



GOVERNO MUNICIPAL DE
MONTE ALEGRE
Trabalhando por nossa gente!
de Sergipe

RELATÓRIO

RELATORIO ANUAL DE GESTAO

2023

Monte Alegre de Sergipe

SUMÁRIO

1 – Identificação	04
1.1 Informações Territoriais	- 23
1.2. Secretaria de Saúde	- 23
1.3. Informações da Gestão	- 24
1.4. Fundo de Saúde	- 24
1.5. Plano de Saúde	- 24
1.6. Informações sobre Regionalização	-25
1.7. Conselho de Saúde	- 27
1.8. Casa Legislativa	- 49
2. Introdução	- 87
3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade	- 119
4. Dados de Produção de Serviços no SUS	– 128
5. Rede Física Prestadora de Serviços do SUS	- 460
6. Profissionais de Saúde Trabalhadores no SUS	- 462
7. Programação Anual de Saúde - PAS	- 463
8. Indicadores de Pactuação Interfederativa	- 468
9. Execução Orçamentaria e Financeira	- 471
10. Auditorias	- 474
11. Análises e Considerações Gerais	- 476
12. Recomendações para o Próximo Exercício	– 477
Anexos	- 480

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 caótico, 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 foram e são recorrentes e as políticas públicas de combate às secas pouco se fez ao longo dos séculos para diminuir os efeitos.

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).**

O sertão de clima quente e seco, o clima semiárido é tipicamente dominante na região, o sertão perpetua por séculos como vítima das secas prolongadas, o que levou os sertanejos a se aventurarem em migração para diversas regiões do país em busca de sobrevivência, principalmente para os grandes centros urbanos na região Sudeste, o destino preferido era as principais capitais, sendo a grande metrópole **São Paulo**, em busca de mão de obra de trabalhos pesados, sendo a construção civil a principal, o sonho era melhores condições de vida, um meio de sobreviver e saciar a fome, uma mazela social assombrosa que matou centenas de milhões de sertanejos ao longo dos séculos. Segundo **(SANTOS 2015)**. Essa região dos “currais”, como denomina o autor Euclides da Cunha, em **Os Sertões**, também foi alvo do cangaço, o bando de cangaceiros armados por muitas vezes liderados por **Virgulino Ferreira da Silva**, vulgo **Lampião**, que assustava e aterrorizava os moradores desta região, esse foi um dos fatores que chegou a despovoar muitas localidades no início do século XX. Conta-se os mais velhos, que foi no final do século XIX, de acordo com a versão de vários moradores antigos, que o povoamento surgiu as margens da estrada carroçável que ligava os municípios de:

- **Pão de Açúcar- AL**
- **Porto da Folha - SE**
- **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, formando o povoado e pouco tempo depois tornou-se cidade, graças aos encontros dos viajantes por ter si formado em uma cidade, na área de descanso dos tropeiros e viajantes de várias regiões, o local foi constituído de forma heterogênea, mas principalmente por pessoas dos municípios de:

- **Porto da Folha**
- **Aquidabã**
- **Carira**

Estes fixaram suas residências nos arredores do povoado, além de outros baianos e mais recente por pernambucanos, de acordo com populares e conhecedores dos anais da história, esse ponto de encontros 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** do povoado aconteceu em **20 de janeiro de 1920**. Um dia festivo para os moradores, esta data significou o marco inicial do povoado, um carneiro, um porco e um boi foram abatidos para comemorar e foi designado que a partir daquele dia seria a feira local, e assim aconteceu durante muito tempo, quase um século depois a mesma continua 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**.

Por meio de relatos verbais e registros conta-se nos anais da história local, que o primeiro habitante da região foi o baiano de Jeremoabo, **Januário da Costa Farias**, que escapara do seu município e estado por motivo de ser discípulo de Antônio Conselheiro e estava jurado de morte. No nos anais da história do município, o filho **José Inácio de Farias**, é considerado como fundador e foi responsável por doar terras para a construção de casas no local onde é atualmente a sede da cidade.

Monte Alegre fez parte da comarca do município de **Porto da Folha até 1932**, quando então passou a pertencer a comarca de Nossa Senhora da Glória. Em 1940, era um pequeno povoado, com menos de 80 casas e o vilarejo se desenvolveu, cresceu muito em uma década, vários habitantes de outras regiões e estados ajudaram a povoar e crescer; conseqüentemente com o desenvolvimento de muitos povoados para aumentar o número de municípios foi criada a lei estadual, afim de municipalizar vários povoados no Estado. No entanto para alegria dos moradores em: **25 /11/ 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 **31/01/1955**, quando foi empossado o primeiro prefeito, **Antônio José de Santana**, e constituída, também, sua primeira Câmara Municipal, composta por cinco vereadores.

Lembrando ainda que, os restos mortais da família de José Inácio foram enterrados entre o altar e a sacristia da atual Igreja Católica, a 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 tinham 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 dos

rebanhos, nas épocas de estiagem e seca prolongadas em que as chuvas eram escassas e insuficientes para armazenar água nos açudes. Esse espaço era único e amado por todos os moradores, ali as crianças brincavam e se divertiam enquanto suas mães e 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 muitos danos com a poluição e contaminação de lixos e esgotos, tornando um transtorno e problema ambiental, devido a intensa degradação e destruição, infelizmente foi aterrado servindo de terreno para futuras construções residenciais. Não deixou de ser um problema, visto que, em épocas de trovoadas as enchentes inundações no local fica alagado e invadem as casas causado muita destruição.

Fonte: IBGE

INFORMAÇÕES DO IBGE

GESTÃO	
Prefeito	Período
Marinez Silva Pereira Lino	2021- 2024
Gentílico	monte-alegrense

POPULAÇÃO	
População estimada em 2022	15.315 pessoas
População do último censo de 2022	14.336 pessoas
Densidade demográfica 2022	37,05 hab/km

TRABALHO E RENDIMENTOS	
Salários médios mensal - trabalhadores formais - 2021	2,3 salários mínimos
Pessoal ocupado - 2021	1.139 pessoas
População ocupada - 2021	5,1%
% Da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo - 2010	56,5%

EDUCAÇÃO	
Taxa de escolarização de 06 à 14 anos de idade - 2010	96,2%
IDEB Ensino Fundamental anos iniciais rede pública 2021	4,3
IDEB Ensino Fundamental anos finais rede pública 2021	5,0
Ensino infantil - 2021	228 matrículas
Ensino Fundamental - 2021	2.283 matrículas
Ensino Fundamental Médio - 2021	521 matrículas

Ensino infantil - 2021	15 docentes
Docentes no Ensino Fundamental - 2021	113 docentes
Docentes no Ensino I Médio - 2021	26 docentes
Nº de estabelecimentos de Ensino infantil - 2021	08 escolas
Nº de estabelecimentos de Ensino Fundamental - 2021	11 escolas
Nº de estabelecimentos de Ensino médio - 2020	01 escola
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA	
Ensino fundamental Anos iniciais	4,3
Ensino fundamental Anos finais	5,0

ECONOMIA	
PIB - per capita 2017	R\$ 12.568,02
% das receitas oriundas de fontes externas 2015	94,5%
IDHM – Índice de desenvolvimento Humano Municipal	0,553

SAÚDE	
Mortalidade infantil de 2020	20,16 óbitos por mil nascidos vivos
Internação por diarreia 2016	0,1 internação por mil habitantes
Estabelecimentos de saúde – SUS 2017	02 estabelecimentos

TERRITÓRIO E AMBIENTE	
Área da unidade territorial - 2022	386,912 km²
Área urbanizada - 2019	2,04 km²
Esgotamento sanitário adequado 2010	45,7 %
Arborização de vias públicas [2010]	66,6%
Urbanização de vias públicas [2010]	26,6%

Bioma [2020]	Caatinga
Regional de influência - 2018	Nossa Senhora da Glória
Região intermediária - 2021	Itabaiana

Fonte: IBGE

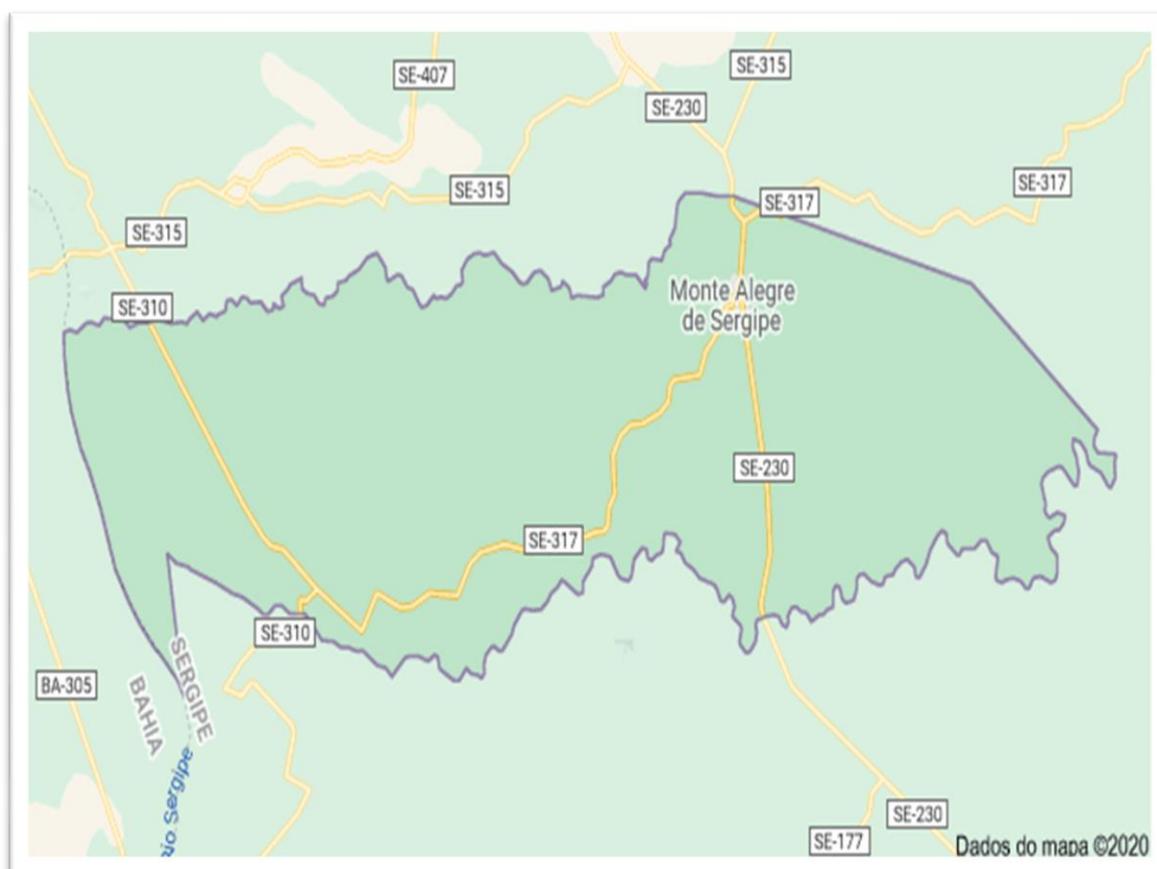
SETOR DE SANEAMENTO	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Número de economias abastecidas - 2017	3.444
Número de economias ativas abastecidas residenciais	3.356

DOMICÍLIOS	
Coletivos	2
PARTICULARES	
Ocupados	3.642
Não ocupados	1.188
Recenseados	4.832
População residente	13.627
SEXO	
Masculino	6.900
Feminino	6.727
Situação domiciliar	
Urbana	8.043
Rural	5.584
Média de moradores em domicílios particulares ocupados	3,74



2804201_Mapa
esta.pdf

MAPA DO MUNICÍPIO: LOCALIZADO NO ALTO SERTAO SERGIPANO



SÍMBOLOS MUNICIPAIS

BRASÃO



BANDEIRA

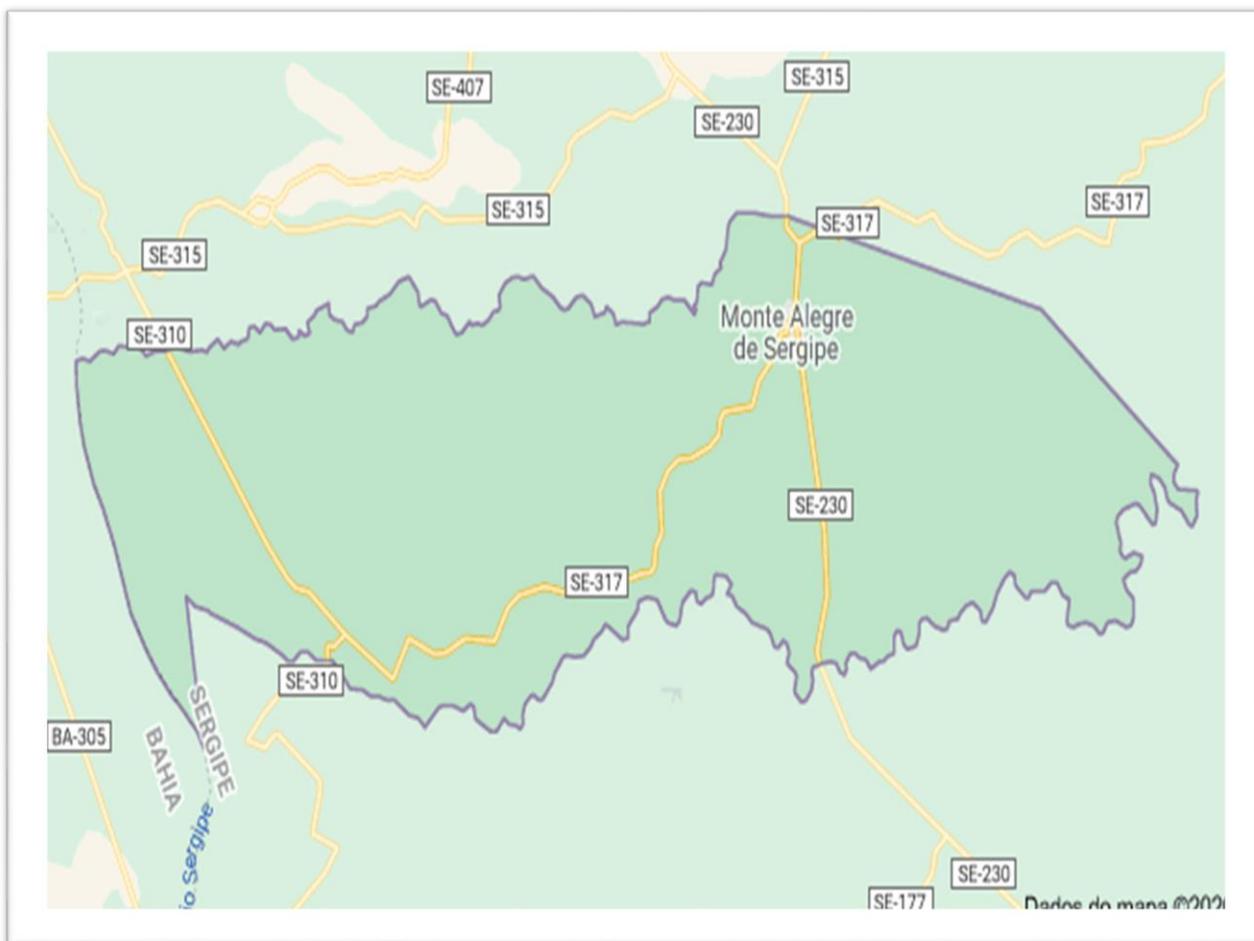


HINO

FUNDAÇÃO	1953
ANIVERSÁRIO	25 de novembro

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

RODOVIAS QUE CORTA O MUNICIPIO



DIVISÃO DOS MUNICÍPIOS POR REGIONAIS DESAÚDE



DIVISÃO POR REGIÕES:

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



DIVISAO POR FRONTEIRA:



APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO

O Município de Monte Alegre de Sergipe localizado na região noroeste do Estado de Sergipe, no Nordeste brasileiro, a uma distância territorial de 156 km da capital Aracaju, no coração do alto sertão sergipano, limitando - se com os municípios:

- **Norte Poço Redondo/SE**
- **Norte e Leste com Porto da Folha/SE**
- **Leste e Sul com o Município de Nossa Senhora da Glória/SE**
- **Oeste com Pedro Alexandre/BA**

Com características topográficas plana, sem montanhas, o clima é quente predominante seco “**semiárido**”, com índice pluviométrico muito abaixo da média, tornando o ambiente em combatidas situações de emergências com a seca, com apenas dois períodos um de estiagem muito quente seco **verão** e outro chuvoso denominado **inverno** com época de cultura de plantio das lavouras para subsistência, nesse período a vegetação é exuberante, tudo verdinho e florido um Paraíso para os sertanejos, a **fauna predominante denominada de Caatinga**, na época de estiagem a vegetação perde a cor e a folhagem transformado num desabitado ambiente, parte da fauna desaparece junto.

Com a separação 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.

As atividades econômicas local 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 e 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. Na agricultura os principais produtos agrícolas são o milho, feijão. Sua população em **2022** é de **15.315** habitantes conforme 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. IDENTIFICAÇÃO

1.1. INFORMAÇÕES TERRITORIAIS

UF	SE
Município	Monte Alegre de Sergipe
Região de Saúde	Nossa Senhora da Glória
Área	407, 41 km ²
População	15.315 Hab km ²
Densidade Populacional	38 Hab/Km ²

FONTE: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)11/02/2022

1 .2. SECRETARIA DE SAÚDE

Nome do Órgão	Secretaria Municipal de Saúde
Número de CNES	6297188
CNPJ	11.602.838/0001-71
CNPJ da Mantedora	13.113.287/0001-08
Endereço	Av. Manoel Elygio da Mota, 660 prédio
E-mail	saudealegre@hotmail.com
Telefone	79 -

Fonte: cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (cnes)

GESTAO ESTADUAL

Governador	Fabio Mitidieri
Telefone	(79) 3216-8300 / 8301
E-mail	tiagoa.araujo@governo.se.gov.br

FONTE: IBGE/SES – SE

1 3. INFORMAÇÕES DA GESTÃO

Prefeito	Marinez Silva P. Lino	PERÍODO 2021- 2024
Sec. Saúde Exercício	Evandro Silva Pereira Costa	
E-mail secretaria	Saudealegre2020@hotmail.com	
Telefone secretário	79 9 9903 0357	
E-mail- consultoria	contabil1@catconsultoria.com.br	
Telefone	79 3216-0567	

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

1 4. FUNDO DE SAÚDE

Instrumento de criação	LEI
Data de criação	10/1994
CNPJ	11.602.838/0001-71
Natureza Jurídica	Fundo Público da Administração Direta Municipal
Gestor do Fundo	Evandro Silva Pereira Costa

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

1.5. PLANO DE SAÚDE

Período do Plano de Saúde	2022-2025
Status do Plano	Aprovado

Fonte: Modulo de planejamento DigiSUS Gestor 2022

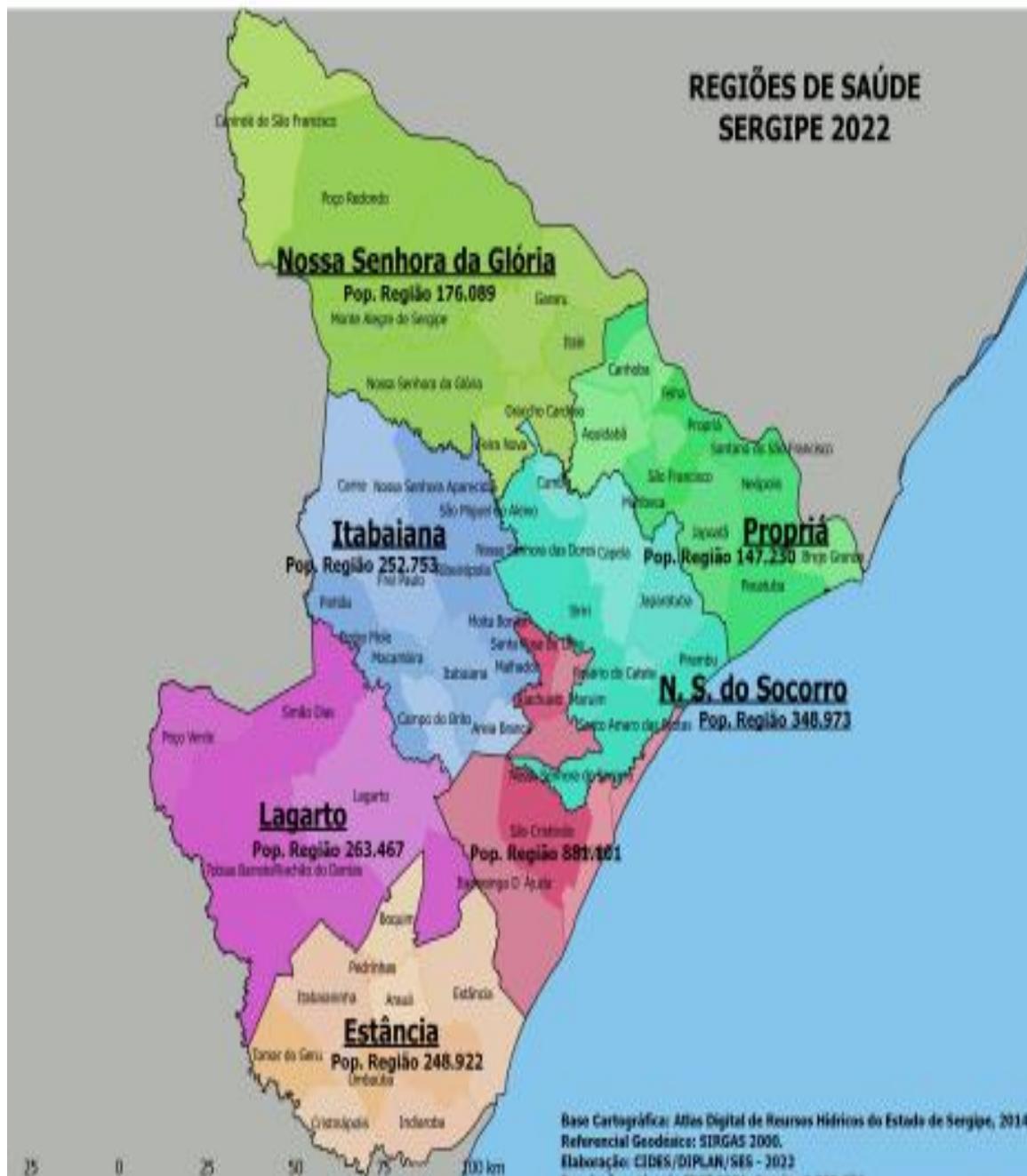
1.6. INFORMAÇÕES SOBRE REGIONALIZAÇÃO

Região de Saúde: **Nossa Senhora da Glória**

Município	Área(Km ²)	População(Hab)	Densidade
Canindé de São Francisco	902.251	30.894	34,24
Feira Nova	188.012	5.617	29,88
Gararu	644.722	11.599	17,99
Gracho Cardoso	242.148	5.831	24,08
Itabi	195.086	4.869	24,96
Monte Alegre de Sergipe	407.409	15.315	37,59
Nossa Senhora da Glória	756.485	37.715	49,86
Porto da Folha	896.937	28.788	32,10
Poço Redondo	1.212.461	35.461	29,25

Fonte: Modulo de planejamento DigiSUS Gestor 2022

MAPA DE REGIONAL



1.7. CONSELHO DE SAÚDE

Instrumento Legal de Criação	LEI 80/2021	
Endereço	Av. Manoel Elygio da Mota, 660	
E-mail	saudealegresms@gmail.com	
Telefone	79 99916 7479	
Nome do Presidente	Silvania Batista dos Santos	
Nº de conselheiros por segmento		
Governo	02	25%
Trabalhadores	02	25%
Usuários	04	50%
Total	08	100%

