adquiridos no ano de 2017.

Ambulância



Ambulância Anjos da Guarda (doação do governo do Estado).

SOLENIIDADE DE ENTREGA DE AMBULÂNCIA PARA O MUNICÍPIO



Foram comprados quatro carros de pequeno porte (MOBI)



Foram Comprados dois carros de pequeno porte (PALIO).



6.0 – ATENÇÃO BÁSICA

Objetivos: 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 a 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.

Tabela 05 – Relata o quantitativo de atendimentos médicos na atenção primária por faixa etária.

ATENDIMENTO MÉDICO POR FAIXA ETÁRIA				
QUADRIMESTRES	PRIMEIRO	SEGUNDO	TERCEIRO	TOTAL
IDADE <1	220	371	372	963
IDADE 1 - 4	747	1.169	1.416	3.332
IDADE 5 - 9	442	983	949	2.374
IDADE 10 - 14	366	758	715	1.839
IDADE 15 - 19	591	926	928	2.445
IDADE 20 - 39	2.102	2.754	2.749	7.605
IDADE 40 - 49	774	901	948	2.623
IDADE 50 - 59	616	745	802	2.271
IDADE 60 +	724	1.043	1.649	3.416
TOTAL	6.582	9.650	9.726	25.958

Figura 15 – Fotos dos profissionais sendo capacitada pelo coordenador da regional para realizar testes rápidos, 2017.



Tabela 06 – Relata os atendimentos e procedimentos realizados pelos Enfermeiros (a) das Equipes de ESF, em 2017.

ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS DA ENFERMAGEM				
QUADRIMESTRES	PRIMEIRO	SEGUNDO	TERCEIRO	TOTAL
Aferição de Pressão	3.859	3.041	3.965	10.865
Peso	3.319	3.321	3.998	10.638
Altura	878	910	717	2.505
Acompanhamento de Hanseníase	02	5	02	09
Atendimento de Enfermagem	786	1.012	1.504	3.302
Sisprenatal	153	577	581	1.311
Hipertensos	1.032	2.357	2.153	5.542
Diabéticos	283	645	632	1.560
Puericultura	492	692	787	1.971
Reuniões com ESF	236	234	233	703
Glicemia Capilar	573	641	671	1.885
Curativos	462	820	634	1.916
Total Geral				42.206

Figura 16 – ESF realiza palestra acerca das IST, saúde bucal e vacinação de HPV, 2017.

Figura 17 – ESF comemora o dia Internacional da Mulher, 2017.



Tabela 08 – Relata total de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na ESF, em 2017.

ATENDIMENTOS	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total
Hipertensos cadastrados	2.488	2.357	2.423	7,268
Hipertensos acompanhados	2.400	2.301	2.288	6,989
Diabéticos cadastrados	655	645	701	2,001
Diabéticos acompanhados	624	599	657	1,880



Tabela 07 - Relata o quantitativo de cadastros do SISPRENATAL por faixa etária nos quadrimestres, no ano de 2017.

CADRASTRO DO SISPRENATAL				
Faixa Etária	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total Geral
10-14	02	06	01	09
15-19	27	56	71	154
20-24	53	45	56	154
25-29	30	37	29	96
30 +	31	30	23	84
Total	153	174	180	507

Tabela 09 - Relata o quantitativo de gestantes atendidas, em 2017.

Atendimentos	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre
Gestantes cadastrados	88	74	101
Gestantes acompanhados	88	74	101
Total			
Total Geral de Gestantes atendidas			526

Figura 18 – ESF realiza reuniões com profissionais, 2017.

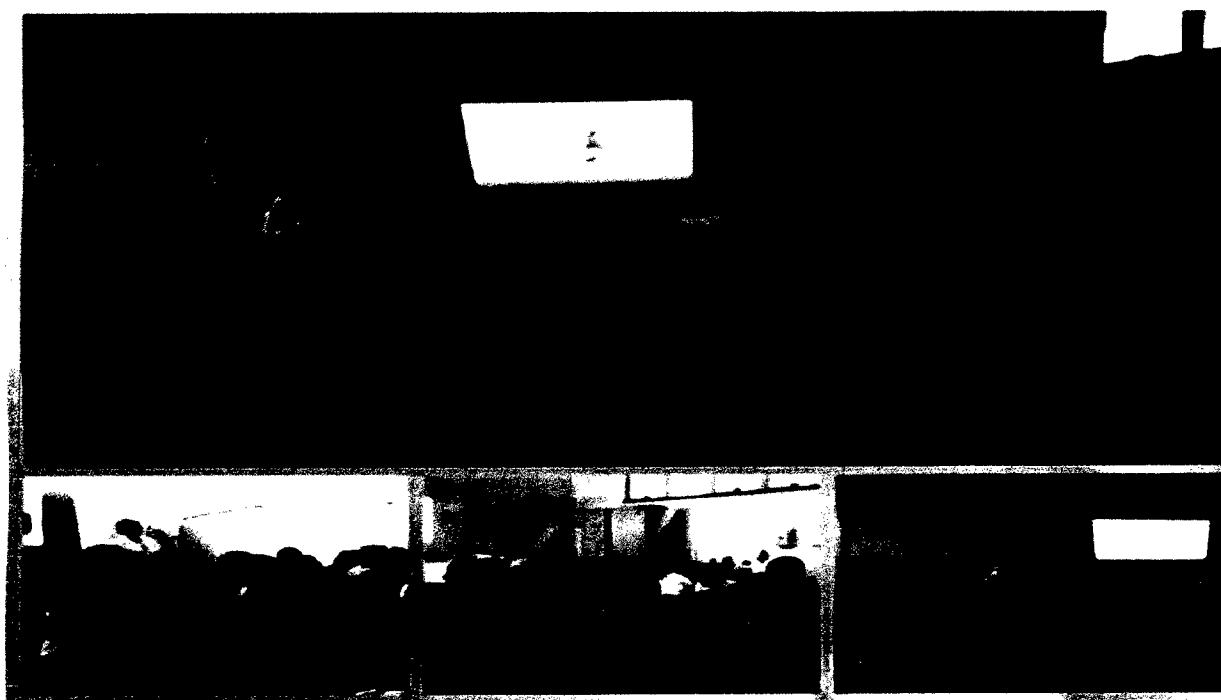


Tabela 10 – Relata as vistas dos Agentes Comunitários de Saúde no de 2017.

ATENDIMENTOS	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total
Visitas dos ACS	12.529	18.773	22.053	53.355

Tabela 11 – Relata a quantidade de medicamentos dispensados nas Unidades de Saúde e Clínica 24 Horas, em 2017.

Dispensação de Medicamentos	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total
Clínica 24 horas	36.836	42.186	51.278	130.300
Farmácia Básica	5.481	7.233	6.837	19.551
TOTAL GERAL DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS				149,851

6.1 - PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF).

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 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.

Tabela 12 – Relata o percentual de famílias acompanhadas pelo PBF, em 2017.

META 77%		
Resultados	1º Vigência	2º Vigência
	70,04%	77,47%

De acordo com o PBF o município possui 2.623 famílias beneficiárias. Essas famílias beneficiárias equivalem aproximadamente a 77,47% da população total do município. Sendo assim, foi alcançada a meta pactuada de atendimento do programa. Para os próximos anos o foco principal da gestão municipal deve ser a manutenção da atualização cadastral dos beneficiários, para evitar que famílias que precisam do benefício tenham o pagamento interrompido. A qualidade dos dados cadastrais aumenta a possibilidade de que todas as famílias pobres do município sejam beneficiárias do Programa.

Todos os atendimentos da atenção primária de urgência é realizado na clínica de atendimento 24 horas, temos uma equipe mínima com medico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem diariamente atendendo os munícipes. Segue abaixo, tabela relatando e quantificando os procedimentos realizados.

Tabela 13 – Relata quantitativo dos procedimentos da Clínica 24 horas, realizados em 2017.

ATENDIMENTOS	1º quadrimestre	2º quadrimestre	3º quadrimestre	Total
Consulta de Clínica 24 horas	6.574	10.074	17.775	34.423
Inalação/ Aerosol	333	469	668	1470
Injeções	5.463	8.431	12.919	26.813
Medicamentos injetáveis	19.836	30.186	37.028	87.05
Pressão Arterial	4.408	3.041	4.067	11.516
Retirada de Pontos	25	11	35	71
Paciente em observação	4.118	7.171	12.429	23.718
Glicemia capilar	216	641	879	1736
Curativo	322	831	1.523	2.679
Atendimento a pessoas de outro município	646	1.208	6.501	8.355
Altura	6.624	910	2.085	9.619
Peso	6.574	3.321	2.192	12.087
Transferência	195	200	351	746
Sutura	139	112	190	441

6.2 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADA PELAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA, 2017.