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

COMPOSIÇÃO DOS REPRESENTANTES POR SEGUMENTOS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE / SERGIPE	
TITULARES	SUPLENTE
SEGUMENTO: GESTOR	
Ana Cristina Oliveira Bispo CPF – 068.439.395-62 Endereço-Pov. Tabuleiro e-mail: anaceco79@gmail.com Silvania Batista dos Santos CPF- 476.358.785-49	Amanda Oliveira Botelho Nascimento CPF-018.777.695-41 Vice Presidente Endereço- Av. Augusto Franco, 2960- e-mail: dra.amandabotelho@gmail.com Renier Turino Navas

Endereço- Av. Manoel Eligio da Mota,1139- email:santossilvania208@hotmail.com	CPF:081.086.671-43
SEGUIMENTO: TRABALHADORES DE SAÚDE NÍVEL SUPERIOR	
Renata Menezes Santos CPF – 055.961.385-76 Endereço-R. Joao Oliveira Chagas- email:Renata.prosperar@gmail.com	Robeilton Augusto dos Santos Filho CPF- 072.530.705-69 Endereço- Av. Manoel Eligio da Mota- email:r.agustopsicologo@gmail.com
SEGUIMENTO: TRABALHADORES DE SAÚDE SINDICATO DOS TRABALHADORES NO SERVIÇO PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE MONTE ALEGRE DE SERGIPE (SINTEGRE) NÍVEL MÉDIO	
Manoel do Nascimento CPF – 889.142.915-53 Endereço-R. Domingos M. de Aragão,34 email:Manoel_do_nascimento@hotmail.com	Suely Lima Silva CPF – 004.846.045-11 Endereço- Av. Manoel Eligio da Mota,569- email:sujunior77@gmail.com
SEGUIMENTO: USUARIOS REPRESENTANTES DA PASTORAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CNBB)	
Joélia Maria Barreto da Silva CPF: 001.779.325-46 Endereço- Manoel Eligio da Mota,683 – email:joelia36@gmail.com	Francisco Filho CPF- 000.239.215-10 Endereço- Pov. Lagoa da Entrada- email:associacaoprodutoresruraisle@gmail.com
SEGUIMENTO: USUARIOS PAROQUIA SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS	
José Leandro dos Santos CPF – 016.124.195-69 Endereço- R. Jair Mariano de Mendonça- email:jleandro.santos108046@gmail.com	Maria Jose de Freitas Lima CPF – 915.474.155-68 Endereço-Pov. Lagoa da Entrada - email:associacaoprodutoresruraisle@gmail.com
SEGUIMENTO: USUARIOS REPRESENTANTES DA IGREJA EVANGÉLICA ASSEMBLEIA DE DEUS	
Maria de Jesus Sobral CPF: 016.663.445-08	José Marcio dos Santos CPF – 022.848.935-03

Endereço- R. Secundino Soares da Costa- assembleiadeusmontealegre@gmail.com	Endereço-Pov. Belo Monte emai:associacaoruralbelomonte@gmail.com
SEGUIMENTO: USUARIOS ASSOCIAÇÃO DOS PEQUENOS AGRICULTORES DO ESTADO DE SERGIPE – APAESE	
Rosenilde da Silva Cardoso CPF: 005.964.615-81 Email: rosenilde2013car@hotmail.com Monte Alegre de Sergipe	Iraneide Martins Silva Guedes CPF – 047.467.975-60 Endereço- Pov. Poço dos Bois – e-mail:cicerojosecarvalho13@gmail.com



DECRETO CMS
2023.pdf

TABELA DEMONSTRATIVA DA COMPOSIÇÃO DA MESA DIRETORA - CMS

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE MONTE ALEGRE DE SERGIPE / SERGIPE	
COMPOSIÇÃO MESA DIRETORA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	
SEGUIMENTO: GESTOR	
Silvania Batista dos Santos CPF – 476.358.785-49	PRESIDENTE
SEGUIMENTO: TRABALHADORES DE SAÚDE NÍVEL SUPERIOR	
Renata Menezes Santos CPF – 055.961.385-76	VICE - PRESIDENTE
SEGUIMENTO: USUARIOS	
Joélia Maria Barreto da Silva CPF: 001.779.325-46	1º SECRETÁRIO
Iraneide Martins S. Guedes CPF – 047.467.975-60	2º SECRETÁRIO

Fonte: CMS/PMMAS 19/04/2022

LEI Nº 4.320, DE 17 DE MARÇO DE 1964

Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

Faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte Lei;

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, de acordo com o disposto no **art. 5º, inciso XV, letra b, da Constituição Federal.**

TÍTULO I

Da Lei de Orçamento

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Art. 2º A Lei do Orçamento conterà a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do Governo, obedecidos os princípios de unidade universalidade e anualidade.

§ 1º **Integração a Lei de Orçamento:**

I - Sumário geral da receita por fontes e da despesa por funções do Governo;

II - Quadro demonstrativo da Receita e Despesa segundo as Categorias Econômicas, na forma do Anexo nº 1;

III - Quadro discriminativo da receita por fontes e respectiva legislação;

IV - Quadro das dotações por órgãos do Governo e da Administração.

§ 2º Acompanharão a Lei de Orçamento:

I - Quadros demonstrativos da receita e planos de aplicação dos fundos especiais;

II - Quadros demonstrativos da despesa, na forma dos Anexos nº s 6 a 9;

III - Quadro demonstrativo do programa anual de trabalho do Governo, em termos de realização de obras e de prestação de serviços.

Art. 3º A Lei de Orçamento compreenderá todas as receitas, inclusive as de operações de crédito autorizadas em lei.

Parágrafo único. Não se consideram para os fins deste artigo as operações de crédito por antecipação da receita, as emissões de papel-moeda e outras entradas compensatórias, no ativo e passivo financeiros.

Art. 4º A Lei de Orçamento compreenderá todas as despesas próprias dos órgãos do Governo e da administração centralizada, ou que, por intermédio deles se devam realizar, observado o disposto no artigo 2º.

Art. 5º A Lei de Orçamento não consignará dotações globais destinadas a atender indiferentemente a despesas de pessoal, material, serviços de terceiros,

transferências ou quaisquer outras, ressalvado o disposto no artigo 20 e seu parágrafo único.

Art. 6º Todas as receitas e despesas constarão da Lei de Orçamento pelos seus totais, vedadas quaisquer deduções.

§ 1º As cotas de receitas que uma entidade pública deva transferir a outra incluir-se-ão, como despesa, no orçamento da entidade obrigada à transferência e, como receita, no orçamento da que as deva receber.

§ 2º Para cumprimento do disposto no parágrafo anterior, o cálculo das cotas terá por base os dados apurados no balanço do exercício anterior àquele em que se elaborar a proposta orçamentária do Governo obrigado à transferência

Art. 7º A Lei de Orçamento poderá conter autorização ao Executivo para:

I - Abrir créditos suplementares até determinada importância obedecidas as disposições do artigo 43.

II - Realizar em qualquer mês do exercício financeiro, operações de crédito por antecipação da receita, para atender a insuficiências de caixa.

§ 1º Em casos de déficit, a Lei de Orçamento indicará as fontes de recursos que o Poder Executivo fica autorizado a utilizar para atender a sua cobertura.

§ 2º O produto estimado de operações de crédito e de alienação de bens imóveis somente se incluirá na receita quando umas e outras forem especificamente autorizadas pelo Poder Legislativo em forma que juridicamente possibilite ao Poder Executivo realizá-las no exercício.

§ 3º A autorização legislativa a que se refere o parágrafo anterior, no tocante a operações de crédito, poderá constar da própria Lei de Orçamento.

Art. 8º A discriminação da receita geral e da despesa de cada órgão do Governo ou unidade administrativa, a que se refere o artigo 2º, § 1º, incisos III e IV obedecerá à forma do Anexo nº 2.

§ 1º Os itens da discriminação da receita e da despesa, mencionados nos artigos 11, § 4º, e 13, serão identificados por números de código decimal, na forma dos Anexos nº s 3 e 4.

§ 2º Completarão os números do código decimal referido no parágrafo anterior os algarismos caracterizadores da classificação funcional da despesa, conforme estabelece o Anexo nº 5.

§ 3º O código geral estabelecido nesta lei não prejudicará a adoção de códigos locais.

CAPÍTULO II

Da Receita

Art. 9º Tributo é a receita derivada instituída pelas entidades de direito público, compreendendo os impostos, as taxas e contribuições nos termos da Constituição e das leis vigentes em matéria financeira, destinando-se o seu produto ao custeio de atividades gerais ou específicas exercidas por essas entidades.

FUNDO DE SAÚDE

O Fundo Nacional de Saúde é o órgão gestor dos recursos financeiros do Ministério da Saúde. Está sob a governança da Secretaria Executiva do ministério fundado em: **24 de julho de 1969**. As receitas da saúde devem ser aplicadas por um fundo especial, o **Fundo Municipal de Saúde**. Os recursos transferidos pela **União ou estado**, bem como os que se apartam das receitas tributárias próprias, devem ser movimentados pelo FMS, sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, conforme determina o **parágrafo 3º do artigo 77** do Ato Das Disposições Constitucionais Transitórias - **ADCT**.

O Fundo de Saúde é criado e instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta dos entes federativos. Trata-se de uma unidade orçamentária e também gestora dos recursos destinados às ações e serviços de saúde. O fundo municipal de saúde é, assim, o braço orçamentário e financeiro para a implementação de qualquer política, ação ou serviço de saúde no município, ainda que esses recursos sejam transferidos para órgãos da administração indireta, como autarquias ou fundações municipais de saúde. Não fazem parte do FMS os recursos repassados aos estabelecimentos de saúde vinculados ao Ministério da Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde não dispõe de personalidade jurídica, isto é, o fundo não tem a capacidade genérica que uma pessoa ou organização tem de adquirir direitos ou obrigações. Assim, um fundo municipal de saúde não pode firmar contratos, convênios ou qualquer outro ajuste. Diferentemente, o município tem personalidade jurídica e pode firmar ajustes por meio de seus representantes legais.

FUNDO ESPECIAL

Fundo especial é um fluxo de receitas, despesas e rendimentos de aplicações financeiras destinado ao atendimento exclusivo de uma atividade específica fundamental da Administração Pública. A **Lei Federal nº 8.142/1990**, em seu **artigo**

4º, determina que estados e municípios devem ter um Fundo de Saúde para receber recursos advindos do Governo Federal. Através dos registros da movimentação do Fundo Municipal de Saúde é possível verificar com clareza as fontes de receita, os valores, a data de ingresso, os rendimentos das aplicações financeiras creditados, bem como as despesas com saúde realizadas em determinado período. Os fundos especiais quebram o princípio do caixa único em que são alocadas grande parte das receitas municipais. O Fundo Municipal de Saúde é, assim, um importante instrumento que facilita o controle social.

O Fundo Municipal de Saúde é uma unidade orçamentária dentro da Secretaria Municipal de Saúde e não uma unidade gestora, obedecendo à classificação funcional-programática da **Lei n.º 4.320/64**.

- **Uma unidade orçamentária**
- **Não uma unidade gestora**
- **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:
 - **Governo Federal**
 - **Estados**
 - **Municípios**

É necessário ter o **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**
- **Administração**

Dos executivos municipais, é importante estabelecer um diálogo que permita a toda a administração pública o entendimento da proposta do SUS.

ORDENADOR DE DESPESAS

No âmbito municipal, o ordenador de despesa é o Prefeito. Ordenador de despesa é toda e qualquer autoridade de cujos atos resultarem emissão de empenho, autorização de pagamento, suprimento ou dispêndio (**§ 1º do artigo 80 do Decreto-Lei nº 200/1967**). O Secretário Municipal de Saúde é o responsável pela movimentação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, mas é autoridade subordinada ao Prefeito. O Secretário ou o Diretor de Saúde, contudo, pode vir a

responder por atos praticados que causem danos ao erário, circunstancialmente, na medida em que tais atos exorbitarem as autorizações emanadas da autoridade máxima municipal, o Prefeito.

LEGISLAÇÃO

De acordo com 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	
Data de criação	10 /11/1994
Lei de criação	LEI 11/1994
Lei CMS alterada	80/2021
Data de alterada	25/10/2021
CNPJ	11.602.838/0001-71 – Fundo Municipal de Saúde
Natureza Jurídica	Fundo Público / Administração Direta Municipal
Gestor do Fundo	Evandro Silva Pereira Costa

PLANO DE SAÚDE

Período do Plano de Saúde	2022-2025
Status do Plano	Aprovado

Fonte: CMS / DGMP

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**
- **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
Oeste: Pedro Alexandre-BA		Leste: Porto da Folha Nossa Senhora da Glória
<i>Sudoeste:</i> Nossa Senhora da Glória Pedro Alexandre- BA	<i>Sul:</i> Nossa Senhora da Glória	<i>Sudeste:</i> Nossa Senhora da Glória

INFORMAÇÕES SOBRE REGIONALIZAÇÃO

Região	Área
(Km ²)	407 km²
População (Hab)	15.175/2021 hab.
Densidade	33,45 hab /km ²
Extensão	407 km²
Clima	Semiárido Bsh
Altitude	265 m
Fuso horário	UTC-3
Densidade	39,2 hab./km ²
IDH (PNUD/2010)	0,553 — <i>baixo</i>
Mesorregião	Sertão Sergipano IBGE /2020
Microrregião	Sergipana do Sertão do São Francisco

INFORMAÇÕES MUNICIPAL

Esgotamento sanitário adequado - 2010	45,7 %
Arborização de vias públicas [2010]	66,6 %
Urbanização de vias públicas [2010]	26,6 %
Urbanização de vias públicas [2010]	26,6 %
Bioma [2019]	Caatinga
Hierarquia urbana [2018]	Centro Local
Região de Influência [2018]	Nossa Senhora da Glória -
Região intermediária [2020]	Itabaiana
Região imediata [2020]	Nossa Senhora da Glória

Percentual das receitas oriundas de fontes externas	94,5%
---	-------

Fonte: IBGE

PLANO ANUAL DE CONTRATAÇÕES

Plano Anual de Contratações - PAC é o documento que consolida todas as compras e contratações que o órgão ou entidade pretende realizar ou prorrogar, no ano seguinte, e contempla **bens, serviços, obras e soluções de tecnologia da informação**. Previsto no **Decreto-lei nº 200/1967**, o planejamento é um princípio fundamental da administração pública que deve nortear todas as suas atividades. Assim, com o intuito de fortalecer esse importante princípio, e consubstanciado no Acórdão TCU nº 2.622/2015, foi publicada a **Instrução Normativa nº 1, de 2019**, simplificando os procedimentos para elaboração do **Plano Anual de Contratações – PAC**. É uma ferramenta de governança que consolida todas as contratações que um Órgão pretende realizar no ano subsequente. O PCA possibilita ter uma visão sistêmica sobre todas as demandas de compras do Governo.

Com a publicação da Nova Lei de Licitações (Lei 14.133/2021), o Plano Anual de Contratações (PAC) passou a ser chamado de Plano de Contratações Anual (PCA). Mas a alteração foi apenas na nomenclatura. O PGC continua sendo o sistema para registro do **Planejamento e Gerenciamento das Contratações**.

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA (DFD)

Publicada no Diário Oficial da União - **DOU**, em **1º de abril de 2021**, na edição 61-F, Documento de Formalização da Demanda - DFD ComprasSusp-SEGEN 18231421 SEI 08020.004664/2022-35 / pg. 1seção 1 - Extra F, página 2, a Lei nº 14.133 - nova lei de licitações e contratos administrativos estabelece as normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Por meio do seu art. 194 a nova lei de licitações - NLL entrou em vigor na data de sua publicação, entretanto por meio do art. 193, estabeleceu-se datas diferentes para a revogação das leis anteriores, conforme veremos a seguir: Art. 193. Revogam-se:

I - Os arts. 89 a 108 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, na data de publicação desta Lei;

II - A Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002, e os arts. 1º a 47-A da Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011, após decorridos 2 (dois) anos da publicação oficial desta Lei.

Art. 194. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Assim, a Lei nº 14.133/21 revogou de imediato a parte criminal da Lei nº 8.666/93 prevista nos arts. 89 a 108. Já a Lei nº 8.666/93, como um todo, a Lei nº 10520/02 (Lei do Pregão) e os arts. 1º a 47 da Lei nº 12.462/11 serão revogados após 2 anos. Desta forma, nos primeiros 2 anos teremos a aplicação de ambas as leis de licitações, a Lei nº 8.666/93 e a Lei nº 14.133/21, e caberá aos órgãos públicos optar por qual lei de licitação utilizar-se-á para reger sua contratação, devendo haver a expressa indicação no edital ou no aviso ou no instrumento de contratação direta de sua escolha, sendo vedada a combinação das duas leis. Art. 191. Até o decurso do prazo de que trata o

inciso II do caput do art. 193, a Administração poderá optar por licitar ou contratar diretamente de acordo com esta Lei ou de acordo com as leis citadas no referido inciso, e a opção escolhida deverá ser indicada expressamente no edital ou no aviso ou instrumento de contratação direta, vedada a aplicação combinada desta Lei com as citadas no referido inciso. Diante dos cenários proveniente da nova lei de licitações e todos os seus ajustes, adequações e entendimentos que norteiam as contratações públicas, é necessário a capacitação dos servidores mobilizados que atuam diretamente nas contratações públicas que são de competência da Secretaria de Gestão e Ensino em Segurança Pública por meio da Diretoria de Gestão, conforme trazemos a luz: **Decreto nº 10.379/2020**, que alterou o **Decreto nº 9.662/2019**, conforme as competências definidas: **Art. 28-A**. À Secretaria de Gestão e Ensino em Segurança Pública compete:

-
- I - Coordenar as atividades relacionadas à gestão dos recursos de segurança pública;
 - II - Promover e fomentar a modernização e o reaparelhamento dos órgãos de segurança pública;
 - III - promover a valorização, o ensino e a capacitação dos profissionais de segurança pública; e
 - IV - Representar o Ministério no Comitê Gestor do Fundo Nacional de Segurança Pública." (NR) **Art. 28-B**. À Diretoria de Gestão compete:
 - I - Gerir os recursos do Fundo Nacional de Segurança Pública e outros relativos à segurança pública;
 - II - Executar os processos de licitação e contratação de bens e serviços relativos à segurança pública;

- III - Gerir as transferências obrigatórias e voluntárias e os instrumentos congêneres oriundos do Fundo Nacional de Segurança Pública e outros recursos relativos à segurança pública;
- IV - Fornecer suporte administrativo ao Conselho Gestor do Fundo Nacional de Segurança Pública;
- V - Efetuar o planejamento e a gestão orçamentária e financeira dos recursos da segurança pública, em articulação com a Secretaria Nacional de Segurança Pública e a Secretaria de Operações Integradas;
- VI - Realizar a gestão do efetivo, observadas as competências da Força Nacional de Segurança Pública;
- VII - Coordenar as ações de planejamento e execução logística das atividades de segurança pública relacionadas com os processos de aquisição, o recebimento e a distribuição de bens e serviços, a gestão do patrimônio, os contratos e os convênios, o transporte e as obrigações associadas, em articulação com a Secretaria Nacional de Segurança Pública e com a Secretaria de Operações Integradas; e
- VIII - Avaliar a execução orçamentária e financeira do Fundo Nacional de Segurança Pública e recomendar os procedimentos necessários à correção de imperfeições." (NR).

INFORMAÇÕES RELACIONADAS

- **Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

- **Instrução Normativa nº 73**, de 5 de agosto de 2020. Dispõe sobre o procedimento administrativo para a realização de pesquisa de preços para a aquisição de bens e contratação de serviços em geral, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.
- **Instrução Normativa nº 5**, de 26 de maio de 2017. Dispõe sobre as regras e diretrizes do procedimento de contratação de serviços sob o regime de execução indireta no âmbito da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional.
- **Portal de Compras do Governo Federal**.

MODALIDADES DE LICITAÇÃO

- **Concorrência**
- **Tomada de Preços**
- **Convite**
- **Concurso**
- **Leilão**

A **Lei 14.133** prevê que a modalidade de licitação concorrência deve ser utilizada para contratação de bens e serviços especiais e de obras e serviços comuns e especiais de engenharia. As modalidades de licitação na Lei 8.666/1993 são: concorrência, tomada de preços, convite, concurso e leilão.

Dessa forma, as modalidades da Nova Lei de Licitações são: concorrência, pregão, leilão, concurso e diálogo competitivo. Cada uma delas possui suas próprias características e deve ser utilizada em situações específicas.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE

A **lei municipal nº 010/1994** cria o Conselho Municipal de Saúde – CMS de Monte Alegre de Sergipe em: **17/10/1994**.

Os conselhos são órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que tem a função de formular, supervisionar, avaliar, controlar e propor **políticas públicas** de saúde que favoreça a população em geral, através destes conselhos, as comunidades tem seus representantes e participam da gestão pública.

- **Deliberativos**
- **Paritários**
- **Permanentes**

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.

FUNCIONAMENTO

Deve funcionar com reuniões mensal, registrar tudo ata, desde as ações, questionamentos, denúncias e apresentação das atividades realizadas e desenvolvidas para apreciação e votação, nas reuniões, bem como infraestrutura para que dê suporte ao seu funcionamento.

- Representar o seu segmento e manifestar as ideias e as demandas de seu grupo ou da instituição que ele representa, além de articular os interesses do conjunto dos usuários do sistema SUS.

- Discutir e levar as opiniões de uma maior parcela significativa da sociedade, pois não agir em nome de seus próprios interesses, mas da parte que ele representar 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.
- Propor, discutir e definir questões, são fundamentais que os conselheiros acompanhem a execução das decisões e ações desenvolvidas na política de saúde, para que haja acompanhamento, fiscalização e controle por parte da sociedade.

FORMAÇÃO REPRESENTANTES DO COLEGIADO

Os representantes de governo, prestador de saúde no SUS da rede privada e entidades, associações sindicatos são indicados pelos órgãos que lhe compete:

- **Representantes do governo 25%**
- **Profissionais de saúde 25%**
- **Usuários 50%**

Em Aplicação da **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** dos conselhos de saúde têm que ser **usuários**, **25%** deve ser **profissional de saúde** e os outros **25%** devem ser **gestores e prestadores** e ou **serviço de saúde** da rede privada.

SEGUIMENTO E PARITÁRIO PARA COMPOSIÇÃO CMS	
Representantes de governo e serviços de saúde SUS	25%
Profissionais de saúde	25%
Usuários	50%
Total	100%

FONTE: CMS

ATUAÇÃO 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 tem a responsabilidade de analisar e aprovar o plano de saúde, e relatório anual de gestão – RAG e informa a sociedade sobre a sua atuação.

- **Econômicos**
- **Execução**
- **Financeiros**

A FUNÇÃO DOS CONSELHEIROS

- Representar o seu segmento e manifestar as ideias e as demandas de seu grupo ou da instituição que ele representa, além de articular os interesses do conjunto dos usuários do sistema SUS.
- Discutir e levar as opiniões de uma maior parcela significativa da sociedade, pois não agir em nome de seus próprios interesses, mas da parte que ele representar 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.

- Propor, discutir e definir questões, são fundamentais que os conselheiros acompanhem a execução das decisões e ações desenvolvidas na política de saúde, para que haja acompanhamento, fiscalização e controle por parte da sociedade.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Os Conselhos Municipais de Saúde – CMS, são órgãos permanentes, paritários e deliberativos com representantes de vários setores:

- **Associações**
- **Entidades representativas**
- **Governo**
- **Profissionais de saúde**
- **Sindicatos**
- **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 **Fundo Municipal de Saúde**, fundo esse para onde são destinados os recursos a serem gastos com a gestão saúde no município.

- **Controle**
- **Fiscalização**
- **Planejamento**

Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe
Secretaria Municipal de Saúde
E-mail: saudealegre2020@hotmail.com

CASA LEGISLATIVA

1º RDQA 2022

2º RDQA 2022

3º RDQA 2022

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

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

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

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

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Em 1988, por ocasião da promulgação da **Constituição da República Federativa** do Brasil, foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficiou em 2022, os planos médico-hospitalares apresentaram crescimento de 1.590.912 beneficiários em relação a dezembro de 2021. No comparativo de dezembro de 2022 com novembro de 2022, o crescimento foi de 239.466 usuários. No caso dos planos exclusivamente odontológicos, somaram-se 2.057.899 beneficiários nos 12 meses; e 152.721, na comparação de dezembro de 2022 com novembro de 2022. Em relação aos dados por estado, no comparativo com dezembro de 2021, o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro os que tiveram o maior ganho de beneficiários em números absolutos. Entre os odontológicos, todas as 27 unidades federativas registraram aumento no comparativo anual, sendo também São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, os estados com maior crescimento em números absolutos.