A Secretaria Municipal de Saúde no dia quatro de dezembro do corrente ano aderiu ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) baseando-se na portaria de 3194 de 28 de

Novembro de 2017 que dispõe a cerca do programa para o fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde, no entanto a Secretaria Municipal de Saúde desde o início de 2017 já realiza atividades voltadas para educação permanente em saúde segue abaixo figuras que demonstram tais atividades.

Figuras 19 – Ações da NEPS, 2017.



Figuras 20 – Ações do Programa Saúde na Escola (PSE)



7.0 - 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 enquadrando-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 do saber, 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.

Segundo 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).

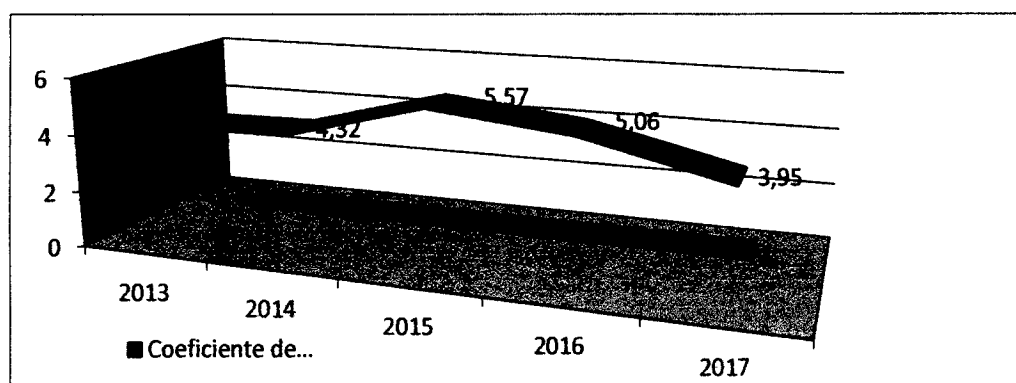
7.1- DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

7.2 – Perfil Epidemiológico:

7.3 - PERFIL DE MORTALIDADE.

Em 2017 temos um resultado parcial de 60 óbitos de munícipes no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ocorridos em Monte Alegre de Sergipe. O Coeficiente de Mortalidade Geral, que expressa o número de óbitos para cada grupo de 1.000 habitantes, foi de 3,95/1.000 habitantes, valor bem significativo relacionado aos anos anteriores, onde o mesmo representa uma redução da mortalidade geral.

Gráfico 2 - Coeficiente de Mortalidade Geral (por 1.000 hab), residentes em Monte Alegre de Sergipe, 2012 a 2017.



Fonte: SIM/DIVEP/NSI/SES/IBGE

Tabela 15 - Indicadores de mortalidade proporcional, residentes de Monte Alegre de Sergipe, 2012 a 2017.

Indicadores de Mortalidade	2013	2014	2015	2016	2017
Total de óbitos	58	59	76	69	60
Taxa bruta de Mortalidade	4,25	4,32	5,57	5,06	3,95
Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas - por 1.000 hab., de 30 a 69 anos de idade)	6,08	6,28	7,50	8,11	6,89

Na Tabela 15 é possível verificar o total de óbitos em valores absolutos, observa-se também uma redução da taxa bruta de mortalidade comparada aos dois últimos anos. Além disso, consta a taxa de mortalidade prematura, demonstrada a partir do conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.

Em relação a causas de óbitos podemos destacar as mortes por causa das doenças do aparelho circulatório que totalizam 80 óbitos em números absolutos, seguida das causas externas de morbidade e mortalidade, com 66 óbitos, as neoplasias ocupam a terceira posição com o total de 35 óbitos que vem crescendo nos últimos 5 anos e por fim temos as doenças do aparelho respiratório com 33 óbitos, conforme mostra a Tabela 14.

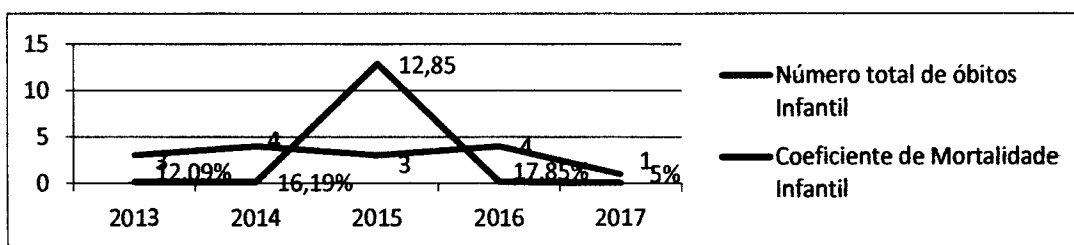
Tabela 16 - Mortalidade pela CID-10 por capítulo nos respectivos anos selecionados.

Frequência x Ano					
Causa (CID10 CAP)	2013	2014	2015	2016	2017
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	1	6	1	2
II. Neoplasias (tumores)	4	7	9	4	11
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	1	1	1	0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	5	4	9	5
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	0	0	0	0
VI. Doenças do sistema nervoso	0	1	0	2	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	16	13	23	16	12
X. Doenças do aparelho respiratório	6	6	4	11	6
XI. Doenças do aparelho digestivo	2	3	1	3	2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	2	1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	1	0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	2	4	2	3
XV I. Algumas afec originadas no período perinatal	0	3	2	2	1
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	1	1	1	0
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5	1	5	2	3

XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12	15	14	12	13
Total	58	59	74	69	60

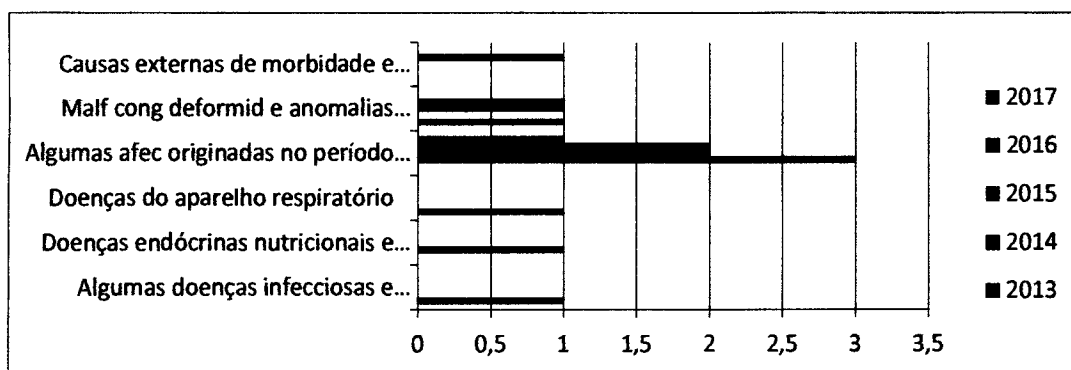
Em relação à mortalidade infantil de Monte Alegre de Sergipe no ano de 2017 ocorreu 1 óbito de criança menor de 1 ano residente em Monte Alegre de Sergipe. O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) para 2017 foi de 5% óbitos por 1.000 nascidos vivos. Em 2013, esse valor era de 3 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos (NV), com o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 12,09%, a serie histórica dos últimos 5 (cinco) anos pode ser observada no gráfico 3. Além disso, podemos visualizar no gráfico 4 a causa de óbito infantil de acordo com o CID, no qual, destaca-se algumas afecções originadas no período perinatal e a mal formação congênita deformidade e anomalias cromossômicas.

Gráfico 3 - Coeficientes de Mortalidade Infantil, série histórica de Monte Alegre de Sergipe, 2013 a 2017.



Fonte: SIM/DIVEPNSI/SES/IBGE

Gráfico 4 - Causa de óbito infantil de acordo com o CID, série histórica de Monte Alegre de Sergipe, 2013 a 2017.



Fonte: SIM/DIVEPNSI/SES/IBGE

Em relação à mortalidade materna no município de Monte Alegre de Sergipe, de 2013 a 2017 não a 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 o ano anterior, assim, levando a conclusão do fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família junto com a adesão ao pré - natal.

Tabela 17 - Indicadores de mortalidade materna, residentes de Monte Alegre de Sergipe, 2012 a 2017.

Óbitos Maternos	2013	2014	2015	2016	2017
Óbito de Mulheres em idade fértil.	4	5	3	8	3
Óbitos Maternos declarados.	0	0	0	0	0
Óbito investigado.	4	5	3	8	3

Fonte: SIM/DIVEP/NSI/SES/IBGE

7.4 – PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO.