Os beneficiários do SUS, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Os desafios, no entanto, são muitos, cabendo ao Governo e à sociedade civil a atenção para estratégias de solução de problemas diversos, identificados, por exemplo, na gestão do sistema e também no subfinanciamento da saúde (falta de recursos). Além da democratização da saúde (antes acessível apenas para alguns grupos da sociedade), a implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada no país. Até então, a saúde representava apenas um quadro de “**não-doença**”, fazendo com que os esforços e

políticas implementadas se reduzissem ao tratamento de ocorrências de enfermidades. Com o SUS, a saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela **Constituição Federal de 1988** para atender ao mandamento constitucional que classifica a saúde como um **direito de todos e dever do Estado**, regulado pela **Lei nº. 8.080/1990**. A partir da sua criação, toda a população brasileira passou a ter direito à **saúde universal gratuita**, financiada com recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em conformidade com o **artigo 195 da Constituição**. Garantido no **artigo 196 da Constituição Federal**, o SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de **190 milhões** de pessoas - **80%** delas dependem, exclusivamente, dos serviços públicos para qualquer atendimento de saúde.

A Constituição também estabelece cinco princípios básicos que norteiam o SUS juridicamente, são eles: universalidade (artigo 196), integralidade (artigo 198 – II), equidade (artigo 196 – “acesso universal e igualitário”), descentralização (artigo 198 – I) e participação social (artigo 198 – III)

- **Descentralização (artigo 198 – I)**
- **Equidade (artigo 196 – “acesso universal e igualitário”)**
- **Integralidade (artigo 198 – II)**
- **Participação social (artigo 198 – III).**
- **Universalidade (artigo 196)**

Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde existentes, o SUS é

descrito pelo Ministério da Saúde como “um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos”. O atendimento pelo SUS é realizado por meio dos centros e postos de saúde, os hospitais públicos – incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue) -, os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica. A **rede** de sistemas que compõe o SUS é ampla e abrange tanto **ações** quanto os **serviços** de saúde. Engloba desde a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Fundo **Municipal**, são fundos especiais previstos no **Art. 71 da Lei Federal nº 4.320/64**, criados para abrigar contabilmente as receitas especificadas que por lei se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, sendo uma unidade **orçamentária** dentro da Secretaria Municipal de Saúde e não uma unidade **gestora**, obedecendo à classificação funcional-programática da **Lei**, por isso não haveria necessidade da criação de CNPJ. As transferências **Fundo a Fundo** consistem em recursos financeiros do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde responsáveis pela gestão das ações e dos serviços de saúde, a fim de realizar pagamentos aos fornecedores e prestadores de bens e serviços na área da saúde do Sistema Único de Saúde.

DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS

Um dos princípios do SUS, a descentralização representou uma grande mudança. Descentralizar consiste em fazer com que os gestores das três esferas da federação, notadamente dos Municípios, assumam a gestão da atenção à saúde (**art. 30, VII, da CF/88**), com a participação dos profissionais de saúde e dos usuários.

A descentralização busca fortalecer a gestão pública democrática como um processo de administrar os recursos para que se alcance o bem comum, ou seja, bons resultados para a sociedade. Dessa maneira, a gestão do SUS deve identificar os problemas de saúde locais e realizar as melhores soluções com a utilização dos diferentes recursos disponíveis.

SIOPS NA GESTÃO E FINANCIAMENTO DA SAÚDE

É o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (**SIOPS**) é um instrumento de gestão de controle:

- **Controle social**
- **Gestão**
- **Planejamento**

Do Sistema Único de Saúde (SUS) para subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação dos gastos públicos de saúde nas três esferas de governo.

- **União**
- **Estados**
- **Municípios**

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, como determina a Constituição Federal de 1988. O estabelecimento das fontes de recursos para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde atende a um dos pilares da "Seguridade Social", fazendo valer o direito de acesso da população.

Para garantir tanto o acesso da população como o financiamento do SUS foi criado **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)**, que constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em **Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)**. O **SIOPS** é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da:

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

Sem prejuízo das atribuições próprias dos **Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas**. É no **SIOPS** que gestores da União, estados e municípios declaram todos os anos os dados sobre gastos públicos em saúde. São essas declarações que garantem as transferências constitucionais de recursos para a oferta de ASPS.

CERTIFICADO DIGITAL

Em relação ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012 (**LC 141/2012**), torna obrigatório o registro de dados sobre despesas com ações e serviços públicos de saúde pelos entes da Federação, na pessoa do gestor do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados declarados e homologados pelos gestores passam a ter fé pública para todos os fins legais, incluindo a comprovação da aplicação do mínimo constitucional de recursos em saúde, até que haja parecer do tribunal de contas para o exercício financeiro. Dada a necessidade de garantir a segurança das informações prestadas pelos gestores de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde considera relevante a adoção da **certificação digital** no **SIOPS**. A partir do exercício 2013, o uso de certificado digital será necessário para operação do sistema por prefeitos, governadores e gestores do SUS. O Ministério da Saúde viabilizará a primeira concessão de certificados digitais para este grupo de usuários, como parte das ações de cooperação **técnica e financeira** previstas no **Art. 43 da LC 141/2012**. Em breve serão disponibilizados detalhes sobre os procedimentos necessários à sua obtenção. Membros dos tribunais de contas que forem operar o Módulo de Controle Externo do SIOPS também precisarão utilizar certificado digital.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

É o caminho democrático, para os 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 quadriênio, é realizada nas três esferas respectivamente:

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

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

CONSELHEIROS

AS LEIS E DIRETRIZES QUE REGE O SISTEMA DE SAÚDE NO SUS

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”.

INVESTSUS

Instituído pelo **Decreto Nº 64.867, de 24 de julho de 1969**, o Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro dos recursos destinados a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde bem como dos órgãos e entidades da administração direta e indireta, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em todo o país, o SUS deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização, sendo que é definido como único na **Constituição** um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

- **Universalização**
- **Equidade**
- **Integralidade**
- **Descentralização**
- **Participação popular**

Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde.

- **Formula**
- **Normatiza**
- **Fiscaliza**
- **Monitora**
- **Avalia**

Os gestores estaduais e municipais de saúde agora contam com uma nova ferramenta para acompanhar os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde. Lançado no dia 4 de julho, o aplicativo InvestSUS facilitará o acompanhamento dos valores repassados por bloco de financiamento da saúde.

As principais funcionalidades do InvestSUS são:

- Conferir os valores repassados no bloco de financiamento organizados por dia, mês e ano;
- Visualizar o saldo disponível nas contas bancárias vinculadas ao Fundo Nacional de Saúde e o seu histórico mês a mês;
- Acompanhar as etapas das propostas cadastradas, pareceres, informações de empenho e pagamento;
- Monitorar as propostas sinalizadas como favoritas, dentro da funcionalidade Proposta;
- Acompanhar as principais notícias da saúde pública no Brasil.

PERFIS DE ACESSO DO INVESTSUS

- **Fundos Públicos de Saúde**
- **Entidades Privadas Sem Fins Lucrativos**
- **Entidades Públicas - Federais**
- **Conselhos de Saúde**

- **Ministério da Saúde**
- **Instituições Financeira**

DIRIGENTE DE ENTIDADE (Estadual e Municipal)

- **Prefeitos(a)**
- **Governadores(a)**
- **Secretários(a) Municipais e Estaduais de Saúde**

O Gestor vinculado ao CNP) da Entidade na Base do Fundo Nacional de Saúde ou do SCPA – Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso.

TÉCNICO INSTITUCIONAL (Estadual e Municipal)

- **Assessores(a)**
- **Assistentes**
- **Contadores(a) ou demais técnico(a)s que o GESTOR local tenha interesse em liberar acesso ao APP INVESTSUS**

O Gestor Local já habilitado é o responsável pela autorização dos Técnicos Institucionais de cada entidade.

O PACTO PELA SAÚDE

Existem diferentes recursos a serem administrados. Há os recursos humanos (conhecimentos, habilidades, competências etc.), a rede instalada (os estabelecimentos de saúde à disposição dos diferentes entes federativos), os equipamentos (máquinas, aparelhos, computadores etc.), os medicamentos e insumos, os recursos políticos e os recursos financeiros.

Ao mesmo tempo, a gestão do sistema de saúde envolve o exercício de quatro responsabilidades principais:

- a) formulação de políticas e planejamento;
- b) coordenação, regulação, controle e avaliação dos serviços e ações de saúde da rede pública e privada;
- c) prestação direta de serviços de saúde;
- d) financiamento.

Foi firmado o Pacto pela Saúde para que esses recursos sejam bem administrados, as responsabilidades sejam bem exercidas e para que se organize e viabilize uma melhor interação entre gestores e partícipes municipais, estaduais e federais.

O Pacto pela Saúde é uma nova geração de normas que busca focar a gestão na busca de resultados que impactem em melhorias para a saúde da população, com a demonstração dos compromissos orçamentários e financeiros para se atingir tal finalidade. Foi formalizado pela Portaria nº 399/2006, posteriormente consolidada pela **Portaria de Consolidação nº 06/2017**, ambas as portarias do Ministério da Saúde.

Estrutura do Pacto pela Saúde

- I. **Pacto pela Vida**
- II. **Pacto em Defesa do SUS**
- III. **Pacto pela Gestão**

I. Pacto pela Vida: Reforça a gestão pública ao estabelecer prioridades definidas pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), a partir da análise da situação epidemiológica e de acordos locais. Dessas pactuações, devem participar comissões intergestores, colegiados de gestão regional e conselhos de saúde para que se estabeleçam ações que impactem a melhoria da saúde do cidadão.

II. Pacto em Defesa do SUS: Reúne ações e compromissos entre os gestores e os cidadãos que visam consolidar o SUS e assegurá-lo como política pública. Dessa forma, busca diversas estratégias de mobilização e de repolitização da saúde.

III. Pacto pela Gestão: Valoriza a colaboração entre gestores e define responsabilidades de cada esfera de governo para que os seguintes princípios estruturadores do SUS sejam realizados de forma solidária e compartilhada:

- Planejamento no SUS;
- Financiamento do SUS;
- Descentralização;
- Regionalização;
- Programação Pactuada Integrada (PPI);
- Participação e Controle Social;
- Gestão do Trabalho da Saúde;
- Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial;
- Educação na Saúde.

Habilitação dos municípios em gerir o SUS Objetivos do Pacto

Ademais, o Pacto pela Saúde fixou inicialmente os seguintes objetivos a serem trabalhados em cada realidade local:

- Atenção à saúde do idoso;
- Controle do colo de útero e de mama;
- Redução da mortalidade infantil materna;
- Fortalecimento à capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária, gripe (influenza), hepatite, síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS);
- Promoção da saúde;
- Fortalecimento da Atenção Básica;
- Saúde do trabalhador;
- Saúde mental;
- Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- Atenção integral às pessoas em situação de risco de violência;
- Saúde do homem.

O Pacto pela Saúde promove a municipalização em uma unidade de princípios, objetivos e meios para alcançá-los. Cria uma estrutura de gestão compartilhada e instrumentos para a **ampla colaboração e participação social**. Tais medidas buscam responder a uma realidade cheia de diferenças regionais, de desigualdades sociais, com graves problemas de saúde e epidemiológicos. Assim, o Pacto:

- Radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, promovendo um choque de

descentralização acompanhado da desburocratização dos processos normativos;

- Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional;
- Reitera a importância da **participação e do controle social** com o compromisso de apoio à sua qualificação;
- Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, vez que busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

RESPONSABILIDADE DE FINANCIAMENTO DO SUS

- A responsabilidade do financiamento do SUS é da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conjuntamente, além de outras fontes (**art. 198, § 1º, da CF/88**). Cada esfera de governo tem um fundo especial em que são depositados os recursos aplicados em saúde. No caso do fundo municipal de saúde, essa conta especial recebe recursos de tributos próprios, de transferências federais, estaduais e de outras fontes.
- A Constituição Federal também estabelece os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços de saúde bem como a as fontes tributárias dos recursos para cada ente da federação. As diferentes esferas federativas devem estar em contínua pactuação para atendimento das necessidades e aperfeiçoamento do sistema.
- Responsabilidade de financiamento do SUS

FONTES INTERNAS

- As fontes internas de receitas são formadas por percentual das receitas municipais. Essa receita é composta por tributos próprios, por transferência de recursos constitucionais, por transferência de recursos legais e, ainda, por receitas próprias advindas do próprio fundo (taxa de vigilância sanitária, rendimentos financeiros).
- **Transferências de Recursos Constitucionais:** são recursos que a União transfere aos estados e municípios por determinação da Constituição, ou seja, são decorrentes da divisão das receitas tributárias. São as cotas de participação desses entes nos tributos da União (artigos 158 e 159 da CF/88), tais quais o Fundo de Participação Municipal, Fundo de Participação Estadual, Imposto Territorial Rural (ITR/municípios) e IR retido na fonte.
- **Transferências Legais:** são aquelas previstas em leis específicas, as quais determinam a forma de habilitação, a aplicação dos recursos e como deverá ocorrer a respectiva prestação de contas. As transferências destinadas ao SUS são reguladas pela Lei Complementar nº 141/2012.

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:

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

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 – RAG

O RAG é um **instrumento** obrigatório que, deverá ser apresentado pelo secretário de saúde aos conselheiros municipais é necessário conter os resultados dos dados compilados sobre a produção dos serviços de saúde, planilhas financeira de receitas e despesas, bem como as metas pactuadas e cumpridas de acordo com a execução da **Programação Anual da Saúde**. Compete ao conselho de saúde **avaliar, aprovar** ou **reprovar** o referido relatório. Necessita ser apresentado ao conselho de saúde até o dia **30 de março** do ano seguinte ao da **execução** financeira.

RESPONSABILIDADE DO CONSELHO DE SAÚDE

O CMS precisa estar inserido na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, o conselho tem como objetivo de acompanhar e fiscalizar ações desenvolvidas pelo setor de saúde, bem como de modo inclusivo nos aspectos econômicos e financeiros. O conselho **fiscaliza e analisa** ações e os dados para dar o **parecer favorável à 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, incumbe aos mesmos ter ciência de suas responsabilidades perante ao CMS.

- ✓ **Acompanhar**
- ✓ **Analisar**
- ✓ **Aprovar**
- ✓ **Fiscalizar**
- ✓ **Reprovar**

PPA – PLANO PLURIANUAL

Lei de periodicidade quadrienal, de hierarquia especial e sujeita a prazos e ritos peculiares de tramitação, instituída pela **Constituição Federal de 1988** como instrumento normatizador do planejamento de médio prazo e de definição das macro orientações do governo para a sua ação em cada período de quatro anos, sendo estas mandatórias para o setor público e indicativas para o setor privado (Art. 174 da Constituição).

Conforme estabelece o **Art. 165, § 1º da Constituição**, a lei que instituir o **PPA** estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da Administração Pública Federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

Enquanto não for produzida a lei complementar prevista no Art. 165, § 9º da Constituição, a elaboração desta Lei rege-se pelas normas do Art. 35 dos **Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCTs)**, segundo as quais o projeto de PPA deve ser submetido ao Poder Legislativo até quatro meses antes do encerramento do primeiro ano do mandato presidencial e devolvido para sanção até o final da sessão legislativa, cobrindo o período que vai do início do segundo ano do mandato ao final do primeiro ano do mandato seguinte. Esse período de cobertura do PPA foi definido, em primeiro lugar, porque a discussão e a aprovação de um plano abrangente como o PPA só têm viabilidade de ocorrer depois da posse de cada novo governo, em segundo, por ser racional que se articulem mecanismos de continuidade administrativa que levem as administrações que se iniciam a dar seguimento às ações deixadas em andamento pelas administrações anteriores.

A Constituição (Art. 166, § 4º) atribui ao PPA caráter superordenador em relação à **LDO**, ao fixar: “As emendas ao projeto de **Lei de Diretrizes Orçamentárias** não poderão ser aprovadas quando incompatíveis com o **Plano Plurianual**”.

O Plano Plurianual é o instrumento pelo qual o Governo do Estado orientará o planejamento e a gestão da Administração Pública para os próximos quatro anos. No Plano Plurianual estarão definidas as metas físicas e financeiras para fins do detalhamento dos orçamentos anuais.

De acordo com a Constituição Federal, o Projeto de Lei do PPA deve conter “as **Diretrizes, Objetivos e Metas** da Administração Pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada”.

O PPA é organizado por programas que devem ser estruturados de acordo com as diretrizes estratégicas de governo e a disponibilidade de recursos. Os programas são executados conforme as ações realizadas, permitindo transparência na alocação de recursos e avaliação na aferição de resultados.

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO)

O projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) deve ser enviado pelo Poder Executivo ao Poder Legislativo (Assembleia Legislativa) até o dia 15 de abril de cada ano.

A LDO cumpre as seguintes funções:

- **Estabelecer as metas e prioridades para o exercício financeiro subsequente.**
- **Orientar a elaboração do orçamento.**
- **Dispor sobre alteração na legislação tributária.**
- **Estabelecer a política de aplicação das agências financeiras de fomento.**

Com base na LDO aprovada pelo Legislativo, a Secretaria de Planejamento ou similar elabora a proposta orçamentária para o ano seguinte, em conjunto com os órgãos e entidades dos Poderes:

- **Executivo**
- **Legislativo**
- **Judiciário**

LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA)

Na prática da Administração Pública o Executivo elabora o seu plano e o submete à apreciação e aprovação do Poder Legislativo, que é composto por membros da coletividade, eleitos por ela, para representá-la. Uma vez aprovado, o plano é transformado em lei, a Lei do Orçamento. A partir daí, caberá ao Executivo executá-la. A Lei de Orçamento, ou seja, o plano de governo, é elaborado de acordo com as normas legais vigentes, obedecidos os princípios de anualidade, unidade e universalidade. Deve ser elaborado para um exercício equivalente há um ano, o qual passa a chamar-se de exercício financeiro, e seu início e término coincidem com o ano civil. Deve ser um só e ser utilizado e entendido por toda a administração. Contempla, obrigatoriamente, todas as despesas e receitas relativas a todos os poderes, órgãos e fundos componentes da Administração Pública, tanto a Direta quanto a Indireta, e excluídas apenas as entidades que não recebem subvenções ou transferências da conta do orçamento.

Há de observar que, por força do que dispõe o **Art. 165, § 8º da Constituição Federal**, não é permitido o orçamento conter matéria estranha à fixação da despesa e à previsão da receita.

Em síntese, a Lei de Orçamento compõe-se de duas partes básicas. A primeira constituída da previsão das receitas, que deverão servir de recurso para o custeio das despesas fixadas, as quais, por sua vez, constituem a segunda parte, que deverá especificar a forma como será executado o plano de governo.

FASES DO CICLO ORÇAMENTÁRIO

Embora a lei orçamentária se refira, normalmente, apenas a um ano, o ciclo orçamentário compreende um período de vários anos. No Brasil, esse período é de no mínimo três anos, pois começa com a aprovação do **Plano Plurianual (PPA)** relativo a um período, que vai do segundo ano do mandato em curso, à aprovação da **Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO)** e da **Lei Orçamentária Anual (LOA)**, relativas aos três anos de mandato, e abrange a entrega do orçamento para vigorar no primeiro ano do mandato subsequente.

- **PPA**
- **LDO**
- **LOA**

O ciclo orçamentário tradicional pode ser definido como uma série de passos (ou processos) articulados entre si, que se repetem em períodos prefixados, por meio dos quais orçamentos sucessivos são preparados, votados, executados e avaliados e as contas aprovadas, num processo de continua realimentação. Em geral, o ciclo orçamentário abrange quatro fases:

a) Elaboração e apresentação

b) Autorização legislativa

c) Programação e execução

d) Avaliação e controle

- Na elaboração e apresentação, normalmente a cargo do Poder Executivo, além das tarefas relacionadas à estimativa da receita, são realizadas as atividades relativas à formulação do programa de trabalho (ações que se pretenda executar através de cada órgão); à compatibilização das propostas

setoriais à luz das prioridades estabelecidas e dos recursos disponíveis; e à montagem da proposta orçamentária a ser submetida à apreciação do Poder Legislativo.

- Na fase da autorização legislativa, a cargo do Poder Legislativo, as estimativas de receita são revistas, as alternativas de ação são reavaliadas, os programas de trabalho das unidades são ajustados por meio de emendas, as alocações são regionalizadas e os parâmetros de execução (inclusive os de flexibilidade) são formalmente estabelecidos.
- Na programação e execução, a cargo do Executivo, o orçamento é programado – ajustando-se o fluxo de dispêndios às sazonalidades da arrecadação –, as programações são executadas, acompanhadas e parcialmente avaliadas pelos mecanismos de controle interno e através de inspeções dos órgãos de controle externo.
- Na fase da avaliação e controle, parte da qual ocorre concomitantemente com a execução, são produzidos os balanços, estes são apreciados e auditados pelos órgãos auxiliares do Poder Legislativo (Tribunal de Contas e assessorias técnicas) e as contas julgadas pelo Legislativo.

O ciclo orçamentário com base na **Constituição Federal de 1988** (exige compatibilidade entre a **(LOA, LDO e PPA)** desdobra-se em oito fases bem caracterizadas, quais sejam:

- 1ª) formulação do Planejamento Plurianual pelo Executivo;
- 2ª) apreciação e adequação do plano pelo Legislativo;
- 3ª) proposição das metas e prioridades da Administração Pública e da política de alocação de recursos pelo Executivo, por meio do projeto de LDO;
- 4ª) apreciação e adequação do projeto de LDO pelo Legislativo;

- 5ª) elaboração da proposta de orçamento pelo Executivo;
- 6ª) apreciação, adequação e autorização legislativa;
- 7ª) execução dos orçamentos aprovados;
- 8ª) controle, por meio da avaliação da execução e julgamento das contas da Administração

Tais fases são insuscetíveis de aglutinação, por possuir, cada uma delas, um rito próprio, uma finalidade distinta e uma periodicidade definida.

SISTEMA INFORMATIZADO, DE ALIMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA E ACESSO PÚBLICO

O financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, como determina a **Constituição Federal de 1988**.

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

O estabelecimento das fontes de recursos para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde atende a um dos pilares da "**Seguridade Social**", fazendo valer o direito de acesso da população. Para garantir tanto o acesso da população como o financiamento do SUS foi criado Sistema de Informações sobre **Orçamentos Públicos em Saúde** (SIOPS), que constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em **Ações E Serviços Públicos De Saúde - ASPS**.

O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito:

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

sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas. É no **SIOPS** que gestores da União, estados e municípios declaram todos os anos os dados sobre gastos públicos em saúde, proporcionando acesso público e irrestrito a essas informações.

RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA – RREO

O Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO é uma publicação bimestral que apresenta as informações fiscais consolidadas de cada ente do país. Congrega as informações da execução orçamentária de todos os poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário, incluindo também o Ministério Público e a Defensoria Pública, e deve ser publicado pelas esferas Federal, Estadual, Distrital e Municipal. É exigência do **§ 3º, art. 165, da Constituição Federal/88** e deve ser publicado pelo Poder Executivo até trinta dias após o encerramento de cada bimestre.

As normas para elaboração e publicação do RREO são estabelecidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (**Lei Complementar 101/2000**) e detalhadas no Manual de Demonstrativos Fiscais (MDF). O Manual estabelece o modelo dos diversos demonstrativos que compõem o RREO bem como as instruções para seu preenchimento, além de harmonizar conceitos e rotinas que devem ser observadas a fim de garantir a uniforme apresentação pelos diversos entes da Federação, conforme previsto na **LRF, art. 55, §4º**, e assim, facilitar a compreensão das informações pelos usuários.

O **RREO** em foco de Estados e DF apresenta um compilado de informações que esses entes encaminham ao Tesouro Nacional por meio do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro - Siconfi. Nos painéis, é possível consultar informações desde 2015.