A cobertura vacinal para crianças de 1 ano e menos em Monte Alegre de Sergipe é considerada satisfatória pelo Ministério da Saúde (MS), ainda que historicamente o município tenha tido dificuldade de alcançar a meta de cobertura mínima, em todas as vacinas, preconizada pelo MS, que é imunizar no mínimo 95% dessa população. Vale ressaltar que os dados do ano de 2017 são parciais, pois são dados compilados até o mês de julho, tal justificativa se dá por Monte Alegre de Sergipe ser o primeiro município do Estado a implementar o sistema on line (sipni web), devido a implementação os dados dos meses subsequentes estão em fase de transição para o novo sistema, com isso, impossibilitando a verificação de dados atuais.

Figura 21 – Campanha de Influenza e Multivacinação, 2017.

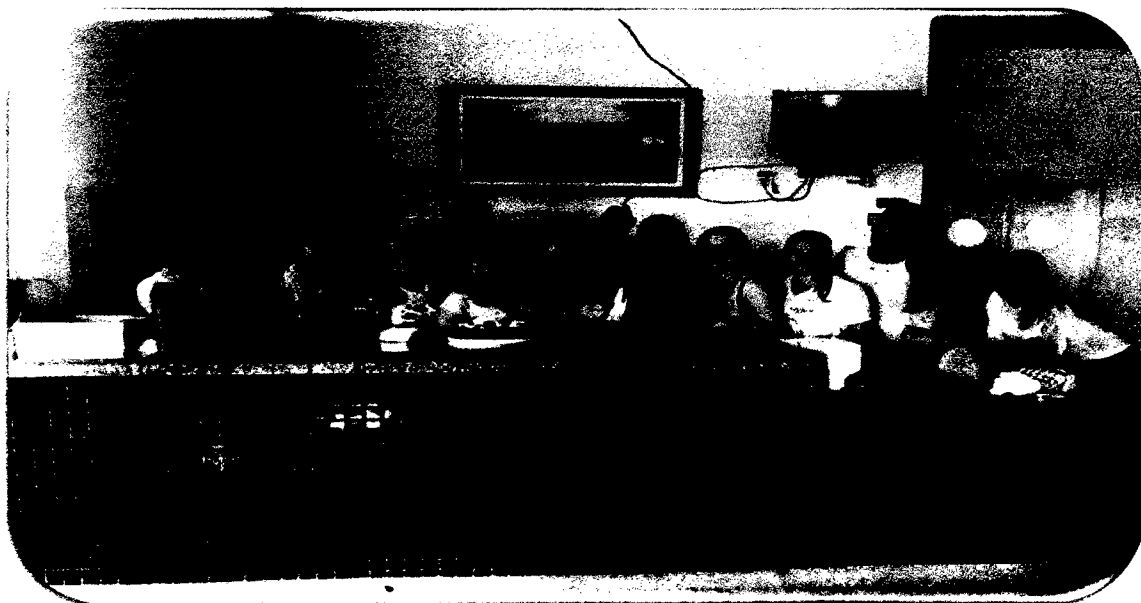


Tabela 18 - Coberturas Vacinais em menores de 1 ano de idade no 2017.

ANO/2017	
BCG DU	75,65
Meningocócica Conjugada C D2	38,17
Penta(DTP/Hib/HB D3	34,01
Pneumocócica D2	43,72
Poliomielite D3	29,84
Rotavírus Humano D2	40,95

Fonte: Programa Nacional de Imunizações.

Figura 22 – Campanha de HPV, 2017.



Tabela 19 - Coberturas Vacinais em maiores de 1 ano de idade em 2017.

ANO 2017	
Hepatite a D1	32,62
Triplíce viral D1	36,09
Triplíce viral D2	43,03
Tetra viral D1	24,99

Fonte: Programa Nacional de Imunizações.

No ano de 2017 várias ações foram realizadas para elevar a cobertura vacinal, pela Coordenadoria de Imunização em conjunto com Atenção Básica. Foi realizado monitoramento de cobertura com metodologia indicada pelo Ministério da saúde. Além disso, foi ofertado capacitação para os vacinadores e as equipes de estratégia de saúde da família.

7.5 – NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS

A ocorrência de casos novos de uma doença (transmissível ou não) ou 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).

Em 2017 foram diagnosticados 01 novo caso de hanseníase e 01 de tuberculose no município, a partir dessa identificação intensificou-se a avaliação dos casos comunicantes, bem como, estabelecer tratamento precoce, interrompendo assim a cadeia de transmissão. Esses casos estão em acompanhamento pelas equipes de saúde e um caso de hanseníase encontra-se em cuidado compartilhado com o centro de referência.

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.

O percentual de cura dos casos novos de hanseníase em 2017 notificados não tem como ter, pois os pacientes estão ainda em tratamento. 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.

O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tomem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento de suma relevância para auxiliar o planejamento da saúde, definir e redefinir estratégias e metas, bem como dar prioridade de intervenção, além disso, permitir que seja avaliado o impacto das intervenções. A tabela 18 nos mostra a série histórica do município de Monte Alegre de Sergipe, dos últimos 5 anos, em relação aos casos notificados e confirmados.

Tabela 20 - Número de casos notificados e confirmados de 2013 a 2017.

CASOS	2013	2014	2015	2016	2017
Números de casos notificados;	18	46	31	11	14
Números de casos confirmados.	10	24	16	8	13

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

A tabela 19 ilustra importante diminuição de casos detectados de hepatites virais em de 2013 a 2017. Quanto à sífilis na gestação observa-se uma acentuada diminuição nos casos novos, além disso, verifica-se também que os casos detectados estão sendo tratados durante a gestação, isso fica claro quando comparamos o número de casos de sífilis congênita dos últimos 5 anos. Os casos de Hanseníase e Tuberculose mantêm uma constância, chamando atenção apenas o ano de 2015 onde houve um aumento no número de casos. Os demais agravos encontram-se com pouco oscilação quando comparados aos anos anteriores.

Tabela 21 – Doenças de notificação compulsória, número de casos e incidência por 100.000 habitantes residentes em Monte Alegre de Sergipe, 2013 a 2017.

Doença notificação	2013		2014		2015		2016		2017	
	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.	Casos	Incid.
Hepatites virais	2	0,14	19	1,39	8	0,58	1	0,07	0	0
Herpes Genital	1	0,07	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis em Gestante	7	0,51	1	0,07	5	0,36	1	0,07	2	0,13
Sífilis Congênita	1	0,07	0	0	4	0,22	1	0,07	0	0
Sífilis não especificada	0	0	1	0,07	1	0,07	0	0	5	0,32
Hanseníase	2	0,14	3	0,22	5	0,36	1	0,07	2	0,13
Tuberculose	2	0,14	1	0,07	5	0,36	0	0	1	0,06
AIDS	0	0	1	0,07	1	0,07	1	0,07	2	0,13
Leptospirose	1	0,07	2	0,14	0	0	0	0	0	0
Esquistossomose	0	0	1	0,07	0	0	1	0,07	0	0
Varicela	0	0	1	0,07	1	0,07	3	0,22	0	0
Atendimento Antirrábico	0	0	0	0	1	0,07	1	0,07	6	0,39
Caxumba	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,06
Violência interpessoal/Autoprovoçada	1	0,07	1	0,07	11	0,80	3	0,22	1	0,06
Acidente de trabalho com exposição a material biológico	0	0	0	0	2	0,14	1	0,07	1	0,06

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

Tabela 22 – Relata Doenças de notificação compulsória registradas no Sistema de Informação de Agravos, quantificando por quadrimestre no ano de 2017.

AGRAVO	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	TOTAL
Sífilis em gestante	01	00	00	01
Sífilis em adulto	00	03	01	04
Sífilis congênita	00	00	00	00
Hepatites virais	00	00	00	00
Hanseníase	00	01	01	02
Tuberculose	00	01	00	01
Violência Interpessoal/Auto Provocada Doméstica	00	00	01	01
HIV/AIDS	00	02	00	02
Esquistossomose	00	00	00	00
Varicela	00	00	00	00
Dengue	00	00	00	00
Doenças Exantemáticas	00	01	00	01
Acidente Trabalho grave	00	00	00	00
Acidente de Trabalho com exposição a material biológico	00	00	00	00
Atendimento Anti-rábico	01	02	03	06
Leishmaniose visceral	00	00	00	00
Toxoplasmose em Gestante	00	00	00	00
Síndrome do corrimento uretral	01	00	00	01
Rubéola	00	00	00	00
Zika Vírus	00	00	00	00
Chikungunya	00	00	00	00
TOTAL	03	10	06	19

Fonte: SINAN, 2017

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

Seguir é apresentado o quantitativo de nascidos vivos no município no ano de 2017, o que reflete a estimativa de crescimento populacional. No segundo quadrimestre do ano corrente, houve um nascimento na Clínica 24 horas do município.