LEI N. 4.320/1964 – NORMAS DE DIREITO FINANCEIRO

A Constituição Federal de 1988 determina, em seu **Art. 165, § 9º**, que cabe a lei complementar dispor sobre o exercício financeiro, a vigência, os prazos, a elaboração e a organização do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei de Orçamentária Anual e estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial da Administração Direta e Indireta, bem como condições para instituição e funcionamento de fundos.

Não existe uma lei complementar que trate de todos os temas relacionados, mas a **Lei n. 4.320/64** e a **Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF** regulam diversos dos aspectos relacionados na **Carta Magna**. A **Lei n. 4.320/64**, apesar de originalmente ter sido aprovada como lei ordinária, possui **status de lei** complementar, só podendo ser alterada por norma de mesma categoria.

TÓPICOS EM FINANÇAS E CONTABILIDADE PÚBLICA

A Lei n. 4.320/1964 serve como base para conceituar elementos que constituem o direito financeiro:

- Fonte de Receita ou de Recursos: é a classificação da origem dos recursos; divide-se em recursos do Tesouro (conforme códigos) e recursos de outras fontes (conforme códigos).
- Pedido de Empenho: documento que serve para solicitar a autorização do ordenador de despesa para que seja emitida uma Nota de Empenho. No pedido de empenho deve constar: identificação do processo de aquisição/contratação que originou a despesa, número sequencial do pedido de empenho, dados do credor, órgão, unidade, projeto/atividade, natureza (classificação) da despesa, fonte do recurso, objetos, quantidades e respectivos valores unitário e total etc.
- Empenho: o **Artigo 58 da Lei n. 4.320/64** define empenho da seguinte forma: “O empenho da despesa é o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado a obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição”. Além disso, outros artigos tratam deste assunto: 1. “**Art. 59.** O empenho da despesa não poderá exceder o limite dos créditos concedidos”; 2. “**Art. 60.** É vedada a realização de despesa sem prévio empenho”.
- Nota de Empenho: Nota de Empenho é o documento que materializa o empenho, ou seja, empenho é o ato, a Nota de Empenho é o documento que o materializa. O §1º do Artigo 60 da Lei n. 4.320/1964 menciona que, em casos especiais, previstos em legislação específica, poderá ser dispensada a emissão da Nota de Empenho.
- Liquidação da Despesa:

A **Lei n. 4.320/1964** trata de liquidação em dois Artigos, a saber:

- **“Art. 62.** O pagamento da despesa só será efetuado quando ordenado após a sua regular liquidação.” Significa que a liquidação da despesa permite à Administração reconhecer a dívida como líquida e certa, criando com isso a obrigação de pagamento, desde que as cláusulas contratadas tenham sido cumpridas.
- **“Art. 63.** A liquidação da despesa consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito.” Ou seja, a liquidação é a verificação do cumprimento de condição que a Lei menciona em seu Artigo 58, sempre com base em documentos específicos devidamente atestados por quem de direito (basicamente nota fiscal ou fatura).
- Ordenador de Despesa: segundo o **§ 1º do Art. 80 da Lei n. 4.320/64**, “Ordenador de Despesa é toda e qualquer autoridade de cujos atos resultarem emissão de empenho, autorização de pagamento, suprimento ou dispêndio de recursos” da Administração.

LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL (LRF)

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, destina-se a regulamentar a Constituição Federal, na parte da Tributação e do Orçamento (título VI). Seu capítulo II estabelece as normas gerais de finanças públicas a serem observadas pelos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Apesar da Carta Magna não solicitar especificamente projeto versando sobre o tema, é possível admitir que a LRF se adequou aos mandamentos dos Arts. 163 e 165.

A LRF não substitui nem revoga a Lei n. 4.320/64, que normatiza as finanças públicas no país há mais de 40 anos. Impõe-lhe, todavia, várias alterações e releituras, embora a Constituição Federal tenha determinado a edição de uma nova lei dispendo sobre esse assunto (em substituição à Lei n. 4.320/64).

A LRF atende também o **Art. 169 da Carta Magna**, que determina o estabelecimento de limites para as despesas com pessoal ativo e inativo da União a partir de lei complementar. Neste sentido, a LRF revoga a **Lei Complementar n. 96**, de 31 de maio de 1999, denominada **Lei Camata II** (Artigo 75 da LRF).

Afirmam alguns doutrinadores e estudiosos das finanças públicas que a LRF atende a prescrição do **Art. 165 da CF**, mais precisamente, o **Inciso II do § 9º** do referido dispositivo. De acordo com o citado Artigo, “cabe à Lei Complementar estabelecer normas de gestão financeira e patrimonial da Administração Direta e Indireta, bem como condições para a instituição e funcionamento de fundos”. Nesse ponto, ocorreria sobreposição de tema com relação à **Lei n. 4.320/64**.

A partir do seu Art. 68, a LRF vem, ainda, atender a prescrição do Artigo 250 da Constituição Federal de 1988, que determina que com o objetivo de assegurar recursos para o pagamento dos benefícios concedidos pelo regime geral de previdência social, em adição aos recursos de sua arrecadação, a União poderá constituir fundo integrado por bens, direitos e ativos de qualquer natureza, mediante lei, que disporá sobre a natureza e administração desse fundo.

O principal objetivo da Lei de Responsabilidade Fiscal, como determina a boa técnica legislativa, está presente em seu Art. 1º, consistindo em estabelecer “normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal”. O parágrafo primeiro desse mesmo Artigo, por sua vez, define o que se entende como responsabilidade na gestão fiscal, abrangendo os seguintes postulados:

- Ação planejada e transparente.
- Prevenção de riscos e correção de desvios que afetem o equilíbrio das contas públicas.
- Garantia de equilíbrio nas contas, via cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas, com limites e condições para a renúncia de receita e a geração de despesas com pessoal, seguridade, dívida, operações de crédito, concessão de garantia e inscrição em restos a pagar.

Ação planejada nada mais é do que aquela baseada em planos previamente traçados e, no caso do serviço público, sujeitos à apreciação e à aprovação da instância legislativa. Os três instrumentos de planejamento de gastos públicos previstos na Constituição foram revigorados e reestruturados pelas novas leis: o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a **Lei Orçamentária Anual**.

A transparência, por seu turno, será alcançada por meio do conhecimento e da participação da sociedade, na ampla publicidade que deve cercar todos os atos e fatos ligados à arrecadação de receitas e à realização de despesas pelo **Poder Público**. Para tal, diversos mecanismos estão instituídos pela LRF:

- A participação popular na discussão e elaboração dos planos e orçamentos já referidos.
- A disponibilidade das contas dos administradores, durante todo o exercício, para consulta e apreciação pelos cidadãos e instituições da sociedade.
- A emissão de relatórios periódicos de gestão fiscal e de execução orçamentária, igualmente de acesso público e ampla divulgação.

A prevenção de riscos, assim como a correção de desvios, deve estar presente em todo processo de planejamento confiável. Em primeiro lugar, a **LRF** preconiza a adoção de mecanismos para neutralizar o impacto de situações contingentes, tais como ações judiciais e outros eventos não corriqueiros. Tais eventualidades serão

atendidas com os recursos da reserva de contingência, a ser prevista na **LDO**. As correções de desvios se darão pela eliminação dos fatores que lhes tenham dado causa. Em termos práticos, se a despesa de pessoal em determinado período exceder os limites previstos na lei, providências serão tomadas para que esse item de gasto volte a situar-se nos respectivos parâmetros, seja pela redução da jornada de trabalho, extinção de gratificações e cargos comissionados, culminando com a demissão de servidores, sejam eles estáveis ou não.

Uma vez que a Lei Complementar n. 101/2000 não revoga a Lei n. 4.320/1964, os objetivos das duas legislações são distintos. Enquanto a Lei n. 4.320/1964 se refere a normas gerais para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços, a LRF estabelece normas de finanças públicas voltadas para a gestão fiscal. Por outro lado, a Carta Magna deu à **Lei n. 4.320/1964** o status de Lei Complementar. No entanto, existindo algum dispositivo conflitante entre as duas normas jurídicas, prevalece a vontade da lei mais recente. Um exemplo concreto verifica-se a partir de algumas alterações sofridas pela **Lei n. 4.320/1964**:

- Conceito de dívida fundada.
- Conceito de empresa estatal dependente.
- Algumas classificações orçamentárias.

A **LRF**, por fim, atribui novas funções à contabilidade pública no controle orçamentário e financeiro, garantindo-lhe um caráter mais gerencial. Com a LRF, as informações contábeis passarão a interessar não apenas à Administração Pública e os seus gestores, mas tornará a sociedade participante do processo de acompanhamento e fiscalização das contas públicas.

PÓS - PANDEMIA

A Saúde Mental é muito mais do que a **ausência de agravo** ou transtorno mental. Saúde e bem-estar, e está intimamente ligada ao **comportamento** dos indivíduos. Lapsos de memória, depressão e ansiedade podem estar relacionados às **sequelas cerebrais da covid-19**, além dos impactos sociais do isolamento e das perdas. A estimativa de infectados e mortos concorre diretamente com o impacto sobre os **sistemas de saúde**, com a exposição de populações e **grupos vulneráveis**, a sustentação econômica do sistema financeiro e da população, a saúde mental das pessoas em tempos de confinamento e temor pelo risco de adoecimento e morte. A pandemia **trouxe à tona** também vários problemas **psiquiátricos**. E precisamos estar atentos também a isso. Cuidar de nosso **bem-estar psíquico** é fundamental para enfrentar os problemas relacionados a pós-pandemia e as consequências dela: isolamento, desemprego, perda de entes queridos, entre tantos. Os efeitos da pandemia variam amplamente e incluem desde impactos diretos na economia e empregos até efeitos indiretos de perdas de aprendizagem entre crianças que ficaram fora da escola. O Brasil está entre os países mais afetados pela pandemia da Covid-19.

MONKEYPOX (MPX)

A **monkeypox** (MPX) é uma **doença zoonótica viral**, caracterizada por uma erupção cutânea pustular, semelhante à varíola. A doença apresenta formas leves, graves e até fatais. Suas manifestações clínicas clássicas englobam **febre, cefaleia, dores musculares e nas costas, adenomegalia, calafrios, exaustão e erupções cutâneas**.

Os dados existentes sobre a monkeypox durante a gestação são limitados, incipientes e sujeitos a vieses de informação quanto à notificação e validação dos casos.

Existem questões críticas sobre como essa doença afeta as mulheres grávidas e seus bebês, sendo imprescindível conhecer como o curso clínico da infecção interfere no período gestacional, as implicações para profilaxia e o tratamento de gestantes infectadas ou expostas ao vírus. Também é importante verificar a transmissibilidade durante os períodos de pré-natal, parto, puerpério e aleitamento materno. Ainda não há consenso na literatura quanto aos cuidados e às orientações referentes à infecção por monkeypox em gestantes, recém-nascidos e crianças em período de aleitamento materno. As recomendações apontam que a via de parto e a manutenção ou não da amamentação devem ser discutidas caso a caso, a depender do contexto social e econômico. A vacinação contra monkeypox em gestantes e recém-nascidos ou em crianças de até dois anos de idade com a vacina de varíola dependerá dos possíveis riscos e benefícios dentro do contexto em que essa população-alvo se encontra, bem como das recomendações locais.

PLANO DE CONTIGÊNCIA PARA MPX



PLANO DE
CONTINGENCIA MUI

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE se constitui no principal provedor de dados e informações do País, que atendem às necessidades dos mais

diversos segmentos da sociedade civil, bem como dos órgãos das esferas governamentais:

- Federal
- Estadual
- Municipal

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA (SAGE)

A **Sala de apoio à Gestão Estratégica (SAGE)** disponibiliza informações de saúde, especialmente das redes de atenção à saúde prioritárias, acompanhamento das metas, repasses, coberturas e indicadores epidemiológicos e operacionais das ações e programas para a tomada de decisão, gestão e geração de conhecimento pelos estados e municípios.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. **(Lei 8080 de 19/set/1990 - Lei Orgânica da Saúde)**

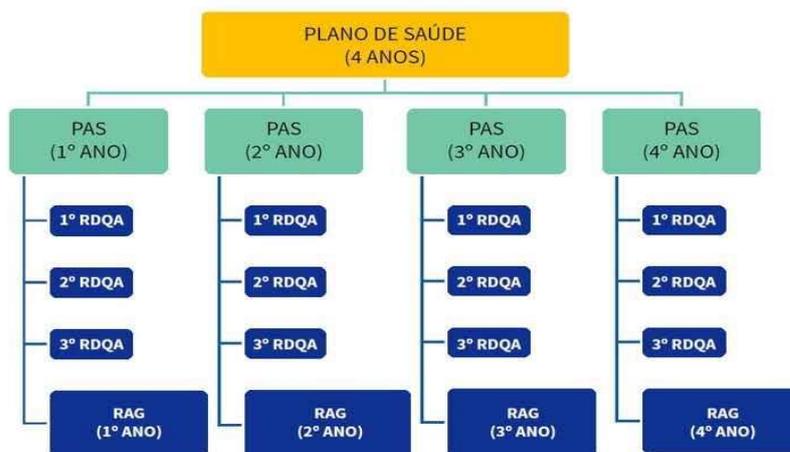
INDICADORES BÁSICOS DE SAÚDE

Medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. (adaptação OPAS)

TROCA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Estrutura organizacional para a disseminação da informação eletrônica em atenção à saúde ou de dados clínicos, através de instituições e sistemas relacionados à saúde. Seu propósito geral é melhorar a assistência ao paciente.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO E MONITORAMENTO DO SUS





2. INTRODUÇÃO

O planejamento no **Sistema Único de Saúde - SUS** 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 incluía 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 n.º 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.

PORTARIA Nº 750, DE 29 DE ABRIL DE 2019

Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigíSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 96.

§ 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 DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP." (NR)

"Art. 99.

§ 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 sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP." (NR)

"Seção II

Do Sistema **DigiSUS** Gestor/Módulo Planejamento - DGMP

Art. 435. Esta seção dispõe sobre a instituição do Sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS." (NR)

"Art. 436. O DGMP deve ser obrigatoriamente utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios, para:

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

I - Registro de informações e documentos relativos:

- a) ao Plano de Saúde;
- b) à Programação Anual de Saúde; e
- c) às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores;

II – Elaboração de:

- a) Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA; e
- b) Relatório Anual de Gestão - RAG; e

III - Envio ao Conselho de Saúde respectivo:

a) das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, para inclusão da análise e do **parecer conclusivo pelo Conselho**, contemplando o fluxo ascendente de que dispõem as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite - CIT para a Pactuação Interfederativa de Indicadores;

b) do RDQA, para **inclusão da análise** pelo Conselho, nos termos do art. 41 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; e

c) do RAG, para **inclusão da análise e do parecer conclusivo** pelo Conselho, nos termos do § 1º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012." (NR)

"Art. 437. O registro das informações e a inserção de documentos no DGMP não substitui a obrigatoriedade de elaboração e de apresentação desses instrumentos ao conselho de saúde, à Casa Legislativa e a órgãos de controle, quando for o caso." (NR)

"Art. 438. São objetivos do DGMP:

I - O aperfeiçoamento da gestão em saúde;

II - A facilitação do acompanhamento das políticas de saúde;

III - A aprimoramento do uso dos recursos públicos;

IV- O apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde; e

V - A transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde." (NR)

"Art. 439. As informações registradas e os documentos inseridos no DGMP estarão disponíveis para acesso público por meio da plataforma DigiSUS Gestor, após conclusão do procedimento de registro ou de inserção pelos gestores locais e conselhos de saúde.

Parágrafo único. A veracidade das informações registradas e dos documentos inseridos no DGMP é de **responsabilidade do gestor local do SUS.**" (NR)

"Art. 440. O cadastro para acesso ao DGMP será feito por meio do Sistema de Cadastro e Permissões de Acesso - SCPA do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O órgão da Secretaria-Executiva responsável pela articulação e gestão interfederativa será responsável pela gestão do sistema e pelo acompanhamento da manutenção junto ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS." (NR)

"Art. 441. As estratégias de implementação, divulgação e treinamento para utilização do sistema DGMP serão acordadas na Comissão Intergestores **Tripartite** -

CIT, no âmbito nacional, e nas Comissões Intergestores **Bipartite** - CIB, no âmbito estadual." (NR)

Art. 2º A partir de 2019, o DGMP substituirá os sistemas **SARGSUS** e **SISPACTO**, para fins de inserção de informações de documentos referentes ao ano de 2018 em diante.

§ 1º O SARGSUS, até a sua descontinuidade, será utilizado para envio dos relatórios de gestão e documentos de anos anteriores a 2018 e apreciação pelos conselhos de saúde.

§ 2º A descontinuidade dos sistemas SARGSUS e SISPACTO deverá ser objeto de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

§ 3º Os arquivos gerados e anexados ao SARGSUS e SISPACTO estarão disponíveis para consulta pública na plataforma do DigiSUS Gestor.

Art. 3º Ficam revogados os seguintes dispositivos da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017:

I - Incisos IV a VII do caput do art. 436;

II - Parágrafo único do art. 437; e

III - §§ 1º a 6º do art. 438.

Art. 4º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

DGMP - DIGISUS GESTOR - MÓDULO PLANEJAMENTO

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 nº 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 Conselho de Saúde no próprio DGMP. O conselho, 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 Conselhos de Saúde. 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 Plurianual de Saúde - PPA**
- **Programação Anual de Saúde - PAS**
- **Pactuação Interfederativa de Indicadores - SISPACTO**
- **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA**
- **Relatório Anual de Gestão - RAG**
- **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:

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

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**
- **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**;

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).

- **Comissões Intergestores Regionais (CIR)**
- **Bipartite (CIB)**

- **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:

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

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:

- LDO
- LOA
- PPA

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).

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;

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** - RDQA 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.

- **Maio**
- **Setembro**
- **Fevereiro**

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**.

- **União**
- **Estado**
- **Município**

§ 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.

COAP - CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE

O COAP é um acordo de colaboração firmado entre os três entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na Região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população, na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. **(Decreto 7.508 de 28/06/11)**.

- Instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada região de saúde.
- Instrumento que retrata a situação atual e as intervenções necessárias para uma situação futura e expressa a programação geral de ações e serviços de saúde para a região;
- Instrumento de alocação de recursos das três esferas de Governo.

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:

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

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 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**.

- **Estaduais**
- **Federal**
- **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 - PAS**
- **Relatório Anual de Gestão – RAG**
- **SISPACTO**

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 - **PAS** 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.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO

PLANO ANUAL DE SAÚDE - PAS

Segundo a **Portaria Nº 2.135**, de 25 de setembro de 2013, **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.

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO – RAG

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.

SISPACTO

O **SISPACTO** é o sistema que permite o registro de metas pactuadas por municípios, regiões de saúde, estados e Distrito Federal, conforme fluxo previsto na **Resolução CIT nº 5, de 19 de junho de 2013**, que dispõe sobre as regras do processo de pactuação de **Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores** - DOMI para cada ano. Visando auxiliar aos estados, municípios e as regiões de saúde quanto ao processo de monitoramento e avaliação da pactuação de acordo com a **Resolução CIT nº 5/MS**, por meio de **Gestão Estratégia e participativa – SGEPI/MS**.

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

- **Meta**
- **Indicadores**

3 - DADOS DEMOGRÁFICOS E DE 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 número 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,

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.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES CARDIOPATIA

É um termo genérico que designa todas as alterações patológicas que afetam o coração e ou os vasos sanguíneos. No termo inclui-se a **doença** cardíaca coronária (**doença** que afeta os vasos sanguíneos que irrigam o coração), a hipertensão e a arteriosclerose.

- **Arritmia Cardíaca** - Frequência cardíaca anormal, seja irregular, acelerada ou muito lenta.
- **Cardiopatia Congênita** - Anormalidade no coração que se desenvolve antes do nascimento.

- **Derrame Cerebral** - Danos ao cérebro devido à interrupção do fornecimento de sangue.
- **Doença Arterial Periférica** - Condição circulatória em que vasos sanguíneos estreitos reduzem o fluxo de sangue para os membros.
- **Doença Arterial Coronariana** - Dano ou doença nos principais vasos sanguíneos do coração.
- **insuficiência Cardíaca** - Doença crônica em que o coração não bombeia o sangue como deveria.
- **Pressão Alta** - Condição em que a força do sangue contra a parede das artérias é muito grande.
- **Parada Cardíaca**- Perda súbita e inesperada de função cardíaca, respiração e consciência.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo. Calcula-se que 17,9 milhões de pessoas perderam a vida por essas enfermidades a cada ano. Os pacientes com risco de doença cardiovascular (DCV) podem apresentar pressão arterial elevada, ter diabetes ou apresentar níveis altos de lipídios. A boa notícia é que a redução do risco de doenças cardiovasculares (como **dislipidemia, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia**) é possível com testes de perfil lipídico para identificar o risco e testes contínuos para realizar o monitoramento. Fazer isso durante as consultas dos pacientes proporciona um momento de aprendizagem e pode levar a melhores resultados.

- ✓ **Dislipidemia,**
- ✓ **Hipercolesterolemia**

✓ **Hipertrigliceridemia**

As diretrizes da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, da **Associação Americana do Coração (AHA)** e da **Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)** recomendam avaliações regulares de risco com perfil lipídico. Pesquisas mostram que os pacientes podem obter resultados melhores com os testes e o planejamento do tratamento durante a mesma visita.

CARDIOMETRO

É um indicador do **nº de mortes por doenças cardiovasculares** no país, criado pela SBC- **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. As doenças cardiovasculares afecções do coração e da circulação, representam a principal causa de mortes no Brasil. São mais 1.100 mortes por dia, cerca de 46 por hora, **1 morte a cada 1,5 minuto** (90 segundos). Causando o dobro de mortes que aquelas devidas a todos os tipos de causas externas (acidentes e violências) três vezes mais que as doenças respiratórias e 6,5 vezes mais que todas as infecções incluindo a AIDS, A SBC estima que, ao final deste ano, quase 400 mil cidadãos brasileiros morrerão por doenças do coração e da circulação, muitas dessas mortes poderiam ser **evitadas ou postergadas** com cuidados preventivos e medidas terapêuticas. O alerta, a prevenção e o tratamento adequado dos fatores de riscos e das doenças cardiovasculares podem reverter essa grave situação. As **doenças cardiovasculares (DCV)** são a primeira causa de mortes no Brasil e no mundo. Ocorrem cerca de 1.000 mortes por dia causadas por esse grupo de enfermidades. Mas pesquisas revelam que a maioria das pessoas acredita que o câncer, a AIDS e outras doenças, como agora a COVID-19, sejam as principais causas de mortalidade. A prevenção é a mais importante providência a ser adotada para a promoção da saúde e enfrentamento de todas as formas de doenças. A informação

qualificada é fundamental para que os recursos da ciência médica possam se reverter em benefícios à saúde da população. A maior parte das mortes por DCV podem ser evitadas com medidas preventivas e o tratamento adequado. Com base nessas premissas a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) desenvolveu o Cardiômetro, trata-se de uma ferramenta que estima os óbitos por DCV.

VIOLENCIAS 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 INFANTIL

- A taxa municipal de **mortalidade infantil** com média é de **8.47%** para 1.000 nascidos vivos, segundo dados do IBGE de 2017.
- A taxa municipal de internações devido a diarreias são de **0.1%** para cada 1.000 habitantes.