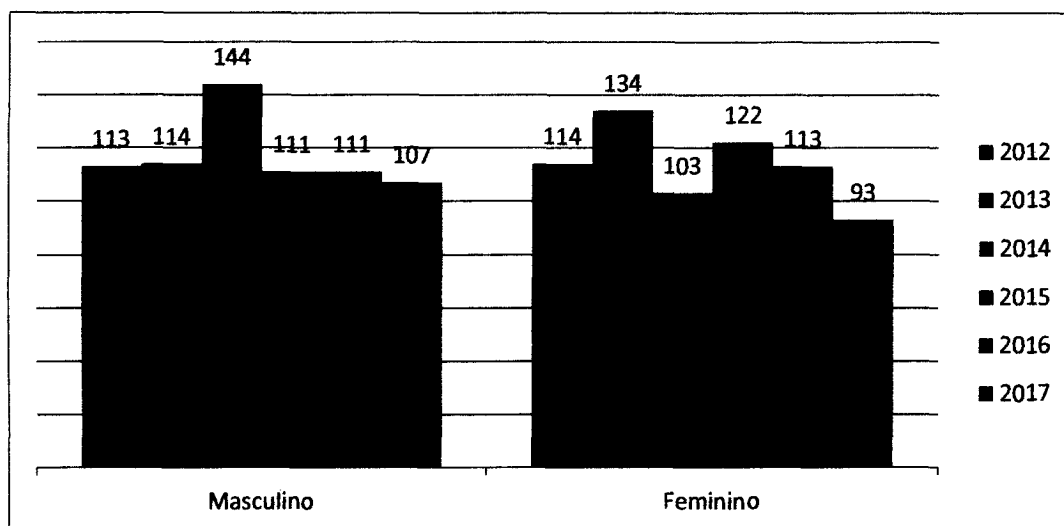
Tabela 14 - Características dos nascidos vivos, residentes em Monte Alegre de Sergipe, em 2017.

Condições	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total
Nascidos vivos	76	79	48	200
TAXAS DE 2017				
Taxa bruta de natalidade				13,17
Baixo peso ao nascer				8
Taxa de nascidos vivos por partos cesáreos				37
Taxa de nascidos vivos por partos vaginais				63

Fonte: SINASC/Ministério da Saúde/DATASUS/ DIVEP/NSI/SES/IBGE

No Gráfico 1 visualizamos o quantitativo de nascidos vivos em relação ao gênero (masculino/feminino). É possível observar que não existe uma tendência específica para determinado gênero, ambos mantêm valores absolutos contínuos e pouco variantes.

GRÁFICO 1 - Nascidos vivos X Gênero, dos residentes em Monte Alegre de Sergipe, 2012 a 2017.



Fonte: SINASC/Ministério da Saúde/DATASUS/ DIVEP/NSI/SES/IBGE

para diagnóstico precoce dos agravos a saúde e intensificar a notificação dos casos suspeitos, visto que ainda possam existir alguns casos subnotificados.

Em termos de doenças transmissíveis, uma preocupação importante refere-se aos casos diagnosticados de Sífilis, principalmente quando os casos acontecem em gestantes, visto que o tratamento inadequado ou o diagnóstico tardio pode resultar em transmissão vertical elevando os casos de sífilis congênita, sendo esta uma condição de maior gravidade. Nesse contexto faz-se importante a intensificação da realização dos testes rápidos para detecção precoce da Sífilis e HIV, principalmente nas gestantes.

Tabela 23 – Relata a quantidade de Testes rápidos para HIV, Hepatite C e Sífilis realizados em 2017.

TESTE RÁPIDO	HIV	HEPATITE B e C	SÍFILIS
1º QUADRIMESTRE	104	–	104
2º QUADRIMESTRE	11	12	11
3º QUADRIMESTRE	61	61	61

Em 2017 foi disponibilizado para o município os testes rápidos para HIV, Hepatite C e Sífilis, bem como o treinamento das equipes da ESF para a realização desses testes agilizando o diagnóstico de pacientes portadores do vírus causador da AIDS, bem como aqueles casos suspeitos de sífilis. Esse benefício foi maior para as gestantes que logo na primeira consulta de pré-natal já conseguiram serem avaliadas e identificar possíveis acometimento das patologias contribuindo para o diagnóstico em tempo real e oportuno, tratamento imediato e redução da transmissão vertical.

Tabela 24 - Casos de Doença Diarreica Aguda por Semana Epidemiológica, por Faixa etária e plano de tratamento em 2017.


MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Estado: **SE**

Regional: **4ª REGIONAL (SEDE: NOSSA SENHORA DA GLORIA)**

Município: **MONTE ALEGRE DE SERGIPE**

Faixa Etária						Plano de Tratamento					Nº de US com MDDA implantada	Nº de que inform
< a 4	1 a 5	5 a 9	10 +	IGN	Total	A	B	C	IGN	Total		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	6	1	0	3	10	10	0	0	0	10	0	1
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	1	0	0	3	4	3	1	0	0	4	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
0	2	0	1	0	3	3	0	0	0	3	0	1
0	0	4	0	4	8	8	0	0	0	8	0	1
2	22	11	8	21	64	42	22	0	0	64	0	-
< a 4	1 a 5	5 a 9	10 +	IGN	Total	A	B	C	IGN	Total	-	-

Fonte: SIVEP-DDA 2017

7.6 – 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.

De acordo com dados do censo de 2016, o município de Monte Alegre de Sergipe possui 15.177 habitantes. E no ano de 2017 criou o serviço de Vigilância Sanitária atuante para cuidar destes habitantes, o núcleo de vigilância sanitária é composto pela coordenadora Amanda de Oliveira Botelho Nascimento e por dois fiscais: Aécio de Oliveira Dantas e Carlos Dione de Oliveira Santos. Todos os estabelecimentos sujeitos à inspeção sanitária no município foram cadastrados, as atualizações no SINAVISA estão sendo feitas conforme a demanda, fazendo atendimentos as denúncias e alimenta os sistemas no SIA SUS.

Em relação à Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano, realiza as coletas mensalmente as quais são entregues ao Lacen para análise microbiológica, físico- química e organoléptica.

Tabela 25 - Ações de Vigilância Sanitária realizadas no município no ano de 2017.

Ações	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total
Coleta de amostra de água para análise	72	64	84	220


MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Denúncias recebidas	22	45	57	124
Atendimento as denúncias	22	43	57	122
Cadastro de Estabelecimento	15	00	02	17
Inspeção de estabelecimentos	16	75	65	156
Animal doado para sacrificio	00	00	00	00
Atividade Educativa para setor Regulado	17	41	32	90
Atividade Educativa para a população	00	08	34	42

Fonte: SINAVISA, SISAGUA, GAL 2017.

VISAGUA

A coleta das amostras de água é realizada com a finalidade de avaliar o grau de contaminação da água para o consumo humano no município. No ano de 2017, são oito ais que os fiscais realizam a coleta de amostras de água da rede de distribuição da DESO. Esses locais são selecionados mediante os fatores de risco à saúde da população, os quais podem ser remanejados em qualquer necessidade maior. O que também ocorre na coleta dos veículos transportadores de água potável para consumo humano (carros pipas) que abastecem a região e alguns estabelecimentos. A periodicidade da coleta de ambos é mensal.

Tabela 26 - pontos de coletas de água para controle de qualidade 2017.

AMOSTRAS	LOCAIS DE COLETAS
01	ACADEMIA BIO-NATURAL
02	CHURRASCARIA ANDRADE
03	CLÍNICA FABRINE ROSA
04	CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIETA SOUZA ANDRADE
05	CENTRO EDUCACIONAL ALMEIDA SANTOS
06	ESCOLA ESTADUAL 28 DE JANEIRO
07	ESCOLA GILDETE REIS LIMA
08	ESCOLA MUNICIPAL MANOEL PEREIRA DE BARROS


 MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

09	JARDIM DE INFÂNCIA ANA LUIZA VALADARES
10	MANANCIAL NITEROI
11	PADARIA MARIA DE FATIMA
12	PANIFICAÇÃO BOM GOSTO
13	POLO DA UNIT
14	RESTAURANTE TEMPERO DA MAH
15	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
16	SUPERMERCADO VICTOR E MILLENA
17	TERMINAL RODOVIARIO
18	VALTO LANCHES

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, em prol de reduzir a disseminação de doenças veiculadas pela água.