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL						
Nº DE MORTES E TAXA MORTALIDADE INFANTIL. REGIÃO DE SAÚDE DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA. SERGIPE, 2017-2022.						
Município de Residência	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Canindé de são Francisco	06	09	12	06	07	01
Feira Nova	0	03	02	01	01	0
Gararu	01	05	01	02	01	0
Gracho Cardoso	01	01	01	01	02	0
Itabi	01	02	0	02	01	0
Monte Alegre de SE	02	05	04	05	05	01
Nossa Senhora da Gloria	05	05	09	11	05	03
Poço Redondo	09	08	09	10	10	02
Porto da Folha	06	05	12	06	05	0
Regional de Nossa Senhora da Glória	11.29 (31)	15.46 (43)	18.61 (50)	16.81 (44)	13.75 (37)	10.36 (07)
SERGIPE	15.38 (521)	16.78 (575)	17.25 (564)	15.98 (508)	14.00 (437)	16.00 (120)

MORTALIDADE NO MUNICÍPIO EM 2023

I QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Nº óbitos	04	05	06	08	23

II QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Nº óbitos	09	06	04	03	22

III QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Set	Out	Nov	Dez	Total
Nº óbitos	06	10	03	04	23

QUADRIMESTRAIS				
U.F- Sergipe	I Quad	II Quad	III Quad	Total
Nº óbitos	23	22	23	67



Óbitos 2023.pdf

3.1. POPULAÇÃO ESTIMADA POR SEXO E FAIXA ETÁRIA 2020

FAIXA ETÁRIA			
FAIXA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
IDADE 0 – 04 ANOS	691	659	1.350
IDADE 05 – 09 ANOS	684	639	1.323
IDADE 10 – 14 ANOS	671	611	1.282
IDADE 15 – 19 ANOS	694	604	1.298
IDADE 20 – 29 ANOS	1.384	1.299	2.683
IDADE 30 – 49 ANOS	1.162	1.241	2.403
IDADE 40 – 49 ANOS	967	989	1.956
IDADE 50 – 59 ANOS	750	775	1.525
IDADE 60 – 69 ANOS	422	415	837
IDADE 70 - 79 ANOS	228	240	468
IDADE 80 OU MAIS	86	104	190
TOTAL	7.739	7.576	15.315

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE

3.2. NASCIDOS VIVOS

Número de nascidos vivos por residência da mãe.

Unidade Federação	2019	2020	2021	2022	2023
Monte Alegre de Sergipe	241	248	254	154	167

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

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 região 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

I QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Nascidos vivos	15	09	13	11	48

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

II QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Mai	Jun	Jul	Ago	Total

Nascidos vivos	28	20	26	09	83
-----------------------	----	----	----	----	-----------

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

III QUADRIMESTRE					
U.F- Sergipe	Set	Out	Nov	Dez	Total
Nascidos vivos	20	09	07	01	37

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivo19s (MS/SVS/DASIS/SINASC)

QUADRIMESTRAIS				
U.F- Sergipe	I QUAD	II QUAD	III QUAD	Total
Nº Nascidos vivos	48	83	37	168

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



NASCIDOS VIVOS
2023.pdf

3.3. PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO

MORBIDADE HOSPITALAR DE RESIDENTE, SEGUNDO CAP. DA CID -10					
PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NO MUNICÍPIO					
Capítulo CID-10	2019	2020	2021	2022	2023
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	19	11	20	4	4
II. Neoplasias (tumores)	11	16	15	36	39
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	5	-	9	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	7	1	2	2
V. Transtornos mentais e comportamentais	9	3	2	7	2

VI. Doenças do sistema nervoso	-	2	1	6	2
VII. Doenças do olho e anexos	1	-	2	-	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	1	1	-
IX. Doenças do aparelho circulatório	24	20	19	24	24
X. Doenças do aparelho respiratório	23	5	10	25	23
XI. Doenças do aparelho digestivo	30	19	27	53	42
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	2	2	2	3
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	8	3	3	4	4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	16	11	9	30	21
XV. Gravidez parto e puerpério	180	163	152	138	149
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	22	8	10	13	10
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	-	1	3	3
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7	3	6	10	5
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	38	35	49	31	40
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	16	7	11	14	14
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-
Total	414	320	341	412	414

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



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS

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

Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

AÇÕES, PROGRAMAS E ESTRATÉGIAS

- 01 - Academia da Saúde
- 02 - Brasil Sorridente
- 03 - Consultório na Rua
- 04 - Estratégia Saúde da Família
- 05 - e-SUS Atenção Primária
- 06 - NutriSUS
- 07 - PMAQ

- 08 - Políticas de Promoção da Equidade em Saúde Práticas Integrativas e Complementares

- 09 - Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais
- 10 - Programa Auxílio Brasil na Saúde
- 11 - Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável
- 12 - Requalifica UBS
- 13 - Rede Cegonha
- 14 - Saúde na Hora
- 15 - Saúde na Escola (PSE)
- 16 - Sistema Prisional

- 17 - Prevenção e Controle dos Agravos Nutricionais
- 18 - Programa Auxílio Brasil na Saúde
- 19 - Requalifica UBS
- 20 - Saúde na Hora

4. DADOS DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NO SUS

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: 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.

- **Equipes de Consultórios de Rua**
- **Programa Brasil Sorridente**
- **Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS**
- **Programa Melhor em Casa**
- **Saúde Bucal**

Além de 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. PRODUÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

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 estejam 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 2023.**
- ✓ **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 2023.**

4.3. PRODUÇÃO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL POR FORMA DE ORGANIZAÇÃO

O município não possui CAPS.

4.7 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;
- ✓ Qualificar a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do sistema.

4.8 GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Na gestão de Saúde possui um total de **(189)** servidores, sendo que, destes **(77)** efetivos **(27)** contratados **(85)** 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 2023)**.

- **Secretaria Municipal de Saúde**
- **Clínica de Saúde da Família Marieta Souza Andrade**
- Pronto Atendimento – PA
- Centro Fisioterapia
- **Unidade Básica de Saúde do Povoado Lagoa do Roçado**
- Pontos de Apoio - Baixa Verde, prédio próprio - Lagoa do Roçado
- Pontos de Apoio - Lagoa da Entrada, prédio próprio - Lagoa do Roçado
- **Unidade Básica de Saúde do Povoado Maravilha**
- Pontos de Apoio - Barra Nova, prédio próprio - Povoado Maravilha
- Pontos de Apoio da Lagoa da Espora, prédio próprio - Povoado Maravilha

ESCOLAS COMO PONTOS DE APOIO

- ✓ **Pontos de Apoio da Povoado Taxas**
- ✓ **Pontos de Apoio da Povoado Lagoas das Areias**
- ✓ **Pontos de Apoio da união dos Conselheiros**
- ✓ **Pontos de Apoio da Povoado Josenilton Alves**
- ✓ **Pontos de Apoio da Povoado Monte Santo – casa de Romão**

Na Atenção Primária o município constitui por seis Equipes de Saúde da Família – **ESF**, são 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**, temos: recepções, almoxarifado, sala de vacina, sala de curativo, sala de triagem, farmácia, sala de conferência, e cada departamento conta com serviços de um auxiliar de enfermagem, todos profissionais da ESF do município cumprem uma carga horária de **40 horas semanais**, conforme regulamenta a Portaria supracitada.

TABELA DEMONSTRATIVA

QUADRO DE SERVIDORES	1º SEMESTRE	2º SEMESTRE
Efetivos	77	77
Contratados	27	27
Comissionados	85	85
Total	189	189

MÉDICOS PELO BRASIL

O Programa Mais Médicos (PMM) visa a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema único de Saúde (SUS). 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 possui três médicos vinculados ao programa, ambos estão cadastrados na **Clínica de Saúde Marieta Souza Andrade**, localizada na Praça Francisco Rollemberg Gois, S/N Centro



COMPONENTES DO FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O financiamento da Atenção primária à Saúde (APS) é calculado com base em **4 componentes: Capitação ponderada; Pagamento por desempenho; Incentivo financeiro com base em critério populacional e Incentivos para ações estratégicas.** Cada um desses componentes foi pensado para ampliar o acesso das pessoas aos serviços da APS e promover o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas assistidas.

CAPITAÇÃO PONDERADA

A capitação ponderada é uma forma de repasse financeiro da Atenção Primária às prefeituras a ao Distrito Federal, cujo modelo de remuneração é calculado com base no número de pessoas cadastradas. O cadastro deve ser feito pelas equipes de Saúde da Família - eSF, equipes de Atenção Primária – eAP, equipes de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR, equipes de Consultório na Rua – eCR ou equipes de Atenção Primária Prisional - eAPP.

O componente ‘Capitação Ponderada’ considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município, de acordo com o IBGE.

Por meio desse cadastro é possível estimar o quantitativo da população que poderá fazer uso dos serviços prestados pela equipe e Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família (USF), o que oferece subsídios ao planejamento das equipes na oferta de serviços e o acompanhamento dos indivíduos, famílias e comunidades.

CADASTRANDO O CIDADÃO

O cadastro do cidadão é feito pelo CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS) e realizado por todos os integrantes das equipes de saúde. As informações colhidas podem ser registradas por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), além do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistemas próprios das gestões ou contratados de terceiros. Em todos esses casos, os cadastros são monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).

PAGAMENTO POR DESEMPENHO

O pagamento por desempenho é um dos componentes que fazem parte da transferência mensal aos municípios. Nesse componente, a definição do valor a ser transferido depende dos resultados alcançados no conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP).

Os atributos da APS são fortalecidos pelo **Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil**, o que induz o aprimoramento dos processos de trabalho e a qualificação dos resultados em saúde, além de otimizar aspectos como periodicidade e método da avaliação. Exemplo disso é que, por meio do monitoramento desses indicadores, podem ser avaliados os acessos, a qualidade e a resolutividade dos serviços prestados pelas eSF/eAP, fornecendo subsídios para medidas de aprimoramento das ações e dando mais transparência aos investimentos na área da saúde para a sociedade.

- **Portaria GM/MS Nº 102, de 20 de janeiro de 2022.**
- **NT 12/2022**, que atualiza a Nota Técnica nº 11/2022 - Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil (2022) de que trata a **Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022**, que alterou a **Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019**, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

PORTARIA GM/MS Nº 26, DE 7 DE JANEIRO DE 2022

Estabelece o valor per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional para o ano de 2022, no âmbito do Programa Previne Brasil, e o valor do incentivo financeiro.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando o disposto no parágrafo único do **art. 9º- A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017**, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Esta Portaria estabelece o valor per capita anual para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional, de que trata o art. 9º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para o ano de 2022 no âmbito do Programa Previne Brasil e o valor do incentivo financeiro.

Art. 2º Fica estabelecido o valor per capita anual de R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) para o cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional e o valor do incentivo financeiro descrito no Anexo a esta Portaria, a ser transferido aos municípios e Distrito Federal nas 12 (doze) competências financeiras do ano de 2022.

§ 1º O cálculo do valor mensal do incentivo financeiro com base em critério populacional foi realizado multiplicando-se o valor per capita anual, de que trata o caput, pela estimativa mais recente da população dos municípios e Distrito Federal divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, vigente na data do cálculo, dividido por 12 (doze).

§ 2º O incentivo financeiro com base em critério populacional será transferido, mensalmente, do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, de que dispõe o inciso I do art. 3º da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e Distrital de Saúde de forma automática e corresponderá aos valores descritos no Anexo a esta Portaria.

Art. 3º Os recursos orçamentários, de que trata esta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.5019.219A - Piso de Atenção Primária à Saúde, no Plano Orçamentário 0008 - Incentivo Financeiro da APS - Capitação Ponderada, totalizando o valor de R\$1.269.239.979,72 (um bilhão, duzentos e sessenta e nove milhões, duzentos e trinta e nove mil novecentos e setenta e nove reais e setenta e dois centavos).

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência de janeiro a dezembro de 2022.

O monitoramento e a avaliação dos dados de atendimento garantem mais qualidade e transparência às ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Pensando nisso, o Ministério da Saúde fez a revisão, de forma **tripartite**, dos indicadores e suas metas e dos resultados esperados para pagamento de desempenho do programa de financiamento da **Atenção Primária à Saúde**, o Previne Brasil. As novas

informações foram divulgadas em **Portaria e na Nota Técnica nº 03/2022 DESF/SAPS/MS.**

Para oferecer suporte à gestão municipal e garantir atendimento à população após declarada a pandemia, as transferências do pagamento por desempenho foram realizadas considerando **100%** do alcance do **Indicador Sintético Final** do município ou Distrito Federal. Portanto, sem redução dos recursos financeiros, até dezembro de 2021. Agora, o cálculo para pagamento passa a ser realizado de acordo com o **desempenho municipal** e do DF considerando o resultado de cada equipe, como previa o Programa no momento de sua criação, em 2019.

As notas serão atribuídas individualmente para cada **indicador**, variando de **zero a dez**, considerando o resultado alcançado entre o menor valor possível (zero) e a meta definida para aquele indicador. Isso significa que, se o resultado de um determinado **indicador** para aquele município for **30%** e a meta for **60%**, a nota final para esse indicador será **5,0**. Ou seja, **50%** da nota máxima possível, já que o resultado alcançou 50% da meta estabelecida. Caso o valor atribuído à meta for maior que o **parâmetro**, a nota final para o indicador será 10,0.

Outra novidade é a alteração do método de cálculo de alguns indicadores, como por exemplo o **indicador** referente às **consultas de pré-natal**. Antes, eram consideradas **gestantes com seis consultas**, sendo a **primeira** até a **20ª** semana de gestação. em 2022, serão mantidas as **seis consultas de pré-natal**, porém, a **primeira** deverá ser realizada até a **12ª semana de gestação**, como forma de oferecer à mulher informações, apoio e cuidado de qualidade, ampliando os resultados **positivos no acompanhamento** da gravidez.

Na revisão feita de **forma tripartite**, diante do quadro ainda pandêmico do País, pactuou-se para efeito de pagamento por desempenho que os municípios brasileiros

e o DF alcancem as metas previstas de dois indicadores no primeiro quadrimestre de 2023; de mais três indicadores para o segundo quadrimestre, e que completem o alcance dos indicadores totais no último quadrimestre de 2023.

Além disso, as mudanças definidas serão aplicadas apenas na **avaliação do primeiro quadrimestre de 2023**. Portanto, para efeitos do cálculo para o custeio do pagamento por desempenho, entre **janeiro e abril (01/2023)**, deve-se considerar o resultado do terceiro quadrimestre de 2021 com as regras de indicadores anteriores à estas mudanças.

“As mudanças refletem a escuta que estamos fazendo ao percorrer o Brasil inteiro, reunindo representantes da **APS** de todos os municípios, literalmente, o que amplia nossa **percepção da diversidade e desafio** de cada região, assim como refletem o comprometimento com cada cidadão, que verá os serviços melhorarem diante da melhora do desempenho dessas equipes”, garantiu o Secretário de Atenção Primária à Saúde, Raphael Câmara.

De forma gradativa, os pagamentos serão realizados da seguinte forma em 2022:

- Para o financiamento no primeiro quadrimestre de 2023, será considerado o percentual do **alcance real** para as metas dos indicadores **1 e 2**, somado à meta de 100% dos demais indicadores para a apuração do ISF do município e Distrito Federal, obtido no terceiro quadrimestre de 2023 com a metodologia de cálculo anterior aos indicadores revisados;
- Para o financiamento no segundo quadrimestre de 2023, será considerado o percentual de **alcance real** para as metas dos indicadores 1, 2, 3, 4 e 5, somado à meta de 100% dos demais indicadores para a apuração do ISF do município e Distrito Federal, obtido no primeiro quadrimestre de 2023;

- Para o financiamento no terceiro quadrimestre de 2023, será considerado o percentual de **alcance real** para as metas de todos os 03 indicadores elencados – para a apuração do ISF do município e Distrito Federal, obtido no segundo quadrimestre de 2023.

ORIENTAÇÕES PARA GESTORES DE SAÚDE

Também submetida à pactuação na **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**, a **NT nº 03/2022 DESF/SAPS/MS** é um instrumento para orientar e dar subsídios ao planejamento das ações de trabalho das equipes de saúde. Nela, são tratados os seguintes temas:

- **Parâmetros**
- **Metas**
- **Pesos**
- **Indicador Sintético Final**
- **Financiamento dos sete indicadores**

O texto informa que a avaliação de desempenho dos municípios e do DF, a partir das equipes Saúde da Família (eSF) e das equipes de Atenção Primária (eAP), no conjunto dos indicadores permanecerá consolidada no Indicador Sintético Final (ISF), e que o ISF determinará o valor do **incentivo financeiro** a ser transferido ao município. O ISF **equivale** ao cálculo do **desempenho** alcançado nos **sete indicadores selecionados**. A avaliação ISF permanece realizada a cada 04 (quatro) meses, com repercussão financeira para os 04 meses seguintes.

A Nota Técnica também destaca os valores de referência para indicar o desempenho ideal (parâmetros e metas) dos serviços de Atenção Primária à Saúde ofertados nos municípios brasileiros e no Distrito Federal. O acompanhamento dos

dados que produz os indicadores, tem como principal fonte o **Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)** onde é possível acompanhar informações que permitam a avaliação dos dados agregados por equipe.

O **programa Previne Brasil** é o modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), e foi instituído pela **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017**. O Previne considera quatro componentes para fazer a transferência financeira federal a municípios e ao Distrito Federal:

- **Incentivo com base em critério populacional;**
- **Capitação ponderada (cadastro de pessoas);**
- **Pagamento por desempenho (indicadores de saúde)**
- **Incentivo para ações estratégicas.**

A proposta tem como princípio aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o **fortalecimento de vínculos entre população e equipe**, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas atendidas e acompanhadas nos serviços da APS. O Previne Brasil começou a ser implementado em 2023.



GOVERNO PUBLICA MEDIDA PROVISÓRIA COM REGRAS DO NOVO BOLSA FAMÍLIA

Famílias beneficiadas pelo programa receberão um valor mínimo de R\$ 600, com um adicional de R\$ 150 por criança de até 6 anos. Poderão receber benefícios do programa famílias com renda de até R\$ 218 por pessoa. O governo federal editou a **Medida Provisória 1164/23**, que recria o programa Bolsa Família com novas regras, em substituição ao Auxílio Brasil. Segundo o texto, publicado em edição extra do Diário Oficial da União nesta quinta-feira (2), as famílias beneficiadas pelo programa receberão um valor mínimo de R\$ 600, com um adicional de R\$ 150 por criança de até 6 anos. O Programa Combate à Fome, adicional por família, no valor de R\$ 50, para cada dependente entre 7 e 18 anos e para gestantes.

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.

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.

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**.

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.

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.

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.

PROJETO GLAUCOMA

O **glaucoma** é uma degradação do **nervo óptico**, normalmente associada ao aumento da pressão intraocular (pressão dentro do olho). Há, porém, casos de pessoas com pressão ocular normal que podem ter **glaucoma**. O nervo óptico é responsável por captar as informações que enxergamos e transmiti-las ao cérebro. Um grupo de doenças oculares que podem causar cegueira. Em todos os tipos de glaucoma, o nervo que liga o olho ao cérebro encontra-se danificado, geralmente devido à alta pressão ocular. O tipo mais comum de glaucoma (glaucoma de ângulo aberto) não costuma apresentar outros sintomas além da perda lenta da visão. O glaucoma de ângulo fechado, embora raro, é uma emergência médica e seus sintomas incluem dor ocular com náuseas e distúrbios súbitos de visão. O

tratamento inclui colírios, medicamentos e cirurgia. E ainda pode provocar lesão no nervo óptico e no campo visual. Como muitas vezes não apresenta sintomas, a doença pode se agravar e provocar a perda progressiva da visão, levando a total cegueira. Por isso é importante o diagnóstico precoce, que pode ser feito pelo oftalmologista em consultas de rotina, cujo tratamento é oferecido gratuitamente pelo SUS.

Por não apresentar sintomas frequentes, é fundamental que a população vá ao oftalmologista anualmente. Quanto mais rápido for o diagnóstico, maiores serão as chances de se evitar a perda da visão. A prevenção é realizada por um exame oftalmológico cuidadoso em que o médico faz a medida da pressão intra-ocular, o exame do fundo de olho e, quando necessário, o campo visual.



No Brasil, estudos mostram **prevalência** de **2% a 3%** na população acima de **40 anos**. Por isso, o aconselhável é que as pessoas com mais de 40 anos façam exames oftalmológicos periódicos, com a finalidade de detectar sinais prematuros da doença. “O Glaucoma afeta mais de 67 milhões de pessoas no mundo, das quais 10% são cegas. No Brasil, estima-se em cerca de 1 milhão os casos da doença. Dos cerca de um milhão de glaucomatosos, 50% ou mais não sabem que são portadores da doença”.

FATORES DE RISCO E TRATAMENTO

Segundo especialista, o principal fator de risco do Glaucoma é o aumento da pressão intra ocular (PIO). Os valores normais situam-se entre **10-21 mmHg**. Quando a PIO está aumentada, mas não há dano evidente do nervo óptico nem alteração no campo visual, o paciente é caracterizado como portador de glaucoma suspeito por hipertensão ocular (HO). Quando a PIO está normal e o paciente apresenta dano no nervo óptico ou alteração no campo visual, ele é classificado como portador de glaucoma de pressão normal (GPN).

- **Hipertensão ocular (HO)**
- **Portador de glaucoma de pressão normal (GPN)**
- **Pressão intra ocular (PIO)**

Além da pressão intraocular aumentada, outros fatores de risco são: idade acima de 40 anos, escavação do nervo óptico aumentada, **etnia** (negra para o de ângulo aberto e amarela para o de fechamento angular), **história familiar**, ametropia (miopia para o de ângulo aberto e hipermetropia para o de fechamento angular), pressão de perfusão ocular diminuída, diabetes mellitus tipo 2, fatores genéticos e outros fatores especificados. Embora seja uma doença crônica e que não tem cura, o Glaucoma, na maioria dos casos, pode ser controlada com tratamento adequado e contínuo.

Para saber se o paciente tem glaucoma, basta ir a UBS de sua referência para realizar uma consulta, o diagnóstico e o tratamento, as consultas podem ser com um médico clínico geral e este, de acordo com a necessidade, encaminhará para o oftalmologista. Além de consultas e exames oftalmológicos preventivos, a rede de serviços do SUS fornece aos usuários alguns colírios se necessário a cirurgia.

O Projeto Glaucoma realiza exames gratuitos para aferição da doença, além de exames e atendimento sobre dúvidas em relação a doença. O **Glaucoma** é uma doença ocular causada principalmente pela elevação da pressão intra-ocular que provoca lesões no nervo ótico e, como consequência, comprometimento visual. A única forma de confirmar o diagnóstico de **glaucoma** é ir ao oftalmologista para realizar **exames** que podem identificar se a pressão dentro do olho está alta, que é o que caracteriza a doença.



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.

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).

4.6 - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE SAÚDE BUCAL

Durante anos, a Odontologia esteve à margem das políticas públicas de saúde. O acesso dos brasileiros à saúde bucal era extremamente difícil e limitado. Esta demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos faziam com que o principal tratamento oferecido pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da odontologia mutiladora e do cirurgião-

dentista com atuação apenas clínica. Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – **Programa Brasil Sorridente**. O Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas que visam a garantir ações de **promoção, prevenção e recuperação** da saúde bucal dos brasileiros, fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população.

Seu principal objetivo é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

As principais linhas de ação do programa são a reorganização **da atenção básica** em saúde bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal eSB na Estratégia Saúde da Família ESF), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de **Centros de Especialidades Odontológicas** CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Também, o Brasil Sorridente articula outras ações intraministeriais e interministeriais. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada para o atendimento primário e odontológico no **SUS**, exercendo a **odontologia** curativa. Já nos Centros de Especialidade Odontológica (CEO) são realizados os atendimentos encaminhados pelas UBSs e USFs.

O Brasil Sorridente - **Política Nacional de Saúde Bucal** tem modificado a vida de milhões de brasileiros por meio do acesso a serviços odontológicos de forma gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses serviços são ofertados em **Unidades de Saúde Família (USF)/Postos de Saúde, Unidades Odontológicas Móveis (UOM), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e hospitais**. Além desses

serviços, o Brasil Sorridente conta com **Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)**, que colaboram com a confecção laboratorial de próteses dentárias, servindo de apoio para USF, UOM e CEO.

O Brasil Sorridente tem interface com diversas ações e programas do Ministério da Saúde, como o Brasil Sorridente Indígena, Programa Saúde na Escola, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, Convenção de Minamata e Fluoretação das Águas de Abastecimento Público, entre outras; além disso, o programa coopera com **ações para a qualificação profissional e científica** dos profissionais e para a educação em saúde da população.