Ressaltando ainda, que no período chuvoso entre maio á agosto do corrente ano, a água distribuída pela Companhia estava imprópria para o consumo humano, as equipes de ESF orientaram aos munícipes para ferver a água e foram distribuídos hipocloritos em grande demanda, para tratamento da água, com o objetivo de reduzir as doenças que são veiculadas pela água, entre elas a diarreias, hepatites, micoses na pele, entre outras.

Figura 23 – Fiscal da Vigilância Sanitária coletando água do carro pipa, 2017.



7.7 – ENDEMIAS

O papel dos Agentes de Combate a Endemias (ACE) é de fundamental importância, por ter como atribuições as ações de controle do vetor de transmissão da Dengue, Zica Vírus e Chikungunya. O trabalho realizado pelo ACE é através de visitas domiciliares diárias, de acordo com o número de imóveis do município. Após realizar remapeamento, divide um número aproximado de visitas que cada agente de endemias deve realizar semanalmente, atualmente esse número é de 100 visitas por cada agente de endemias a cada semana, distribuídos em 06 ciclos de visitas anuais. Nessas visitas são realizadas atividades como: levantamento de índice de infestação pelo *Aedes aegypti*, aplicação dos larvicidas, eliminação de possíveis focos de infestação, além de atividades de educação em saúde.

O levantamento do índice de infestação é realizado através de coletas de amostras de águas suspeitas de contaminação com as larvas do mosquito transmissor da Dengue. A cada ciclo realizado, a Secretaria Estadual de Saúde, determina o período de coleta de amostras de larvas para a análise, na época determinada, são coletadas amostras em todos os domicílios que apresentem a proliferação de larvas. Essas amostras são enviadas ao LACEN (Laboratório central de Saúde Pública) e o resultado é lançado no sistema e disponibilizado o acesso ao município.

Os resultados LIRA em 2017 variaram com índices entre 1,6 e 3,2 o que nos confere uma situação de alerta no município. O ideal seria o índice de Infestação abaixo de 1% (satisfatório), para garantir uma situação de menor risco de surtos e epidemia de proliferação do *Aedes aegypti*. Em março a Brigada Estadual de Combate a Dengue esteve no município para avaliar e

inspecionar todos os imóveis tanto na sede como na zona rural; como a finalidade de alertar e orientar a população dos riscos de acúmulo de água parada para proliferação dos mosquitos da dengue. O trabalho dos ACE é de tratar os focos e possíveis criadouros de mosquitos bem como orientar a população a se prevenir e proteger os reservatórios de águas nas residências, o trabalho em parcerias com as ESF são de fundamental importância, em 2017 até o segundo quadrimestre não houve casos suspeito nos sistemas de informação SINAN, isso mostra que as equipes tem se empenhado no combate aos criadouros de mosquitos, como também a população se conscientizou no tocante aos cuidados com a água parada e o acúmulo de lixo nos quintais.

Vale lembrar, que os veículos com inseticida nos primeiros meses do ano colaboraram para diminuir o número de mosquitos; a pulverização em Ultra Baixo Volume UBV (carro fumacê)

para Monte Alegre contribuindo muito para baixar o grande índice de casos suspeitos de dengue, reduzir a proliferação do mosquito.

Ressalta-se que no início de 2017 até segundo quadrimestre não houve casos de suspeito de dengue. No mês de outubro houve alguns casos suspeito no município, após sorologia negativa descartou – se, houve caso suspeito, mas sem confirmação para dengue.

Tabela 27 – Relata o quantitativo de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes de Combate a Endemias (ACE).

CICLOS	1º - 3.983	2º - 5.583
	3º - 4.837	4º - 5.028
	5º - 4.772	6º - 5.030

Figura 24 – ACE realiza palestra na recepção da Clínica Marieta Souza Andrade, 2017.



Campanhas de Vacina Antirábica.

A campanha de vacinação antirábica é realizada anualmente, com o objetivo de fazer o levantamento de animais domésticos existente no município, bem como, prevenir a transmissão da raiva Canina e Felina. A campanha é realizada pelos Agentes de Combate a Endemias. A campanha referente ao ano de 2016 foi realizada no ano de 2017, no primeiro quadrimestre. Sendo assim, foi programada a campanha do ano de 2017 para o terceiro quadrimestre, portanto o quantitativo de vacinação deste ano é parcial. Segue abaixo tabelas mostrando os levantamentos realizados em todas as campanhas.

Tabela 28 – Relata o levantamento quantificando os Caninos e Felinos vacinados no município na Campanha de 2016, que foi realizada no ano de 2017.

VACINAÇÃO ANTIRÁBICA			
Caninos vacinados referentes a 2016	–	450	550
Felinos vacinados referentes a 2016	–	100	200

Figura 25 – ACE realiza vacinação antirábica, 2017.



Tabela 29 – Relata o levantamento quantificando os Caninos e Felinos vacinados no município na Campanha de 2017.

VACINAÇÃO ANTIRÁBICA			
Caninos vacinados referentes a 2017	831	1718	

Felinos vacinados referentes a 2017	208	385	
--	-----	-----	--

Obs: Vale ressaltar que estes dados são parciais, visto que a campanha ainda esta sendo realizada.

BRIGADA ESTADUAL DE COMBATE E PREVENÇÃO DA DENGUE.

A presença da brigada estadual de combate e prevenção da dengue esteve no município nos dias 20 e 21 de março de 2017. Abaixo, a tabela 26, mostra os procedimentos realizados e a quantidade de domicílios visitados na zona urbana e zona rural de Monte Alegre de Sergipe.

Tabela 30 - Relata os procedimentos e quantitativo de domicílios visitados pela brigada estadual de prevenção da dengue, em 2017.

20 DE MARÇO DE 2017 COM ATENDIMENTOS NA ZONA URBANA	
PROCEDIMENTOS	QUANTITATIVO
DOMICÍLIOS VISITADOS	406
DOMICÍLIOS INSPECIONADOS	406
21 DE MARÇO DE 2017 COM ATENDIMENTOS NA ZONA RURAL	
DOMICÍLIOS VISITADOS	219
DOMICÍLIOS INSPECIONADOS	219

8.0 – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Os procedimentos de média e alta complexidade são ofertados em municípios referenciados, na Programação Pactuada e Integrada (PPI), os municípios são Nossa Senhora da Glória, Itabaiana e Aracaju. Alguns exames de patologia clínica e mamografia, além de urgências clínicas, pediátricas, ortopédicas, ginecologia e obstétricas e a referência em saúde mental através do Centro de Atenção Psicossocial são pactuados para serem realizados em Nossa Senhora da Glória, a Hemodiálise é para o município de Itabaiana, enquanto que, os exames, consultas, cirurgias e procedimentos de alta complexidade são pactuados para serem realizados no município de Aracaju.

Em alguns casos, o município tem a responsabilidade de realizar o agendamento prévio dos procedimentos que os usuários necessitam ou regular através da central de regulação, e 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.

Por meio do Sistema de Regulação, que se encontra alocado na Clínica Marieta Souza Andrade, onde são feitos as marcações dos exames de atenção primária e até os de média e alta complexidade, bem como as consultas em especialidade. Os sistemas utilizados para estes fins são: ACONE – NUCAAR. Abaixo estão discriminados os exames/procedimentos/consultas agendados pelo sistema de regulação para ser realizados nos municípios referenciados.

Tabela 31 – Relata quantitativo de exames laboratoriais e consultas especializadas de média complexidade agendadas em 2017.

Procedimentos Marcados	1º quadrimestre	2º quadrimestre	3º Quadrimestre	Total
Exames laboratoriais Regulados	5.937	5.079	4.680	15.696
Consultas/Especializadas Reguladas	100	150	105	355
Cadastros Atualizações de CNS	12.362	12.521	12.185	24.718
Cirurgias Eletivas Reguladas	33	04	06	43

Tabela 32 – Relata os Indicadores de Saúde 2017, metas pactuadas e resultados alcançados.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DELETORIA DE PLANEJAMENTO
GERÊNCIA DE INFORMAÇÕES E ESTATÍSTICAS

MONTE ALEGRE DE SERGIPE

2017

Indicadores de Saúde - Pacto Interfederativo 2017 - 3º Quadrimestre				
POPULAÇÃO	14.853	REGIONAL	GLORIA	
Indicadores	Meta Pactuada	Nº absoluto	Taxa/Proporção/Razão	
01 Óbito Prematuro 30 a 69 dias/Taxa Óbito Prematuro 30 a 69 dias	6	15	260,60	
02 Óbitos em Mulheres em Idade Fértil 10 a 49 Investigados/Proporção	100,00	1	20,00	
Óbitos em Mulheres em Idade Fértil 10 a 49	5			
03 Óbitos Causas las Definidas/Proporção	95,00	68	94,44	
04 Proporção de Vacinas para Crianças < 2 anos	100,00	0,00		
05 Proporção de casos de Doenças Notificação Compulsória imediata (DCNCI)	85,00	100,00		
06 Proporção de Cura de Casos Novos de Hanseníase nos anos da Coorte	90,00	75,00		
08 Nº de Casos Novos de Sífilis Congênita em < ano	1	1		
09 Nº de Casos de Aids < 5 anos	0	0		
10 Proporção de Análise Realizada de Amostras de água para Consumo Humano	50,00	103,49		
11 Exame Citopatológico do Colo do útero em Mulheres de 25 a 64 Anos/Razão	0,50	171	0,16	
12 Memória de Rastreamento em Mulheres de 50 a 69 Anos/Razão	0,30	35	0,08	
13 Parto Normal no SUS e Saúde Suplementar/Proporção	62,00	151	65,37	
14 Gravidez na Adolescência entre a Faixa Etária de 10 a 19 Anos/Proporção	25,45	45	19,48	
15 Óbitos Infantis/Taxa de Mortalidade Infantil	2,00	2	8,66	
16 Nº de Óbitos Maternos	0	0		
17 Cobertura Populacional Estimada pelos Grupos de Atenção Básica	100,00	100,00%		
18 Famílias para Acamp/Cobertura de Acamp das Condição de Saúde PBF	79,00	2.591	79,12 %	
19 Cobertura Populacional Estimo de Saúde Bucal na Atenção Básica	59,71	68,92%		
20 Percentual de Municípios que Realizaram no Mínimo Sem Grupos de Ações vigilância	100,00	100,00		
21 Ações de Manutenção Sistemáticas Realizadas por CAPS com Equipes de AB	N/A	N/A		
22 Nº de Ciclos que Attingem no Mínimo 80% Cas de Indúvies Visitadas Controle dengue	4	6		
23 Proporção de Preenchimento de Campo Ocupação nas Notificações de Agravos Trab	95,00	87,50		

Fonte: DATASUS/SIASUS/ATUALIZAÇÃO DO BANCO EM 05/02/18 DADOS ATÉ DEZEMBRO 2017.
 Fonte: DVS/SRA/SINASC (Base de dados 10/01/2018), informação 2017, respectivamente: SINASC/ Base de dados: 18/01/2018.
 Fonte: VISA/Inspec/banco de dados gerados em 02/02/2018, Ações de vigilância dados 05/02/2018.
 Fonte: eGenda/Dabi/Dado gerado em: 19 de Fevereiro de 2018 - 17:33h
 Fonte: Bolsa Família, relatório 11/02/2018 - 21:20:47 Dado de última consolidação 02/02/2018

13/03/2018 10:03

Ressalta-se que houve um atraso na prestação dos serviços na disponibilização das vagas para realização dos procedimentos relacionados aos indicadores 11 e 12, dificultando assim no resultado das metas pactuadas.

Tabela 33 – Relata o quantitativo de exames de alta complexidade agendados em 2017.

Exames	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre
Colete	00	00	00
Ressonância nuclear magnética	22	11	15
Tomografia computadorizada	08	06	07
Cintilografia óssea	00	00	01
Densitometria óssea	01	02	04
Iodoterapia	00	00	00
Cateterismo	00	01	03
Prótese auditiva	01	00	00
Cadeira de rodas	00	00	00

Ressalta-se que o número de procedimentos de atenção primária, de média e alta complexidade disponibilizados não estão sendo realizados conforme preconizado, a quantidade pactuada não supre a demanda da população de Monte Alegre de Sergipe, e, temos a problemática dos prestadores de serviços do município não e cumprirem o que foi pactuado na PPI. Por vezes mesmo tendo sido pactuado o prestador não oferta o quantitativo acordado, diversos são os fatores apontados para justificar esses acontecimentos, contudo, até o momento o estado não apresentou uma solução definitiva.

Enquanto isso, a gestão continua garantindo o que lhe compete e pressionando o estado, juntamente com os demais municípios para a revisão e reformulação da Programação Pactuada e Integrada, bem como, a renovação dos prestadores, na intenção de pactuar com empresas compromissadas a oferecer o serviço com compromisso e qualidade, para que consigamos fortalecer as práticas de saúde ofertadas no SUS.

8.1 – CENTRO DE ESPECIALIDADE EM SAÚDE.

O município percebendo a necessidade de fortalecimento da saúde do município, inaugurou no ano de 2017 o Centro de Especialidade em Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso a consultas e aperfeiçoar o serviço de assistência ambulatorial especializada, a fim de

garantir aos usuários de Monte Alegre de Sergipe agilidade nas consultas. A Clínica funciona das 07:00 às 18:00 horas, atendendo os usuários do SUS em diversas especialidades médicas, conta também com espaço para fisioterapia, Psicologia, e consultas Oftalmológica através do projeto Glaucoma e Sala de Recurso com uma psicopedagoga atendendo a crianças portadoras de necessidades especiais. Segue abaixo, tabela relatando a quantidade de atendimentos por profissionais.

Tabela 34 – Relata os quantitativos de atendimentos em Especialidades.

ESPECIALIDADES	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	TOTAL
PSIQUIATRA	232	345	326	903
PEDIATRA	148	80	00	228
GINECOLOGISTA	104	295	251	650
FISIOTERAPIA	190	245	331	766
PSICÓLOGO	00	440	376	816
UROLOGIA	00	00	66	66
TOTAL GERAL DE ATENDIMENTO EM ESPECIALIDADES				3.429

Figuras 26 – Fotos do Centro de Especialidade em Saúde, 2017.

Atendimento da Fisioterapia



Atendimento da Fisioterapia



8.2 - PROJETO GLAUCOMA.

O Projeto Glaucoma foi implantado no município e o mesmo segue o cronograma programado. As consultas e agendamentos são realizados mensalmente no Centro de Especialidade em Saúde, com a finalidade de combater e controlar o Glaucoma. As consultas são realizadas de acordo com planejamento do Instituto Oftalmológico de Sergipe (IOSE), tal

instituição realiza acompanhamento a pacientes com diagnósticos de glaucoma, distribui colírio a população e realiza consultas com médico especialista em Oftalmologia para avaliar novos paciente e diagnosticar novos casos de glaucoma.

Tabela 35 - Relata o quantitativo de usuários acompanhados pelo Projeto Glaucoma por quadrimestre.

DEMONSTRATIVO DE ACOMPANHAMENTO			
ANO/2017	1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE

ATENDIMENTOS		484	409	403
TOTAL GERAL	1.296			

Figura 27– Ações do Projeto Glaucoma, 2017.



8.3 - BENEFICIÁRIOS COM TRANSPORTE PARA ARACAJU.

Como citado acima parte dos serviços e procedimentos da PPI de Média e Alta Complexidade Ambulatorial estão alocadas na capital Aracaju/SE. Por esse motivo diariamente nos dias úteis, é disponibilizado um veículo com capacidade para quinze pessoas viajarem a capital para realização de consultas, exames, cirurgias, tratamento de quimioterapia/radioterapia. Para os pacientes que realizam hemodiálise nas terças, quintas e sábado é disponibilizado um carro de pequeno porte. As marcações de viagens estão concentradas na Secretaria Municipal de Saúde, sendo exclusivo para transportar os pacientes com procedimentos médicos e consultas agendadas na capital. Os veículos ficam a disposição dos pacientes até o término do atendimento.

Tabela 36 – Relata o quantitativo de usuários beneficiados por viagens.

DEMONSTRATIVO DE BENEFICIÁRIOS COM VIAGENS A ARACAJU			
QUANTITATIVO			
BENEFICIÁRIOS	1º quadrimestre	2º quadrimestre	3º quadrimestre

QUANTIDADE	949	1.493	1.807
TOTA GERAL	4.249		

8.2 - TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO (TFD).

O Tratamento Fora do Domicílio é regulamentado, no âmbito nacional, através 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 37 – Relata pré-requisito para pagamento do TFD a usuários do SUS.

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

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

No município o TFD é pago aos portadores de patologia crônica, que realizam Quimioterapias, radioterapias e Hemodiálises, bem como, ao acompanhante. O valor da diária é R\$ 8,40.