- **Brasil Sorridente Indígena**
- **Programa Saúde na Escola**
- **Plano Nacional para Pessoas com Deficiência**
- **Convenção de Minamata**
- **Fluoretação das Águas de Abastecimento Público**
- **Programa de Academia de Saúde - PAS**



BRASIL SORRIDENTE

O **Brasil Sorridente** é uma política do governo federal com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. É a primeira vez que o governo federal desenvolve uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um programa estruturado, não apenas incentivos isolados à saúde bucal.

SAÚDE BUCAL

As atividades realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal visam o atendimento da demanda reprimida da população se adequando e adaptando para a realização de ações em prevenção viabilizando o cuidado intencionado a gestantes.

ATENDIMENTOS ATIVIDADES REALIZADAS

A população, em sua maioria, chega ao atendimento a partir da identificação do Agente de Saúde ou Enfermeiro, ou a partir de demanda e 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. Equipe de Saúde Bucal tem acesso aos insumos de equipamentos de proteção individual - EPI em quantidades necessárias para atuar com segurança, dentro das restrições e normas de biossegurança. Temos a disponibilização nas UBS e Ponto de apoio, cópias do **POP** (Procedimento Operacional Padrão) em Odontologia no município para algumas atividades e procedimentos e disponibilizados nas ESB, observa-se essa é a via planejada de acordo com as possibilidades dentro da pandemia, mas existem outras vias que o usuário acessa o atendimento, por exemplo, urgência que segue diretamente para a consulta sem necessidade de agendamento.

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. Nesse quadrimestre foram realizadas reuniões mensais onde foram discutidas possíveis estratégias para acolhimento de gestantes, devido ao alto índice de falta das mesmas que foram diversas vezes agendadas via enfermeiros e agentes de saúde, porém não comparecem. Uma das estratégias pensadas foi a realocação do horário para gestantes dentro do cronograma das equipes de saúde bucal em consonância com o dia de pré - natal realizado pelos enfermeiros, para que elas tenham facilidades ao atendimento garantido quando sair de sua consulta habitual. Outra estratégia, está

começando a ser executada que é o acolhimento e investigação das gestantes que não compareceram as consultas, bem com acompanhamento daquelas que não terminaram o tratamento através da telecomunicação.

I QUADRIMESTRE

ESTRATÉGIA DE SAÚDE BUCAL QUANTITATIVO PROCEDIMENTOS

Os dados foram coletados do Sistema **e-SUS AB PEC** mostram os quantitativos de atendimentos odontológicos.

PRODUÇÃO DA SAÚDE BUCAL - CNES						
Local	Jan	Fev	Mar	Abr	Total	
Marieta Souza Andrade	340	285	398	202	1.225	
UBS - Lagoa do Roçado	183	168	170	121	642	
UBS - Maravilha	155	142	176	138	611	
Total	678	595	744	461	2.478	

Obs.: O primeiro quadrimestre no mês de abril houve uma queda na produção.



I Quadrimestre
S.B.pdf



Apresentação
Saúde Bucal - 1º Q

II QUADRIMESTRE

PRODUÇÃO DA SAÚDE BUCAL - CNES					
Local	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Marieta Souza Andrade	308	221	300	391	1.220
UBS - Lagoa do Roçado	186	136	197	199	718
UBS - Maravilha	184	107	153	196	640
Total	678	464	650	786	2.578



Saúde Bucal - 2º
Quadrimestre 2023.r

III QUADRIMESTRE

PRODUÇÃO DA SAÚDE BUCAL - CNES					
Local	Set	Out	Nov	Dez	Total
Marieta Souza Andrade	174	307	152	68	701
UBS - Lagoa do Roçado	125	169	154	74	522
UBS - Maravilha	160	177	180	120	637
Total	459	653	486	262	1.860

QUADRIMESTRAIS

PRODUÇÃO DA SAÚDE BUCAL - CNES				
Local	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Marieta Souza Andrade	1.225	1.220	701	3.146
UBS - Lagoa do Roçado	654	730	522	1.906
UBS - Maravilha	619	640	637	1.896
Total	2.498	2.590	1.860	6.948

OBS.:



Apresentação
Saúde Bucal - 1º Q



RAG SAÚDE BUCAL
2023.pdf

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Bolsa Família é destinado para famílias que tenham uma renda per capita de R\$ 218 por mês. O valor mínimo do repasse em 2023 é de R\$ 600, podendo ter acréscimos a depender de condições específicas da família. O programa Bolsa Família é um programa de transferência de renda com condicionalidades na saúde e na educação. São elegíveis ao Programa Bolsa Família as famílias inscritas no Cadastro Único em situação de pobreza, com renda per capita até R\$ 218,00 (duzentos e dezoito reais), é um programa federal de transferência direta e indireta de renda que integra benefícios de assistência social, saúde, educação e emprego, destinado às famílias em situação de pobreza.

CONTRAPARTIDAS

O novo Bolsa Família retoma o modelo original com a exigência de contrapartidas das famílias beneficiadas pelo programa, que voltarão a ter que comprovar a frequência escolar dos filhos e a manter atualizadas as cadernetas de vacinação da família inteira. Grávidas deverão fazer o acompanhamento pré-natal.

As contrapartidas deixaram de ser cobradas durante o governo de Jair Bolsonaro, que substituiu o Bolsa Família pelo Auxílio Brasil.

CADASTRO

O programa também terá como foco a atualização do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e a integração com o Sistema Único de Assistência Social (Suas), com busca ativa para incluir novos beneficiários e revisão de benefícios em busca de irregularidades.

A MP cria ainda a Rede Federal de Fiscalização do Programa Bolsa Família e do CadÚnico, conforme regras a serem definidas em regulamento.

“O programa só dará certo se o cadastro permitir que o benefício chegue exatamente às mulheres, aos homens e às crianças que precisam desse dinheiro”, disse Lula, durante o lançamento do novo Bolsa Família.

Em fevereiro, mais de 1,5 milhão de beneficiários que recebiam valores irregularmente foram excluídos do programa. Por outro lado, após busca ativa em várias regiões do País, outras 700 mil famílias vão passar a receber o benefício.

TETO DE GASTOS

Os novos valores do Bolsa Família foram garantidos pela **Emenda Constitucional 126**, que autorizou o governo a aumentar em R\$ 145 bilhões o teto de gastos no Orçamento de 2023 para bancar despesas como o Bolsa Família, o Auxílio Gás, a Farmácia Popular e outras políticas públicas.

A Emenda tem origem na chamada **PEC da Transição (PEC 32/22)**. O aumento de gastos não valerá para 2024.

O Bolsa Família é voltado para famílias em situação de vulnerabilidade econômica e social. Para serem habilitadas, as famílias precisam atender a critérios de elegibilidade, como apresentar renda per capita classificada como situação de pobreza ou de extrema pobreza. Ao todo, o novo Bolsa Família atenderá cerca de 20 milhões de famílias neste ano.

O cadastrado em algum programa do Governo Federal precisa se inscrever no CadÚnico. A inscrição pode ser feita no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) mais próximo de sua casa. O CadÚnico reúne dados sobre a população de baixa renda do país. Para que a família seja contemplada pelo Programa Auxílio

Brasil é necessário: Estar cadastrada, pela prefeitura, no Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal; ser selecionada pelo Ministério da Cidadania; Estar em **situação de pobreza ou de extrema pobreza**.

CONDICIONALIDADES

Publicado em **26/09/2022** As condicionalidades continuam existindo na mesma lógica do antigo programa social. São compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias quanto pelo poder público para reforçar o acesso dessas famílias a seus direitos sociais básicos, principalmente nas áreas de saúde, educação e assistência social. Estão relacionadas apenas aos benefícios da “cesta raiz”.

Saúde

- Vacinação e acompanhamento nutricional (peso e altura) de crianças menores de 7 anos; e
- Pré-natal de gestantes.

Educação

- Frequência escolar mensal mínima de 60% para os beneficiários de 04 e 05 anos;
- Frequência escolar mensal mínima de 75% para os beneficiários:
 - de 06 a 17 anos,
 - de 18 a 21 anos incompletos que recebam o Benefício Composição Jovem e ainda não tenham concluído a educação básica.

4.7 - PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA - PSE

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 - PPP** representa uma oportunidade ímpar 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.

O Programa 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.

O PSE 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.

Para alcançar estes propósitos o PSE foi constituído por 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; e
- (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 Intersetorial** (GTI) e, na sequência, a proposta da Agenda de Educação e Saúde, como estratégia de implementação nos territórios da escola.

PROJETO MUNICIPAL

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 a 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.

EDUCAÇÃO E SAÚDE

No âmbito da escola as atividades de planejamento e gestão do coletivo, formulação dos inventários detalhados e da condução de processos participativos integrados aos estudos e ao **Projeto Político Pedagógico** - PPP representam uma oportunidade ímpar 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.
- ✓ **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**

COMPOSIÇÃO DO PSE

COMPONENTE I

- **Avaliação clínica**
- **Psicossocial.**

Onde se organizam as ações de atenção integral à 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**
- **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**
- **Capacitação de profissionais da Educação**
- **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**
- **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

ATIVIDADES NO PSE REALIZADAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Janeiro



PLANEJAMENTO
INTERSETORIAL DO I

Inep	Escolas	Local	Enfermeiro(a)
28001389	Escola Municipal Dr. Passos Porto	Lagoa do Roçado	Nathalia
28001400	Centro de Excelência 28 de Janeiro	Cidade	Marissa
28001443	Escola Municipal Dr. Luiz Garcia	União Conselheiros	Wagner
28001451	Escola Municipal Antonio Barbosa	Baixa Verde	Nathalia
28001494	Escola Municipal Professora Gildete Dos Reis Lima	Cidade	Crislane
28001532	Escola Municipal Jose Rollemberg Leite	Maravilha	Renata
28001630	Escola Estadual José Inácio de Farias	Cidade	Jéssica
28001648	Jardim de Infância Ivanice Pereira Dos Santos	Cidade	Crislane
28002130	Escola Municipal Nossa Senhora Da Aparecida	Lagoa das Areias	Renata
28029151	Escola Municipal Pedro Ferreira de Aragão	Lagoa da Entrada	Nathalia
28030672	Escola Municipal Manoel Pereira de Barros	Cidade	Marissa

Escolas pactuadas	11	Alunos pactuados 3.050
--------------------------	-----------	-------------------------------

- Reunião com secretários municipal de saúde coordenadores e **apresentação do diagnóstico situacional pelas equipes de Saúde.**



Figura 1 Reunião com as equipes e coordenações da APS apresentação do diagnóstico situacional

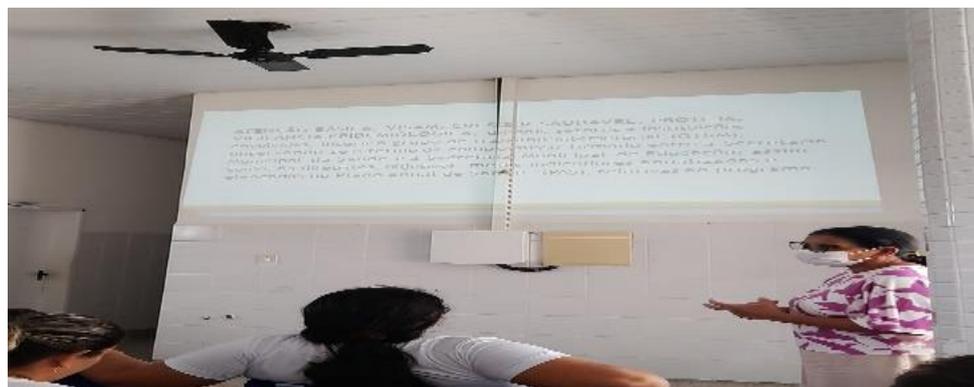


Figura 2 Apresentação das propostas e do termo de com a comissão do PSE



Figura 3 apresentação do planejamento de ações



Figura 4 equipes da APS



Figura 5 REUNIÃO INTER SETORIAL COM A EDUCAÇÃO



Figura 6

Figura 7 REUNIÃO COM ENFERMEIROS COORDENADOR DO PROTEJA

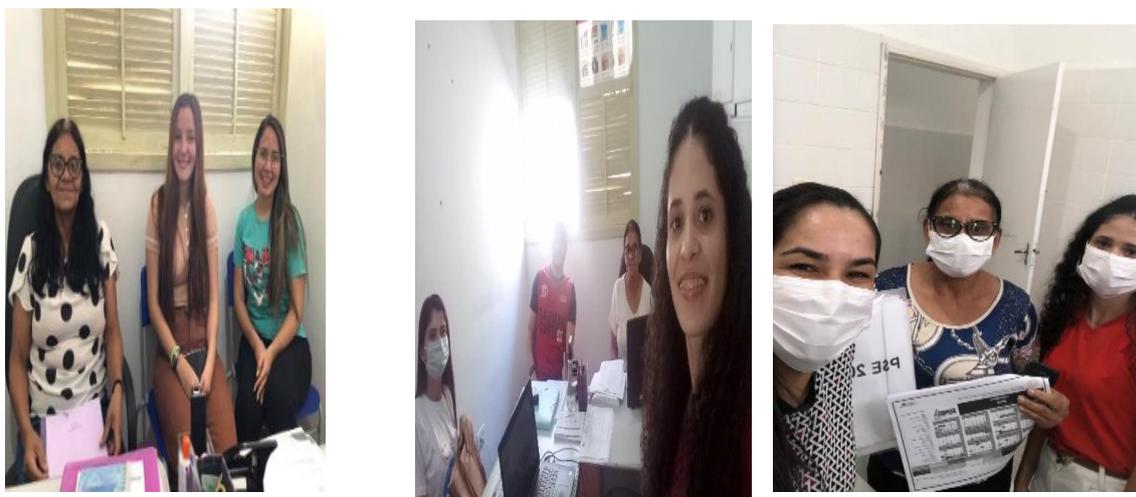


Figura 8 ELABORAÇÃO DO CRONOGRAMA DE AÇÕES

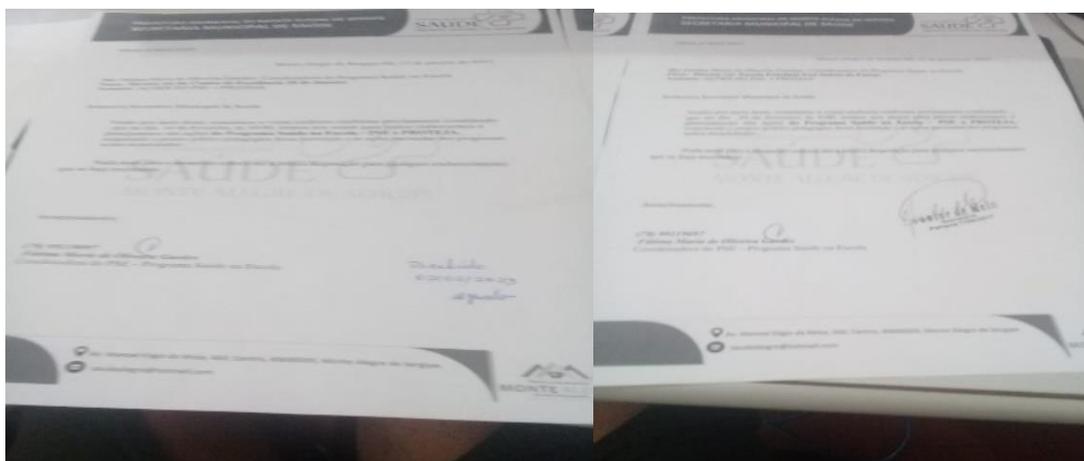


Figura 9 ofício solicitando as escolas estaduais reunião para agendamento

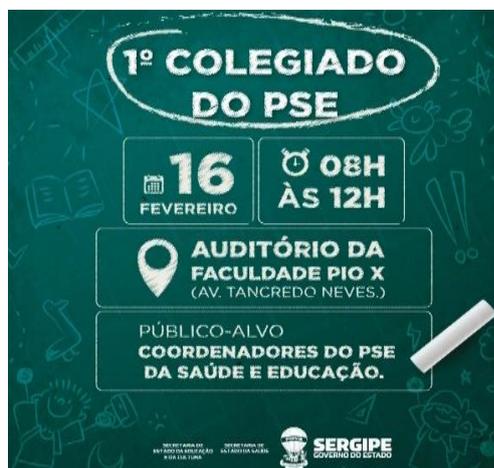
05

UBS – Pov. Lagoa do Roçado

Fevereiro

Realizamos atualização dos e-mails das coordenações do Programa PSE/ Saúde Educação, revisão dos cronogramas de ação do programa junto as equipes, fizemos prestação de contas do 3º quadrimestre das ações do PSE para o Conselho Municipal de Saúde de Monte Alegre de Sergipe -CMS/MAS e **participamos do primeiro colegiado PSE em Aracajú.**

Figura 10 e 2 colegiado do PSE



O Programa Saúde na Escola -PSE, instituído pela portaria interministerial nº. 6.286 de 05 de dezembro /2007 e implementado pelo decreto n. ° 1055/25/04/2017.

Segundo a legislação vigente um dos objetivos do programa é contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção de saúde, de prevenção de doenças e agravos entre outros. Portanto, durante o mês de março realizamos reuniões com as coordenações do PSE Saúde e educação, coordenadores da APS, diretores de escola para realinharmos nossos cronogramas.

Nesse período foram realizadas ações, palestras e procedimentos coletivos na escola municipal Manoel Pereira de Barros com a participação de alunos, profissionais da APS e coordenações, do PSE saúde e educação, e o senhor secretário municipal de saúde. Foram abordados temas como: saúde ambiental enfatizando a importância da qualidade água para o consumo humano, doenças e agravos de veiculação hídrica, (dengue...), a palestra foi ministrada pela coordenadora da VISAM/MAS realizamos procedimentos antropométricos e verificação da situação vacinal, orientando aos alunos sobre a importância da vacina contra o COVID-19, entregamos os termos de assentimento para os representantes legais dos menores de idade assinarem no dia seguinte realizamos a vacinação de pessoas de 09-17 anos, reforçando as informações sobre a importância da vacina, como proteção e eficácia contra a infecção causada pelo coronavírus.



writer (1) produção
manoel pereira MAR





O Programa Saúde na Escola (PSE) é um programa dos Ministérios da Saúde e da Educação, e constitui estratégia para a integração e a articulação entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, das equipes de atenção básica e da educação básica pública.

Portanto, a parceria entre a secretaria municipal de saúde e da educação tem sido de fundamental importância, porque tem ampliado as oportunidades de nos apropriarmos das temáticas, potenciais, estratégias e não somente de entendermos o significado do que vêm a ser a intersetorialidade, mais de desenvolvermos juntos os serviços com mais qualidade, orientados pela legislação do programa assim, produzimos algo em comum a saúde e a educação na perspectiva de melhorar a qualidade de vida dos estudantes, professores, das equipes da APS etc.

Durante o mês de abril foram ofertadas diversas ações de educação em saúde e procedimentos coletivos (saúde bucal em 08 escolas) conforme ofício em anexo.

- **Prevenção à violência**
- **Saúde mental**
- **Saúde sexual e reprodutiva**
- **Aplicação tópica de flúor**
- **Escovação supervisionada (com entrega de Kits de higiene bucal)**
- **Avaliação antropométrica**
- **Busca ativa vacinal**
- **Promoção da alimentação saudável**
- **Promoção da atividade física**



writer (1) neps
abril.pdf



writer (1) saude na
escola.pdf

Figura 11, 2, 3 e 4 escolas municipais: Antônio Barbosa, Pedro Ferreira e Dr. Passos Porto



Figuras: 5,6,7,8,9,10,11 e 12 Jardim de Infância Ivanice Pereira dos santos





Figuras 13,14,15, 16 e 17 Escola Municipal Manoel Pereira de Barros



Figuras 18, 19, 20 Alunos da Escola Gildete dos Reis Lima



Figura 21 Escola Municipal Luiz Garcia



PSE.pdf



PSE 2023.mp4



APRESENTAÇÃO
DAS AÇÕES DO PSE

III QUADRIMESTRE

De acordo com o caderno do gestor do Programa Saúde na Escola -PSE.” O trabalho de promoção da saúde com educandos, professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e o “que eles podem fazer” . É preciso desenvolver em cada um, a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a

incorporar atitudes e /ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida” (BRASILIA 2015)

A Secretaria Municipal de Saúde de Monte Alegre de Sergipe - SE, através do Programa Saúde na Escola -PSE, vem desenvolvendo as ações do programa de forma bem sucedida com o intuito de cumprir o compromisso celebrado entre, este município e os demais entes federados, na perspectiva de ampliar o conhecimento dos beneficiários do programa que são os estudantes da educação básica, gestores, profissionais da saúde e da educação.

Para tanto, durante o mês de setembro foram realizadas diversas ações com temas importantes, tanto nas datas alusivas a campanhas; como as elencadas nos termos e desenvolvidas rotineiramente como:

- **Saúde sexual e reprodutiva (prevenção a gravidez na adolescência HIV/IST)**
- **Prevenção ao uso de álcool tabaco e outras drogas**
- **Saúde mental (transtorno do espectro (TEA) orientações sobre prevenção as violências psicológicas)**
- **Saúde ambiental (prevenção ao Aedes aegypti)**
- **Prevenção das violencias e promoção da cultura de paz**
- **Prevenção de doenças negligenciadas**
- **Prevenção das práticas de bullying**

Fotos: 01,02,03,04,05,06,07,08,09,10,11,12,13,14,15- Equipe II- Escola Estadual José Inácio de Farias

Palestras sobre prevenção das violencias e promoção da cultura de paz e saúde mental, cidadania e direitos humanos.





writer (4) ramon.pdf

Escola Estadual José Inácio de Farias



Fotos: 01 ,02, 0 3, 04 ,05,06 vídeo Equipe V- Escola Gildete dos Reis Lima

Palestras sobre : Prevenção das violencias e promoção da cultura de paz ,
prevenção de doenças negligenciadas, saúde ambiental (prevenção ao Aedys
aegypti, prevenção ás práticas de bullying e saúde mental



writer (4)renata.pdf



WhatsApp Video
2023-09-12 at 12.13.

Fotos: 01,02,03, 04, 05 e 06 Equipe III Escola Municipal Dr. Passos Porto
Povoado - Lagoa do Roçado
Palestras sobre saúde sexual e reprodutiva HIV /IST (prevenção da gravidez
adolescente) prevenção ao uso de álcool e outras drogas.





writeramos.pdf

De acordo com o caderno temático, do PSE, é preciso trabalhar no sentido de construir com os escolares o entendimento de que é necessário criar uma cultura de realização de atividades físicas em meio ao território compartilhado entre educação e saúde, inclusive na escola e nas unidades de saúde. É importante estarmos atentos ao fato de que não se constrói uma vida saudável isolados, e que as mudanças nos estilos de vida não ocorrem exclusivamente pela vontade e atitude individuais, já que muitos educandos inseridos no ensino público residem em comunidades que sequer dispõem de saneamento básico e segurança. Isso reduz as atitudes individuais em relação à adoção de hábitos saudáveis, quando não se têm atendidas as necessidades básicas para uma qualidade de vida em suas regiões de residência. (Brasília 2022).

Em cumprimento ao calendário anual das ações do PSE e crescer saudável, durante o mês de **outubro** foram realizadas ações de promoção da alimentação saudável e da atividade física e práticas corporais nas escolas, com o intuito de promover mais ações relativas as temáticas e proporcionar melhor qualidade de vidas aos educandos.



**CRONOGRAMA DO
PROGRAMA SAÚDE**

Escola Jose Rollemberg leite Povoado Maravilha – palestra sobre alimentação saudável e prevenção a obesidade infantil.





Palestra sobre alimentação saudável e prevenção a obesidade infantil Escola Gildete dos Reis 18/10/2023 Práticas corporais e atividade física- Escola Prof. Gildete dos Reis Lima



praticas corporais e
atividade fisica.pdf

17/10/2023 práticas corporais e atividade física-, alimentação saudável e prevenção a obesidade infantil- Escola Municipal Dr. Passos Porto- Povoado Lagoa do Roçado



praticas corporais e
atividade fisica esco

18/10/2023 Práticas corporais e atividade física - Escola MUNICIPAL Antônio
Barbosa - Povoado Baixa Verde



escola antoio
barbosa povoado b.

17/10/2023- Ação de promoção das práticas corporais e atividade física na escola
municipal Dr. Passos Porto – Povoado Lagoa do Roçado



práticas corporais e
atividade física esco

18/10/2023- Ação de Promoção das práticas corporais e atividade física -Escola Antônio Barbosa – Povoado baixa verde





praticas corporais e
atividade física.pdf

Durante o mês de novembro foram realizadas reuniões com diretores coordenadores pedagógicos, professores, equipes da APS com o intuito de alinharmos alguns procedimentos e ações para concluirmos os nossos cronogramas com data de finalização prevista para dezembro/23 e cumprirmos o nosso compromisso referente ao exercício de 2023 junto as demais instancias federativas estaduais e municipais.

participamos também do **IV webinar Nacional e Intersectorial do PSE – Protagonismo Juvenil na construção da cidadania**, o objetivo do webinar é orientar a elaboração de propostas sobre a **CONFERENCIA NACIONAL DA JUVENTUDE**, que acontecerá 17/12 do corrente em BRAZILIA -DF

figura 01: Reunião com os diretores, coordenadores pedagógicos e professores



Fotos 02: Reunião com os profissionais da APS



Fotos 03: webinar



Durante o período, foram realizadas ações concernentes aos temas previstos pelo SELO UNICEF, bem como reuniões com professores coordenadores e diretores da SEMED para implementarmos as referidas ações na escola.

Temas abordados:

Cidadania e direitos humanos (dignidade menstrual)

Figura 01 reunião com diretor, coordenador e professor



figura 2 V WEBINÁRIO Nacional e Intersectorial do PSE FALANDO SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NAS ESCOLAS

figura 03,04,05 e 06 rodas de conversa com adolescentes da Escola Municipal Manoel Pereira de Barros sobre o tema acima mencionado





cidadania e direitos
humanos escola ma

FIGURA 07- ENVIO DO RELATORIO PARCIAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA REFERENTE AO EXERCICIO DE 2023 PARA A DR- 09.



Figura 08- ação de educação em saúde e procedimentos coletivos para os alunos do Jardim de Infância Ivanise Pereira Santos as ações foram desenvolvidas pelos profissionais da odontologia por ocasião da programação da semana do bebê, nesses eventos também foram distribuídos Kits de higiene bucal.



APRESENTAÇÃO
DAS AÇÕES DO PSE

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 setores de saúde, desenvolvida por meio de grupos de trabalho sobre temáticas de saúde que interessam à população.

I QUADRIMESTRE

Figura 01 Apresentação do diagnóstico situacional pelas equipes da APS



FOTOS 13 APRESENTAÇÃO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PELAS EQUIPES APS



Figura: 2 e 3 e 4 médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, coordenadores ACE e ACS, fisioterapeutas, nutricionista, psicólogos psiquiatras etc.



Figura 5 Técnico de TI -Previne Brasil



Figura 6 e 7 equipe ACE e ACS Odontólogos ACDs . técnicos e auxiliares de enfermagem



FIGURA 8 COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA



relatorio analitico planejamneto.pdf



planejamento NEPS JAN.pdf



Figura 14 e 2 Palestra na UBS Maravilha



Figura 15 Apresentação do relatório das ações do NEPS para o Conselho Municipal de Saúde

Foi realizada nesse período uma palestra para os adolescentes do SCFV

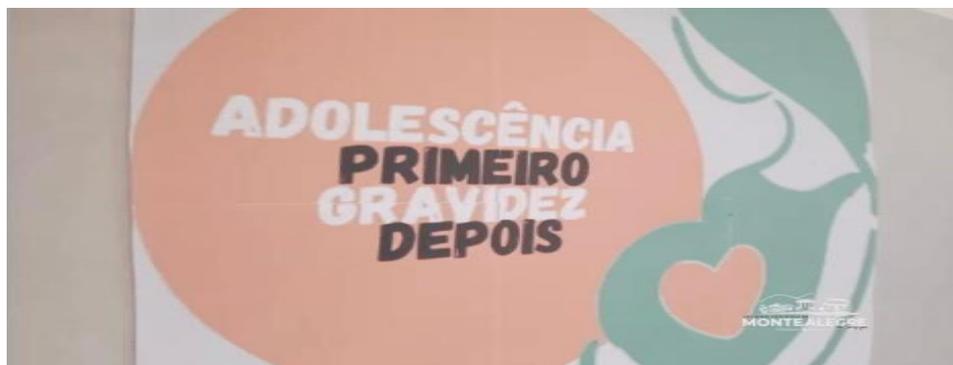


Figura 16 Atividade intersectorial /saúde assistência



Realização de Curso **online** de capacitação para os profissionais da APS com o Tema busca ativa vacinal. Ofertado pela **SES**.



Busca_Ativa_Vacinal ___BAV-Certificado_;



EDIVANIA -

CERTIFICADO.pdf



Busca_Ativa_Vacinal ___BAV-Certificado_;



Busca_Ativa_Vacinal ___BAV-Certificado_;



Busca_Ativa_Vacinal ___BAV-Certificado_;



Maury.pdf

A Educação Permanente em Saúde (EPS) traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Os atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade. de. (www.saude.gov.br/sgtes).

Durante o mês de abril do corrente foram desenvolvidas várias ações de educação em saúde pelas equipes da APS, para a população monte alegreense além do que a equipe II desenvolveu e apresentou um projeto relevante para; professores mães, pais, cuidadores e profissionais de saúde sobre o tema de suma importância para a população: **conhecer, entender, respeitar e incluir para melhor conviver com o autismo.**

Nesse período rebemos também a visita da apoiadora institucional que reuniu diversos profissionais da atenção primária, para dar suporte técnico e avaliar as ações de educação continuada aos agentes comunitários de saúde e de endemias

ANEXO FOTOS DAS AÇÕES

Figuras 01 e 02 atividades coletiva sobre álcool e drogas para a população





Figuras 03 e 04 visitas técnica da apoiadora institucional



Figura: 05 Reunião com os secretários e coordenadores de saúde e de educação, professores, psicopedagogos e psicólogos

FIGURA: 06 EQUIPE II AUTOCUIDADO COM DOENÇAS CRÔNICAS



Figuras: 07, 08 e 09 - Alimentação saudável e prevenção à obesidade equipe II e nutricionista da APS



Figuras 10 e 11 participação das coordenações da academia de saúde E PSE no seminário estadual do PSE e o dia mundial da atividade física em Aracaju



Figuras 12,13,14,15,16 e 17 apresentação do projeto para a comunidade este evento foi representado para pais, professores e profissionais de saúde, sobre autismo



Figuras 17 e 18 palestra na UBS com os temas: saúde sexual e reprodutiva e autismo para os usuários da equipe vi do povoado Barra Nova



Figura: 20 reunião administrativa com o secretário municipal de saúde e coordenadores da APS.



ABRIL ATIVIDADES (TEMAS PARA SAÚDE)



NEPS.pdf

II QUADRIMESTRE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS), e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de conhecimentos, valorizando os saberes populares, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. Essa é orientada pelos seguintes princípios: diálogo, problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular (BRASIL, 1996).

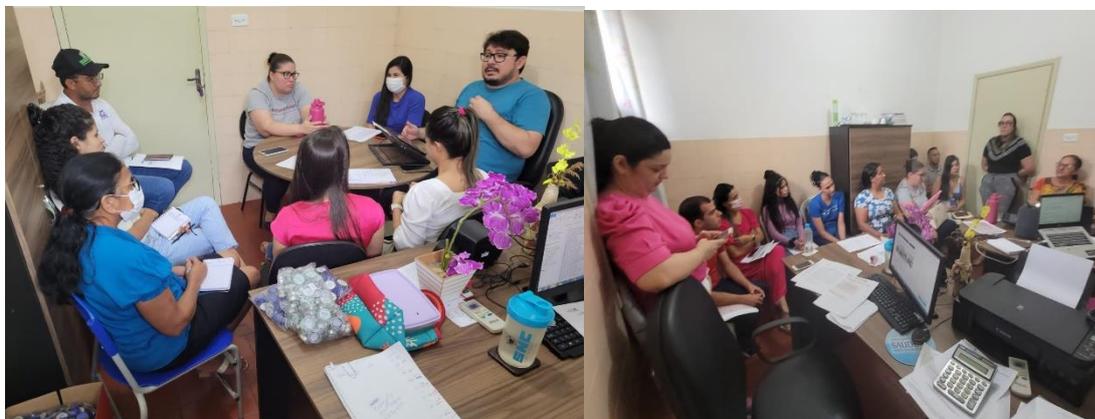
Durante o mês de maio foram realizadas as seguintes ações de educação em saúde:

Figura 01,02,03 e 04 - Ação alusiva ao dia das mães: palestras sobre saúde sexual e reprodutiva enfatizando sobre a importância do exame preventivo do câncer de mama e de colo de útero.



Figuras: 05 e 06:

Reunião com a prefeita, acessores, secretário municipal e adjunto de saúde e as coordenações com o objetivo de tratar assuntos administrativos.



Figuras: 07 e 08 Ação de educação em saúde sobre álcool tabaco e outras drogas com a participação dos ACS, psicólogo e enfermeiro .



III QUADRIMESTRE

Durante o mês de setembro a Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe e a Secretaria Municipal de Saúde por meio da coordenação do Núcleo de Educação Permanente-NEPS, realizou ações, reuniões e capacitações para os servidores da saúde, para a população e para além disso, promoveu importante momento para os professores e funcionários da educação, assim como; para a população em geral

com temas alusivos à campanha do Ministério da Saúde **Setembro Amarelo** (prevenção ao suicídio)

Figuras 1 e 2 Capacitação para vigilantes e motoristas sobre manejo e troca de O²



writer (5) nepes.pdf

CAMPANHA SETEMBRO AMARELO

Figuras; 03, 04, 05 e 06 Capacitação para os profissionais de saúde sobre prevenção ao Suicídio.



Figuras: 07,08 E 09 Equipe II Palestras sobre prevenção a hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.



Figuras 10,11 e 12 Reunião de equipes e coordenações sobre planejamento da campanha de multivacinação



Figura:13- Reunião com os coordenadores sobre planejamento, aquisição de insumos e equipamentos



Figuras: 14 e 15- Palestras sobre prevenção ao suicídio (saúde mental) para os professores da rede Municipal



CAMPANHA DO OUTUBRO ROSA 2023

A campanha do outubro rosa 2023 tem como objetivo divulgar informações sobre o câncer de mama e fortalecer as recomendações do Ministério da Saúde para prevenção, diagnóstico precoce e rastreamento da doença.

(<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/campanhas/2023/outubro-rosa>)



Durante o período, a Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe, através da Secretaria Municipal de Saúde e equipes da APS desenvolveu ações alusivas a campanha de forma intersetorial, contamos com a colaboração dos profissionais da Assistência Social -SMAS, do Centro de Referência da Assistência Social -CREAS, O centro de Convivência e fortalecimento de vínculos para a pessoa idosa.

1. 24/10/2023- Realização das equipes I, II e V de palestra sobre a importância e dinâmica, como realizar o auto exame das mamas e outros procedimentos.

2. Fotos



writer (4) ramon
agravos negligencia

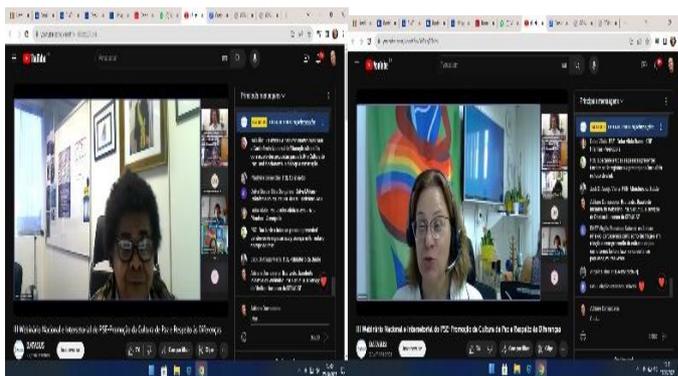
Em outubro/23 também foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde -CMS-
MAS o relatório das ações desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Permanente -

NEPS e do PSE referentes ao 2º. Quadrimestre de 2023. Apresentação das ações realizadas:



Participamos do webinars sobre promoção cultura de paz e Respeito as diferenças

da



Respondemos ao questionário de pesquisa **educação em saúde nos municípios de Sergipe**

Novembro azul: mês de combate ao câncer de próstata, durante este mês, a Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe – SE através da Secretaria Municipal de Saúde e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde- NEPS, com a participação dos profissionais da APS, gerentes das UBS^S e convidamos realizou capacitações e palestras com temas fundamentais, tanto para população quanto para os profissionais de saúde:

Foto: 01

capacitação com tema: primeiros socorros realizados em 13/11/2023, na Clínica de Saúde da Família Marieta de Souza Andrade -EQUIPE II.



writer (1) ramon
outros.pdf



No período foram realizadas ações alusivas ao novembro azul, mês mundial de combate ao câncer de próstata palestras orientadas sobre a importância da realização do exame de rotina da próstata bem como procedimentos de aferição da pressão arterial glicemia, consultas entre outros.



writer (1) ramon
novembro.pdf



Equipe: IV UBS Povoado Maravilha

Ação sobre saúde do homem - prevenção do câncer da próstata



Participação dos profissionais da APS

SEMINÁRIO INTEGRADO SE SAÚDE EM SERGIPE

Os temas do seminário: Práticas integrativas -PICS e Saúde da Pessoa Idosa.

Tem como objetivo orientar aos gestores, e profissionais da APS sobre a importância do Projeto DGEROBRASIL e qualificar a atenção ofertada a pessoa idosa por meio de capacitações para os profissionais da APS



Durante o mês de dezembro, foi realizada ação na unidade básica de saúde Marieta de Souza Andrade pelos profissionais de saúde da APS, enfatizando sobre a importância da prevenção, do câncer de estômago HIV/IST (auto cuidado com doenças crônicas), com o objetivo de levar mais conhecimento a população, também foram realizadas reuniões com os profissionais da APS para alinharmos os cronogramas de ações para 2024

Figuras 01,02 , 03 e 04 palestra sobre prevenção ao câncer de estômago e HIV



figura 05, 06 ,07- Reunião com as fisioterapeutas, nutricionista e psicólogos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem



auto cuidado com doenças crônicas.pcauto cuidado com doenças crônicas.pc

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A BENEFICIARÁ 5,7 MILHÕES DE CRIANÇAS EM 2023

Vitamina A mais
Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
Mais saúde para as nossas crianças

Público Alvo: Crianças de 06 a 59 meses

Por que é tão importante:

- Protege a saúde dos olhos
- Potencializa o pleno crescimento e desenvolvimento infantil.
- Reduz o risco de diarreia e mortalidade infantil

Lembre-se de levar seu filho para tomar a megadose de Vitamina A no posto de saúde mais próximo a cada 6 meses.

A deficiência de **vitamina A** pode causar xeroftalmia (olho seco), cegueira de origem nutricional e, nas formas mais graves, mortalidade por diarreia e outras causas. Para prevenir e combater o problema, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) do Ministério da Saúde deve beneficiar, neste ano, 5.742.861 bebês e crianças de 3.644 municípios dos 26 estados e do Distrito Federal, além dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei). Em **2022**, a previsão era de atendimento a 5.076.794 indivíduos, mas a taxa de cobertura foi de **53,8%**.

De acordo com a coordenadora-geral de Alimentação e Nutrição da pasta, Kelly Alves, o objetivo do programa é reduzir e controlar a hipovitaminose A, a mortalidade

e a morbidade em crianças de 6 a 59 meses, por meio da suplementação profilática medicamentosa, ou seja, de megadoses de vitamina A. “Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o público prioritário é o de crianças de 24 a 59 meses, enquanto no Sul e no Sudeste, esse recorte é de 6 a 24 meses. A base para esse cálculo é o CadÚnico, mas lembro que todas as crianças nessas cidades podem receber a suplementação, e não somente as cadastradas”, afirma.

Neste ano, já foram enviadas 5.256.630 doses aos estados e municípios. Até dezembro, o número deve chegar a 9.515.000. Para além da distribuição feita pelo Ministério da Saúde, o sucesso do PNSVA depende também da forma como as gestões estaduais e municipais implementam o programa.

POR QUE SUPLEMENTAR VITAMINA A

Estudo de revisão sistemática mostrou que a suplementação de vitamina A reduz em 12% o risco de mortalidade por todas as causas e mortalidade por diarreia (IMDAD, A. et al. 2017), além de prevenir sintomas oculares e infecções. A prevalência de deficiência de vitamina A no País é de 6%.

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani/2019) mostrou que ela é maior no Centro-Oeste (9,5%), seguida pelas regiões Sul (8,9%), Norte (8,3%), Nordeste (5,2%) e Sudeste (4,3%), especialmente entre as crianças do primeiro quinto do Indicador Econômico Nacional (9%), ou seja, entre crianças com as piores condições de distribuição econômica dos domicílios. Ao observar o recorte etário de 6 a 23 meses, a prevalência de deficiência de vitamina A é de 6,4%, sendo maior na região Centro-Oeste (11,5%) e menor no Sudeste (5%).

CONDUTA RECOMENDADA

A implementação do PNSVA deve ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sugere-se que a administração da megadose de vitamina A seja realizada durante as consultas de puericultura, a fim de otimizar a operacionalização e aproveitar o momento propício para potencializar o cuidado integral da saúde da criança. “A equipe de saúde pode definir a estratégia de distribuição de vitamina A que mais se adequa à realidade local, podendo inserir na rotina de serviços, seja em demandas espontâneas ou programadas, em visitas domiciliares e/ou na busca ativa. Também é muito interessante aproveitar a sala de vacina: ao atualizar o calendário vacinal da criança, também pode ser verificada a situação da vitamina A”.

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 **xeroftalmia** 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.

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 às 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.

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;
- (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.

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 trimestre 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.

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	Total
Triagem neonatal	25	18	10	11	64

II QUADRIMESTRE - QUANTITATIVO DE COLETAS DE TN REALIZADAS

Procedimento	Mai	Junho	Julho	Agosto	Total
Triagem neonatal	17	17	19	21	74

III QUADRIMESTRE - QUANTITATIVO DE COLETAS DE TN REALIZADAS					
Procedimento	Set	Out	Nov	Dez	Total
Triagem neonatal	11	20	12	08	51

QUADRIMESTRAIS				
Procedimento	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Triagem neonatal	64	74	51	189

DADOS DO E-SUS DA POPULAÇÃO COM COMORBIDADE

Comorbidades patogênica ocorre quando duas ou mais doenças estão etiologicamente relacionadas; **comorbidades diagnóstica** ocorre quando as manifestações da doença associada forem similares às da doença primária; e **comorbidades prognóstica** ocorre quando houver doenças que predisõem o paciente a desenvolver outras doenças. As Doenças que são consideradas Comorbidades Associadas à Obesidade Comorbidades relacionadas a alterações metabólicas decorrentes do excesso de gordura corporal.

- **Comorbidade diagnóstica**
- **Comorbidade prognóstica**

O termo comorbidades se refere à quando um paciente tem duas ou mais doenças diagnosticadas no momento da avaliação. No caso do coronavírus, uma combinação comum que coloca os pacientes em mais risco é ter **asma** e diabetes, por exemplo.

Existem ainda as chamadas comorbidades silenciosas – quando o paciente sofre de enfermidades sem ter o devido diagnóstico ou tratamento adequado. Como se pode imaginar, as comorbidades silenciosas são ainda mais preocupantes.

No contexto da pandemia do **coronavírus**, os médicos relatam que muitos dos pacientes que não faziam o tratamento adequado das comorbidades sofriam com quadros mais graves da doença do que pessoas com as mesmas doenças preexistentes que tinham acompanhamento.

Vale ressaltar que, apesar de existir uma parcela de pacientes que têm conhecimento de suas comorbidades e opta por não as tratar, na maioria das vezes, as comorbidades silenciosas são fruto de problemas estruturais, como falta de acesso à informação e a um sistema de saúde eficiente.

RISCOS DA COMORBIDADE NO SER HUMANO

São **grandes os riscos** da Comorbidade para a saúde humana, em especial para os pacientes hospitalizados. Isso porque as comorbidades podem agravar os sintomas, levando pacientes às UTIs e até a morte.

Pessoas portadoras de Comorbidade silenciosa podem descobrir que estão doentes muito tarde, quando os sintomas já se agravaram. Isso também pode acontecer em especial em pessoas com doenças preexistentes como diabetes, hipertensão e tuberculose.

Problemas que agravam ainda mais a situação em pacientes com doenças infecciosas, como a covid-19.

Outro problema são aquelas pessoas que têm consciência da enfermidade, mas não se tratam corretamente.

Nesse contexto estão incluídas hipertensos; diabéticos; pessoas com cirrose hepática; com **doenças cardiovasculares**, neurológicas e renais crônicas; transplantados com medula óssea e de órgão sólido, neoplasias, obesidade grave, pneumopatias crônicas graves, síndrome de Downs, entre outros.

A obesidade é considerada um dos **fatores de maior risco** para o aparecimento de outras enfermidades e até de morte. Isso porque, junto com o aumento de peso gradual, acontece também a alta nos níveis de gordura no sangue, conhecidos como colesterol e triglicérides, os índices de glicemia também (diabetes) e o aumento da pressão sanguínea.

O aumento das comorbidades em pessoas obesas reduz a qualidade de vida, elevando consideravelmente o número da mortalidade.

Além da diabetes, hipertensão arterial, na lista de comorbidades que agravam a situação dos obesos estão: hiperlipidemia, coronariopatias como angina e infarto, doenças articulares, apnéia do sono, insuficiência respiratória e cardíaca e até alguns tipos de câncer.

Controlar essas doenças, bem como manter o peso equilibrado é fundamental. Quem já tem predisposição a estas comorbidades precisa perder peso, para manter a saúde em dia.

SÍNDROME METABÓLICA (SEGUNDO NCEP/ ATPIII)

- Hipertensão arterial sistêmica.
- Diabetes melittus tipo 2.
- Intolerância à glicose.
- Glicemia de jejum alterada.
- Dislipidemias.
- Hipertrigliceridemia.
- HDL baixo.
- Hipercolesterolemia.
- Hiperuricemia.
- Doença hepática gordurosa não alcoólica e esteato-hepatite não alcoólicas.
- Cardiopatias
- Cardiopatia isquêmica.

- Insuficiência cardíaca congestiva.
- Cor pulmonale.
- Outras cardiopatias.
- Síndrome da hipoventilação pulmonar relacionada à obesidade.
- Dispneia aos esforços
- Câncer

- Colo-retal.
- Endométrio.
- Esôfago.
- Mama.
- Pâncreas.
- Rins.
- Vesícula.
- Síndrome dos ovários policísticos.
- Infertilidade.
- Comorbidades relacionadas ao aumento de carga sobre a estrutura corporal

- Artropatias.
- Insuficiência venosa periférica e suas complicações.
- Apneia Obstrutiva do Sono.
- Refluxo Gastresofágico.

- Hérnias da Parede Abdominal.
- Incontinência urinária de esforço.
- Comorbidades relacionadas a condições de limitação física agravando a obesidade
- Amputação de membro(s) inferior(s).
- Sequela de paralisia infantil ou paralisia cerebral.
- Sequela de acidente vascular cerebral (AVC).
- Tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia.
- Sequela de lesão ortopédica.

ACOMPANHAMENTO

I QUADRIMESTRE	Agravos	Total
Diabetes		401
Hipertensão		1.136

II QUADRIMESTRE	Agravos	Total
Diabetes		358
Hipertensão		1.049

III QUADRIMESTRE	Agravos			Total
	MARIETA	MARAVILHA	L.ROÇADO	
Diabetes	361	69	18	448
Hipertensão	1.053	195	44	1.292

Agravos	I QUAD	II QUAD	III QUAD
Diabetes	401	358	448
Hipertensão	1.136	1.049	1.292

IOSE - INSTITUTO OFTALMOLÓGICO DE SERGIPE

Instituto Oftalmológico de Sergipe em Pactuação com o Governo Federal atende os usuários cadastrados para consultas e avaliação, afim de diagnosticar e acompanhar os casos de glaucoma, sendo disponibilizados medicações e tratamento contínuo, a avaliação é trimestral para tratamento e ou acompanhamento da patologia.