Tabela 38 - Relata o quantitativo de diárias pagas aos usuários e acompanhantes que realizaram tratamento fora do município de Monte Alegre de Sergipe, em 2017.

PAGAMENTO DE DIÁRIAS		
1º QUADRIMESTRE	2º QUADRIMESTRE	3º QUADRIMESTRE
103	157	150
TOTAL GERAL	410	

9.0 – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

No ano de 2017, foi necessário a Secretária Municipal de Saúde estabelecer a implantação de uma comissão especial de intervenção para o Conselho Municipal de Saúde (CMS), com participação de conselheiros do Estado, pois o município iniciou o ano sem conselheiros Municipais. O objetivo foi reestruturar o referido conselho para alteração e aprovação de lei e conseqüentemente decretar através de edital, as eleições para entidades representativas para compor o Conselho Municipal de Saúde. A referida comissão atuou até o dia 22/03/2017, quando foi realizada a eleição e eleito os conselheiros municipais, conforme regulamenta a lei nº 10 de 17 de outubro de 1994, em consonância com a resolução Conselho Nacional de Saúde nº 453/2012. Segue abaixo **tabela 38**, com os representantes do conselho Municipal de saúde. As reuniões do referido conselho acontece mensalmente.

Tabela 39 – Nomes dos representantes do CMS, 2017.

Raianne Freitas Souza – PRESIDENTE Representante de Governo	Maria Regivalda S. Santana
Ariane Damares da S. Santos VICE-PRESIDENTE Representante de Governo	Flavia Tamilles S. Costa
Silvania Batista dos Santos Representantes de Prestador de serviço de saúde	Nally Fabrine dos Santos Vieira
Silvan Vicente de Oliveira, Flavia Tamires de Santana Maria Santana S. Costa Representante dos trabalhadores de saúde	Paulo Cezar do Nascimento Franciele dos SantosLima José Wilson N. Santana
Manoel do Nascimento Representante do Sindicato SINTEGRE	Maria José dos Santos Mota
Haroldo Jose da Silva Representante do (MPA)	Inês Martins Filho
Evaldo Marques da Silva Representante dos Trabalhadores Rurais (STTR)	Maria José dos Santos
Maria Alves Ferreira Barreto Pastoral da Criança e do Adolescente (CNBB)	Francisco vieira da a. Junior
Tereza Soares da Costa Bomfim Representante da Igreja Evangélica Assembleia de Deus (IEAD)	Derivaldo Bomfim
Antonio Ramos dos Santos Representante (CMDS)	José Aparecido Medeiros

9.1 - ATUAÇÃO DO CONSELHO.

I Conferência Municipal de Saúde das Mulheres:

O evento aconteceu na regional em Nossa Senhora da Glória, contou com a presença de profissionais de saúde e usuários do SUS deste município.

Figura 28 – Participantes da I Conferência de Saúde das Mulheres, 2017



I Conferência Municipal em Vigilância em Saúde

A 1ª Conferência Municipal de Vigilância em Saúde (1ª CMVS), convocada pelo Decreto 22/2017, teve como objetivo propor diretrizes para a Formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o Fortalecimento dos programas e ações de vigilância em saúde dia 04/09/2017. O conselho organizou O relatório da conferência está em no ANEXO II.

Figuras 29 – Foto das Pré-Conferências nas comunidades, 2017.



Figuras 30 – Fotos da Conferência, 2017.

Participação dos Conselheiros

1ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Participação dos usuários e profissionais de saúde.

1ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Fique Ligado

04 SETEMBRO

Prefeitura Municipal de
MONTEALEGRE
Governo Participativo

Discussão das Temáticas.

1ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Fique Ligado

04 SETEMBRO

Prefeitura Municipal de
MONTEALEGRE
Governo Participativo

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O compromisso da gestora municipal para o ano de 2017 foi adequar os serviços, priorizando os princípios regulamentados na Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os resultados do programa do E-SUS, Monte Alegre de Sergipe, referente ao ano de 2017 encontra-se com 100% de cobertura, e, o E-SUS atualizado, tendo em vista a disponibilidade de profissionais capacitados para digitar as produções da ESF. Além disso, outro ponto positivo da atenção primária no município foi o incentivo dado às equipes de estratégias de saúde da família a desenvolverem ações voltadas para promoção e prevenção, através de tais práticas percebeu-se um grande diferencial nesse sentido, pois durante o ano não houve casos de surto de doenças, e acreditamos que a prática como estas fortalece o SUS e promove mudanças nas formas de cuidado.

Dentre as atividades desenvolvidas pela ESF, houve também um fortalecimento no atendimento das demandas de urgência, visto que a clínica de 24 horas se manteve com uma equipe mínima de médicos clínicos gerais, enfermeiros e técnicos de enfermagem trabalhando diariamente para cuidar da população monte alegreense.

Vale ressaltar, a inauguração do Centro de Especialidade em Saúde (CE), com o objetivo de oferecer aos usuários do SUS, espaço humanizado e com atendimentos de profissionais especialistas, para diminuir as filas de espera por atendimentos, bem como, os custos com traslados de pacientes, visto que a maioria das especialidades só oferecem atendimentos pelo SUS na Capital e a demanda é altíssima o que dificulta o acesso.

No entanto, em meio a muitas conquistas através do setor de saúde no ano de 2017, a gestão entende que necessita repensar e fortalecer a saúde na zona rural. Começando pelo funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, horário de atendimento, quantidade de fichas ofertadas diariamente, tendo em vista que o funcionamento não está de acordo com a portaria supracitada e a RDC 50 da ANVISA, devido à falta de estrutura física. A problemática maior encontrada foram as reformas que foram realizadas de maneira inadequada, a exemplo de consultórios odontológico, rede de energia, rede hidráulica, entre outros, bem como, o território que é extenso e dificulta o acesso aos atendimentos. Contudo, a programação de 2018, tem como estratégia rever tais problemáticas para fortalecer as ações de saúde na zona rural.

Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe
Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento
Conselho Municipal de Saúde de Monte Alegre de Sergipe/SE

RESOLUÇÃO Nº 03/2017

O conselho Municipal de Saúde de Monte de Sergipe/SE, no exercício de suas atribuições legais, que lhe confere a Lei Orgânica da Saúde e de acordo com a Reunião Ordinária numero sete do ano de dois mil e dezessete, realizada no dia vinte e dois de dezembro do ano de dois mil e dezessete.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Relatório de Gestão de 2017, Programação Anual de 2018 e Plano Plurianual de 2018-2021.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Registra-se e cumpre-se.

Monte Alegre de Sergipe/SE 22/12/2017

Raianne Freitas Souza
Raianne Freitas Souza
Presidente do Conselho Municipal de Saúde
Monte Alegre de Sergipe/SE

Av. Manoel Eligio da Mota, 660. Monte Alegre de Sergipe.
saudealegre@hotmail.com

RELATÓRIO FINAL



***“Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e Defesa de
um SUS Público de Qualidade”***

MONTE ALEGRE DE SERGIPE - SE

04 de setembro de 2017.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Conselho Nacional
de Saúde



GOVERNO DE
SERGIPE
PRESENTE E FUTURO



Avenida Manoel Eligio da Mota, 660 CEP: 49690-000. Monte Alegre de Sergipe – SE
CNPJ: 11.602.838/0001-71
e-mail: saudealegre@hotmail.com

A Comissão Organizadora terá os seguintes representantes:

I – Presidente da Conferência – Raianne Freitas Souza;

II- Coordenador Geral – Flávia Tamires de Santana;

II – Comissão Executiva – Sylvania Batista dos Santos;

Antônio Ramos dos Santos;

Manoel do Nascimento;

III – Comissão de Divulgação – Silvan Vicente de Oliveira;

Haroldo Jose da Silva;

Evaldo Marques da Silva;

IV – Tesouraria – Maria Cristina de Oliveira

Maria Santana S. Costa;

Maria Alves Ferreira Barreto;

V – Credenciamento – Franciele dos Santos Lima;

Maria José dos Santos Mota;

VII — Relatores - Maria Flávia Gomes dos Santos;

Endeusa Alves Gomes dos Santos;

Suely Lima Silva;

Maria Izabel da Silva Freitas.

Às 9:40 o Grupo de Sarau do Centro de Excelência 28 de Janeiro, coordenado pelo Mestre Carlos Alexandre Aragão, fez uma belíssima apresentação recitando poesias que discorriam sobre a história do município, crítica social, amor e natureza, dando ênfase ao nosso conterrâneo Tobias Barreto.

Dando continuidade, desfez-se a mesa às 10:30 e prosseguiu-se com a leitura do Regimento Interno e Regulamento por Flávia Tamires de Santana, Enfermeira representante dos Trabalhadores de saúde no Conselho Municipal de Saúde. Após aprovação destes, ocorreu o ciclo de palestra.

Palestra Central tema: ***“Vigilância em Saúde: Direito, conquista e defesa de um SUS Público de Qualidade”*** com a facilitadora Mércia Simone Feitosa Souza, coordenadora Estadual do Núcleo das doenças transmissíveis.

Palestra do Subeixo 1: ***“O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS”*** ministrada pela facilitadora, Franciele Lima Santos, Enfermeira do município de Monte Alegre.

Palestra do Subeixo 2: ***“Responsabilidade do Estado e dos Governos com a Vigilância em Saúde”*** com a facilitadora Mércia Simone Feitosa Souza, coordenadora Estadual do Núcleo das doenças transmissíveis.

Palestra do Subeixo 3: ***“Saberes, Práticas, Processos de trabalhos e tecnologias na Vigilância em Saúde”*** com a facilitadora, a psicóloga Maria Cristina Oliveira.

Palestra do Subeixo 4: ***“Vigilância em Saúde Participativa e Democrática para enfrentamento das Iniquidades Sociais na Saúde”*** com a facilitadora a Enfermeira Raianne Freitas Souza.

Após a explanação do tema central e dos subeixos, a palavra foi franqueada ao público para a discussão.

Encerrou-se o ciclo de palestras com a Senhora Valdelice Barreto, Bióloga da Secretária do Meio Ambiente, Superintendente de Biodiversidade e Floresta, explanando sobre o papel do Meio Ambiente na Vigilância em Saúde e de como a população pode contribuir para fortalecer as ações da vigilância no processo de prevenção e promoção da saúde.

Continuando os trabalhos, os participantes foram divididos em grupos de acordo com os subeixos para a discussão das propostas logo após o almoço. Retomou-se os trabalhos nos grupos com o apoio de um facilitador, um coordenador de mesa e um relator que sintetizou as propostas para a apresentação em plenária.

A Plenária Final iniciou às 14:15 e se estendeu até as 15:00 horas com os relatores expondo as propostas elaboradas pelos grupos de cada subeixos, totalizando 31 propostas apreciadas, das quais, 24 foram diretas e 7 contempladas pelo Sr. José da Cruz.

Finalizando ocorrera a Eleição Tripartite dos Delegados para representarem o município na I Conferência Estadual de Vigilância em saúde. Sendo eleitos dois representantes dos usuários, um representante dos trabalhadores de saúde e um representante da gestão com seus respectivos suplentes.

A I Conferência de Vigilância em Saúde teve 160 inscritos e participaram efetivamente dos trabalhos 140 pessoas, as quais contribuíram significativamente no processo de discussão e elaboração das propostas.

A I Conferência Municipal de Vigilância em saúde fora constituída pela Comissão Organizadora composta conforme Regimento Interno e Regulamento e contou com o apoio dos funcionários da SMS – Secretária Municipal de Saúde de Monte Alegre de Sergipe.

Segue em Anexo as propostas provenientes da I Conferência de Vigilância em Saúde, a qual se constituiu um importante espaço de construção coletiva, sabendo-se que “A boa Vigilância não garante necessariamente a tomada de decisões certas, mas reduz a chance de decisões erradas”. Alexandre Langmuir.

ANEXOS

PROPOSTAS APROVADAS PELA I COFERÊNCIA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Subeixo 1: *“O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS”*.

1. Incluir todos os exames necessários para um pré-natal com qualidade, no sistema de Regulação;
2. Construção de Canis Públicos, onde os cães abandonados possam ser cuidados;
3. Intensificar a fiscalização e ordenações quanto ao consumo de agrotóxicos;
4. Conscientização nas escolas sobre o uso de agrotóxico, ampliando a discussão para a agricultura orgânica e alimentação saudável;
5. Intensificar a revitalização do Rio São Francisco, reflorestamento, conscientizando sobre o uso da água, aumentando a fiscalização quanto a qualidade e distribuição regular da água fornecida pelos carros Pipas;
6. Intensificar a presença e atuação do CEREST nos municípios fortalecendo o cuidado com a saúde do trabalhador;
7. Desenvolver um trabalho integrado entre as secretárias de saúde, segurança e educação para conscientizar a população acerca do uso de drogas, gravidez na adolescência e IST's;
8. Criação de órgão responsável pelo cadastramento e notificação de animais, que atue conscientizando sobre a corresponsabilidade social;

Subeixo 2: “Responsabilidade do Estado e dos Governos com a Vigilância em Saúde”.

1. Criar Comissão de Controle do Uso Desordenado de Agrotóxico, principalmente nas áreas próximas a nascentes, rios, riachos e córregos;
2. Criar Comissão de Fiscalização com profissionais da área ambiental para identificar locais degradados e orientar a população acerca dos prejuízos ambientais e danos à saúde;
3. Implantação de políticas públicas de revitalização dos recursos hídricos, através do reflorestamento das matas ciliares e recuperação do bioma caatinga;
4. Fiscalizar a venda fracionada de agrotóxico, garantindo o recolhimento dos recipientes de forma adequada;
5. Implementar Política Pública de Saneamento básico, nos municípios, enfatizando o tratamento dos dejetos oriundos das redes de esgotos;
6. Criação de Abrigo Regional para cuidar de animais abandonados;
7. Inclusão da Disciplina “Meio ambiente e Sociedade” a partir das séries do ensino fundamental;
8. A implementação de Leis mais rígidas para a fabricação de Agrotóxico com o objetivo de reduzir os danos ao meio ambiente;



Prefeitura Municipal de
MONTEALEGRE
Governo Participativo

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO

Subeixo 3: ***“Saberes, Práticas, Processos de trabalhos e tecnologias na Vigilância em Saúde”.***

1. Ampliação do EdPopSUS (Educação Popular em Saúde) para todos os municípios com a implantação das Práticas Integrativas e Complementares e da Farmácia Viva com o plantio seguro, sem uso de agrotóxico;
2. Cofinanciamento pelo Estado para a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica;
3. Manutenção dos recursos federais da Vigilância em Saúde para ações estratégicas e pontais de promoção e prevenção à saúde;
4. Implantação e manutenção de Laboratório Regional, com recursos financeiros oriundos das três esferas de governo;
5. Ampliar e melhorar o acesso aos serviços ofertados à nível estadual e municipal como consultas em especialidades, exames de alta complexidade e procedimentos cirúrgicos, garantindo a referência e contra-referência;
6. Intensificar a notificação de doenças compulsórias;
7. Garantir a eficácia do SUS, bem como das Equipes de Saúde da Família fortalecendo, ampliando-as e não modificando o parâmetro estrutural da equipe como sugere a nova PNAB;

Subeixo 4: ***“Vigilância em Saúde Participativa e Democrática para enfrentamento das Iniquidades Sociais na Saúde”.***

1. Implementação de políticas públicas voltadas aos usuários de álcool e outras drogas, mediante estruturação de grupos específicos de apoio composto por

-
- Equipe Multidisciplinar que atuem no combate, na prevenção e redução de danos de forma integrada ao sistema de saúde.
2. Implantar política pública de Educação Continuada nas comunidades mais vulneráveis, utilizando as novas tecnologias na conscientização do cuidado com o meio ambiente, com o cultivo e consumo de alimentos, destinação correta do lixo, criação e cuidados com animais, despertando o senso de corresponsabilidade social;
 3. Implementar Políticas Públicas de Educação Popular em Saúde que busque conscientiza e informar os usuários acerca do fazer da Vigilância em Saúde, efetivando a participação da população nos espaços de discussão e controle social;
 4. Implantar um Canal aberto de Comunicação via rádio para promover Educação em Saúde, divulgar ações e os serviços disponíveis pelo SUS, mantendo a população informada, fortalecendo, assim, o processo de comunicação, prevenção e promoção em Saúde para o enfrentamento das iniquidades sociais.
 5. Implementar Políticas Públicas de Educação Ambiental que estimulem a destinação correta do lixo, a reciclagem, redução e reutilização do mesmo, possibilitando a geração de renda, garantindo o bem-estar ambiental e a sustentabilidade social;
 6. Desenvolver Programa de Capacitação Permanente sobre a importância e o fazer da Vigilância em Saúde, tendo como público alvo conselheiros de saúde,

7. trabalhadores da saúde e usuários, fortalecendo a intersetorialidade e promovendo a participação social;