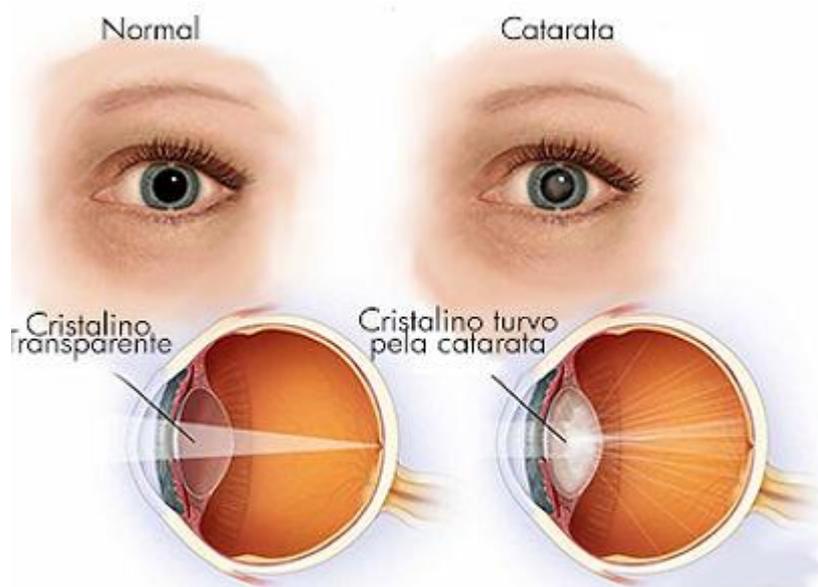
QUADRIMESTRES

I QUADRIMESTRE - QUANTITATIVOS DE ATENDIMENTOS				
Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
0	11	20	20	51

II QUADRIMESTRE - QUANTITATIVOS DE ATENDIMENTOS				
Maió	Junho	Julho	Agosto	Total
20	20	55	19	114

III QUADRIMESTRE- QUANTITATIVOS DE ATENDIMENTOS				
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
20	19	19	20	78

QUADRIMESTRAIS - QUANTITATIVOS DE ATENDIMENTOS			
I QUADRIMESTRE	II QUADRIMESTRE	III QUADRIMESTRE	TOTAL
51	114	78	243



CIRURGIA DE CATARATA

A facectomia para o implante de uma lente intraocular é um procedimento cirúrgico para cura da catarata. A catarata é uma das mais comuns doenças nos olhos. Trata-se da opacidade do cristalino. O cristalino é uma lente que temos dentro do olho. Quando ele fica opaco, a visão é diminuída. É necessário então trocar essa lente natural por uma artificial. Há uma série de lentes intraoculares capazes de substituir

o cristalino. Uma das mais populares é a de acrílico dobrável. A cirurgia é realizada sem necessidade de internação e com anestesia local.

CAUSAS

A catarata pode ser congênita ou adquirida. As cataratas congênitas aparecem nas crianças. Cerca de um quinto delas são desenvolvidas em razão de problemas hereditários. A maioria dos casos, no entanto, é causada infecções, como a **rubéola** durante a gravidez, ou por desordens metabólicas como o **diabetes**. A principal razão das cataratas adquiridas é o **envelhecimento**. Ela é mais comum em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Entre as razões para o seu aparecimento também estão: trauma, uso de medicamentos com **corticoides**, inflamações intraoculares, radiações e doenças como o diabetes.

SINTOMAS

A catarata causa a diminuição da visão podendo levar até à cegueira quando não tratada corretamente. Pacientes com catarata comumente queixam-se de visão dupla, têm dificuldade para distinguir cores ou mesmo perceber cores diferentes, reclamam que a visão piora com a luminosidade solar e apresentam muita dificuldade para leitura.

TRATAMENTO

Quando a visão não melhora com o uso de óculos, o tratamento indicado é sempre cirúrgico. Doença dos olhos em que a visão fica opaca. Ocorre principalmente em decorrência do envelhecimento, porém, existem casos de catarata congênita (de

nascença) ou provocada por fatores como exposição demasiada ao sol sem óculos apropriados.

A cirurgia de catarata por **facoemulsificação** é realizada através da utilização de uma caneta ultrassônica a qual é introduzida no olho por uma pequena abertura de aproximadamente **2.5 mm**. A **energia ultrassônica** possibilita a destruição e aspiração do cristalino opaco (catarata).

II QUADRIMESTRE				
PACIENTES APTOS PARA CIRURGIA DE FACOEMULSIFICAÇÃO				
Maio	Junho	Julho	Agosto	Total
0	17	17	17	51

No II quadrimestre foram realizadas **51** cirurgias de **facoemulsificação**, possibilitando melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

4.15 - SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A **Secretária** Municipal de Saúde tem como atribuições planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a **política** de **saúde** do município, compreendendo tanto o cuidado ambulatorial quanto o hospitalar; é de sua responsabilidade também planejar, desenvolver e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Além das atribuições, o **gestor de saúde** deve ajudar na administração prestar auxílio ao Prefeito e demais órgãos nos assuntos relacionados à formulação, coordenação e acompanhamento do cumprimento das metas de governo relacionadas à sua secretaria; gestão das atividades de administração em geral; preparar, redigir, expedir, além de em conjunto com os demais setores que compõem a Secretaria, é o **responsável** pela **definição** e **avaliação** da Política Municipal de Saúde, em consonância com o Plano de Governo, **Plano Municipal de Saúde** e diretrizes do Sistema Único de Saúde – **SUS**.

QUADRO DE SERVIDORES			
SERVIDORES	I QUAD	II QUAD	III QUAD
Efetivo	77	77	77
Comissionado	27	27	27
Contrato	85	85	85
Total	189	189	189

GESTÃO MUNICIPAL

Os serviços de saúde ofertados na gestão, estão dentro das diretrizes nacionais de acordo com os princípios do SUS, cada setor é responsável por um departamento, que aponta no direcionamento e contribuição do funcionamento das ações de saúde com maior responsabilidade dentro do município. Os servidores trabalham diariamente cumprindo carga horária de trinta horas semanais os estatutários, os comissionados e ou contratados cumpre quarenta horas semanais de acordo com a PNAB.

- Central de Abastecimento Farmacêutico (**CAF**)
 - **Almoxarifado Central**
 - **Farmácia básica**
- Centro de Especialidade Médica
 - **Fisioterapia**
- Clínica de Saúde da Família Marieta Souza Andrade
 - **Clínica de saúde da Família**
 - **UPA 24 horas**
- Conselho Municipal de Saúde
 - **Conselheiros**
 - **Presidente**
 - **Secretaria Executiva**
- Coordenações:
 - **Atenção Básica**
 - **Endemias**
 - **Saúde Bucal**

- **Vigilância e Saúde**
- **Vigilância Sanitária**

- Gabinete Odontológico Móvel
- Secretária Municipal de Saúde
 - ✓ **Assessores**
- UBS do Povoado Lagoa do Roçado
- UBS do Povoado Maravilha
- PA 24 horas

Os profissionais de saúde atendem no espaço referido do Município com consultas e procedimentos pré agendados e demanda espontânea. Contamos ainda com um **Pronto Atendimento de Urgência/24** horas, que é composta por uma equipe mínima diariamente:

- **Auxiliar de Enfermagem,**
- **Auxiliar de Serviços Gerais.**
- **Cozinheiro**
- **Enfermeiro,**
- **Médico Clínico Geral,**
- **Motorista,**
- **Recepcionista,**
- **Técnico de Enfermagem,**
- **Vigilante**

DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE.

O cronograma das Equipes de Estratégia de Saúde da Família do município

RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA LOCAL DE ATUAÇÃO - MONTE ALEGRE DE SERGIPE 2021.					
Equipe I	Equipe II	Equipe III	Equipe IV	Equipe V	Equipe VI
Z. Urbana	Urbana	Z. Rural	Z. Rural	Z. Urbana	Z. Rural
06 Micro	08 Micro	07 Micro	08 Micro	06 Micro	06 Micro
Enfermeiro	Enfermeir o	Enfermeiro	Enfermeir o	Enfermeiro	Enfermeir o
Aux. Enf.	Aux. Enf.	Aux. Enf.	Aux. Enf.	Aux. Enf.	Aux. Enf.
06 ACS	08 ACS	06 ACS	05 ACS	06 ACS	04 ACS
Médico PMM	Médico PMM	Médico Contrato	Médico Contrato	Médico PMM	Médico Contrato

EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

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

Obs.: Na Clínica de saúde Marieta Souza Andrade são dois odontólogos.

O **Departamento de Atenção Básica** (DAB, 2021), competir desenvolver as ações de acordo com o cumprimento das meta pactuada para cobertura das Equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF no município, em conformidades com as diretrizes que regem o SUS, o pacto é de **100%** de cobertura da população monte alegreense, deste modo é dever do município cumprir as metas e os indicadores pactuados, desde a qualificação e quantificação dos serviços que são ofertados até a estruturação das ações dos serviços de saúde dentro da Atenção Básica. Sendo a mesma a referência como “**porta de entrada**”. O gestor comprometer-se - a dar continuidade nas ações de promoção, prevenção dos serviços de saúde, bem como a priorização de mais ofertas nos serviços de saúde nas comunidades, visando a comodidade dos usuários in loco.

4.16 - ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS

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 n° 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	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Citologia oncótica	19	18	27	20	84

II QUADRIMESTRE - PROCEDIMENTOS REALIZADOS					
Procedimento	MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL
Citologia oncótica	32	05	27	14	78

III QUADRIMESTRE – PROCEDIMENTOS REALIZADOS					
Procedimento	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Citologia oncótica	5	14	60	21	100

QUADRIMESTRAIS – PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
Procedimento	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Citologia oncótica	84	78	100	262

<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**.

DEMONSTRATIVOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO EXERCÍCIO DE 2023.

I QUADRIMESTRE – Procedimentos realizados					
Procedimento	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Mamografia	03	28	09	11	51

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

II QUADRIMESTRE – Procedimentos realizados					
Procedimento	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Mamografia	18	15	13	28	74

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

III QUADRIMESTRE - Procedimentos realizados					
Procedimento	Set	Out	Nov	Dez	Total
Mamografia	05	19	50	37	116

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

Procedimento	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Mamografia	51	74	116	278

<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**
- **HCV.**

I QUADRIMESTRE 2022

SISTEMA DE CONTROLE E LOGÍSTICA DE INSUMOS LABORATORIAIS

TESTE RAPIDO - SISLOGLAB						
Agravos	Grupos	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
HIV	Gest.	27	17	28	09	81
	Outros	0	20	0	06	26
Sífilis	Gest.	27	17	28	09	81
	Outros	0	20	0	06	26
Hep. B	Gest.	27	17	28	09	81
	Outros	0	20	0	06	26
Hep. C	Gest.	27	17	28	09	81
	Outros	0	20	0	06	26
TOTAL EXAMES		108	148	112	60	428
Exames em Gestantes		108	80	112	36	336
Exames em Outros		0	68	0	24	92
Gestantes		27	17	28	09	81
Outros		0	20	0	06	26



Atenção
Basica.pptx

II QUADRIMESTRE

SISLOGLAB						
Agravos	Grupos	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
HIV	Gest.	09	25	27	30	91
	Outros	06	18	0	12	36
Sífilis	Gest.	09	25	27	30	91
	Outros	06	18	0	12	36
Hep. B	Gest.	09	25	27	30	91
	Outros	06	18	0	12	36
Hep. C	Gest.	09	25	27	30	91
	Outros	06	18	0	12	36
Total		60	172	108	168	508
TOTAL EXAMES						
Exames em Gestantes		36	100	108	80	324
Exames em Outros		24	72	0	48	144
Gestantes		09	25	27	30	91
Outros		06	18	0	12	36

Obs.: No II quadrimestre houve aumento significativo nos testes rápidos em outros grupos.



Atenção Básica II
QUAD.pptx

III QUADRIMESTRE

SISLOGLAB						
Agravos	Grupos	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
HIV	Gest.	39	50	30	11	130
	Outros	04	12	12	02	30
Sífilis	Gest.	39	50	30	11	130
	outros	04	12	12	02	30
Hep. B	Gest	39	50	30	11	130
	Outros	04	12	12	02	30
Hep. C	Gest.	39	50	30	11	130
	Outros	04	12	12	02	30
TOTAL EXAMES		172	248	168	52	640
Exames em gestantes		156	200	120	44	520
Exames em Outros		16	48	48	08	120
Gestantes		39	50	30	11	130
Outros		04	12	12	02	30

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

QUADRIMESTRAIS - SISLOGLAB					
Agravos	Grupos	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
HIV	Gest.	81	91	130	302
	Outros	26	36	30	92
Sífilis	Gest.	81	91	130	302

	Outros	26	36	30	92
Hep. B	Gest.	81	91	130	302
	Outros	26	36	30	92
Hep. C	Gest.	81	91	130	302
	Outros	26	36	30	92
TOTAL EXAMES		428	508	640	1.576
Atend. Gestantes		336	324	520	1.208
Atend. Outros		92	144	120	368
Gestantes		81	91	130	302
Outros		26	36	30	92

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

4.18 - ACADEMIA DA SAÚDE - AS

A Academia da Saúde (PAS), lançado em 2011, é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como **polos** onde são ofertadas práticas de atividades físicas para população. Esses polos fazem parte da rede de **Atenção Primária à Saúde** e são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a **Estratégia Saúde da Família**, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e a Vigilância em Saúde. A AS é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, que integra a da rede de Atenção Primária à Saúde.

A ideia do programa surgiu inspirada em algumas iniciativas que vinham sendo desenvolvidas em diversos municípios como Recife/PE, Curitiba/PR, Vitória/ES,

Aracaju/SE e Belo Horizonte/MG. Essas experiências locais tinham em comum a prática da atividade física e outras ações de promoção da saúde, a presença de profissionais orientadores, o uso e a potencialização de espaços públicos como espaços de **inclusão**, de participação, de **lazer** e de **promoção da cultura da paz**, além de serem custeadas e mantidas pelo poder público. A avaliação positiva dessas experiências reforçou a ideia do fortalecimento de iniciativas semelhantes em todo o país na forma de um programa nacional no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O PAS adota uma concepção ampliada de saúde e estabelece como ponto de partida o reconhecimento do **impacto social, econômico, político e cultural** sobre a saúde. Por isso, apesar do nome, o programa não se restringe a realização de práticas corporais e atividades físicas e promoção da alimentação saudável. Mais do que isso, os polos foram concebidos como espaços voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros. Nesse sentido, o **artigo 7º da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**, estabelece os seguintes eixos de ações para serem desenvolvidos nos polos do programa:

- Práticas corporais e Atividades físicas;
- Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;
- Promoção da alimentação saudável;
- Práticas integrativas e complementares;
- Práticas artísticas e culturais;
- Educação em saúde;
- Planejamento e gestão;

- Mobilização da comunidade.

OBS.: A academia foi inaugurada no III quadrimestre de 2023

DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT

A Divisão de Vigilância das **Doenças e Agravos Não Transmissíveis** é responsável por planejar, programar, coordenar e cumprir as ações de vigilância epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Tem como atribuição monitorar e traçar o perfil epidemiológico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Acidentes e Violências e seus fatores de risco com o objetivo de subsidiar o planejamento das ações que modifiquem o quadro dessas doenças e agravos e de seus determinantes no estado. Apoiar o desenvolvimento, implantação e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências como também fortalecer os serviços de saúde para a prevenção e o controle das DCNT, Acidentes e Violências.

4.19 - 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.

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.

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

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

Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, **produção** e composição das equipes de saúde. Principal instrumento de monitoramento das ações do Saúde da Família, tem sua gestão na **Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/DAB/SAS** (CAA/DAB/SAS), cuja missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentar /consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS. A disponibilização da base de dados do SIAB na internet, faz parte das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, publicizando, assim, os dados para o uso de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS. Atualmente, para que o sistema se transforme, de fato, num sistema que permita o **monitoramento** e favoreça a avaliação da atenção básica, o Departamento de Atenção Básica/SAS em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/ DataSUS /SE vem investindo em sua reformulação, articulada com os demais sistemas de informação dos outros níveis de atenção. Este processo está envolvendo todas as áreas técnicas do MS que implementam ações básicas de saúde e, posteriormente, será discutido nas instâncias de deliberação do SUS.

ESUS AB

O **SISAB**, portanto, é um importante **sistema** capaz de obter **informações** sobre a situação sanitária e de **saúde** de determinada população ou município, a partir de dados de **saúde** disponibilizados, bem como de relatórios de indicadores de **saúde** (mortalidade, morbidade, nutrição, serviços de **saúde** etc. além de

monitorar as ações de saúde. O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (**SISAB**), passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, como o objetivo de compilar a produção das ESF, para emissão de relatórios e monitoramento do gestor.

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR EQUIPES E ATENDIMENTOS

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE							
Clínica de saúde UBS	Marieta S. Andrade			Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha		TOTAL
	I	II	V		Maravilha	B. Nova	
Janeiro	I	II	V	III	IV	VI	
Cad. Dom. / territ.	129	164	207	70	103	137	810
Cadastro individual	292	396	436	158	255	286	1.823
Atend. Individual	98	318	250	44	105	507	1.322
Atividade coletiva	02	0	04	02	0	04	12
Marcad alimentares	109	105	461	70	11	166	922
Proced. Individual	284	334	404	226	129	237	1.614
Vacinação	97	83	76	36	108	40	440
Visita domic. Territo	1.880	1.998	2.163	1.112	1.415	1.258	9.826
TOTAL	2.891	3.398	4.001	1.718	2.126	2.635	16.769

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE							
Clínica de saúde UBS	Marieta S. Andrade			Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha		Total
	I	II	V		Maravilha	B. Nova	
Fevereiro	I	II	V	III	IV	VI	
Cad. Dom. / territ.	150	109	241	103	124	76	803
Cadastro individual	386	350	598	306	402	233	2.275
Atendim. Individual	174	211	301	25	03	306	1.020
Atividade coletiva	0	01	0	0	0	04	05
Marcad alimentares	14	11	254	34	51	173	537
Proced. Individ	408	374	425	171	108	118	1.604
Vacinação	51	75	124	41	59	43	393
Visita Domi. Territo	1.529	1.681	2.301	1.203	1.186	1.222	9.122
Total	2.712	2.812	4.244	1.883	1.933	2.175	15.759

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE							
Clínica de saúde UBS	Marieta S. Andrade			Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha		Total
	I	II	V		Maravilha	B. Nova	
Março	I	II	V	III	IV	VI	
Cad. Dom. / territ.	139	289	310	165	320	190	1.413
Cadastro individual	376	749	748	387	862	499	3.621
Atividade individual	66	66	61	66	94	153	506
Atividade coletiva	01	0	0	0	0	04	05
Marcad alimentares	44	09	21	44	55	21	194
Proc. Individual	328	247	66	83	137	186	1.047
Vacinação	150	86	218	02	80	07	543

Visita dom. territor.	2.581	2.540	2.849	1.803	2.113	1.631	13.517
TOTAL	3.685	3.986	4.273	2.550	3.661	2.691	20.846

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE

Clínica de saúde UBS	Marieta S. Andrade			Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha		Total
	I	II	V		Maravilha	B. Nova	
Abril	I	II	V	III	IV	VI	Total
Cad. Dom. / territ.	183	110	299	150	147	236	1.125
Cadastro individual	47	295	746	200	506	621	2.415
Atividade individual	176	204	131	394	144	290	1.339
Atividade coletiva	05	01	0	0	0	0	06
Marcad alimentares	33	29	181	124	463	169	999
Proc. Individual	368	332	302	516	247	132	1.897
Vacinação	174	152	163	209	156	188	1.042
Visita dom. territor.	1.196	1.815	2.202	1.402	1.048	1.310	8.973
TOTAL	2.196	2.938	2.995	2.711	4.024	2.946	17.796

RELATÓRIO GERAL DA PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

I QUAD	JAN	FEV	MAR	ABRI	TOTAL
cadast dom. territ.	810	803	1.413	1.125	4.151
cadastro indiv.	1.823	2.275	3.621	2.415	10.134
TOTAL	2.633	3.078	5.034	3.540	14.285
Atendim. Individual	1.322	1.020	506	1.339	4.187

Atividade coletiva	12	05	05	06	28
Marca. Alimentares	922	537	194	999	2.652
Proced. Individ.	1.614	1.604	1.047	1.897	6.162
Vacinação	440	393	543	1.042	2.418
Visita dom. e territ	9.826	9.122	13.517	8.973	41.438
TOTAL	14.136	12.681	15.812	14.256	56.885

II QUADRIMESTRE

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE				
Maio	Marieta Souza	Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha	Total
Cadast dom. territ.	886	134	327	1.347
Cadastro indiv..	3.002	328	1.046	4.376
TOTAL	3.888	462	1.373	5.723
Atendim. Individual	799	454	754	2.007
Aten. Odon. indiv	308	186	184	678
Atividade coletiva	17	3	13	33
Marca. Alimentares	1.230	157	836	2.223
Proced. Individ.	1.647	632	635	2.914
Vacinação	1.651	308	1.019	2.978
Visita dom. e territ	8.030	1.563	3.113	12.706
TOTAL	13.682	3.303	6.554	23.539

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE				
Junho	Marieta Souza	Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha	Total
Cadast dom. territ.	749	129	157	1.035
Cadastro indiv..	1.948	315	732	2.995
TOTAL	2.697	444	889	4.030
Atendim. Individual	601	241	391	1.233
Aten. Odon. indiv	221	136	107	464
Atividade coletiva	3	0	2	5
Marca. Alimentares	1.104	217	40	1.361
Proced. Individ.	946	218	363	1.527
Vacinação	559	47	117	723
Visita dom. e territ	4.644	1.234	2.021	7.899
TOTAL	8.078	2.093	3.041	13.212

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE				
Julho	Marieta Souza	Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha	Total
Cadast dom. territ.	994	78	301	1.373
Cadastro indiv..	2.725	285	833	3.843
TOTAL	3.719	363	1.134	5.216
Atendim. Individual	1.084	237	795	2.116
Aten. Odon. indiv	300	209	153	662
Atividade coletiva	11		5	16
Marca. Alimentares	365	32	129	526
Proced. Individ.	1.573	360	577	2.510
Vacinação	767	58	81	906
Visita dom. e territ	6.553	1.364	3.037	10.954
TOTAL	10.653	2.260	4.777	17.690

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE				
Agosto	Marieta Souza	Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha	Total
Cadast dom. territ.	417	88	293	798
Cadastro indiv..	1.064	216	845	2.125
TOTAL	1.481	304	1.138	2.923
Atendim. Individual	1.777	220	752	2.749
Aten. Odon. indiv	391	199	196	786
Atividade coletiva	24	7	13	44
Marca. Alimentares	286	45	43	374
Proced. Individ.	1.949	469	525	2.943
Vacinação	671	99	96	866
Visita dom. e territ	6.776	1.699	3.346	11.821
TOTAL	11.874	2.738	4.971	19.583

III QUADRIMESTRE

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE							
Setembro	Marieta Souza			Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha		Total
	I	II	V	III	IV	VI	
Cadast dom. territ.	462	141	250	103	285	126	1.367
Cadastro indiv..	1.832	796	818	240	633	280	4.599
TOTAL	2.294	937	1.068	343	918	406	5.966
Atendim. Individual	905	289	108	178	213	382	2.074
Aten. Odon. indiv	174	0	0	0	0	0	174
Atividade coletiva	10	02	0	01	01	0	14
Marca. Alimentares	283	95	82	03	110	17	590
Proced. Individ.	1.267	449	219	350	166	198	2.649
Vacinação	591	40	46	13	73	21	784
Visita dom. e territ	6.642	2.237	2.526	1.344	1.698	1.335	15.782
TOTAL	9.872	3.112	2.981	1.889	2.261	1.953	22.067

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE

Outubro	Marieta Souza			Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha		Total
	I	II	V		III	IV	
Cadast dom. territ.	93	136	335	99	258	58	979
Cadastro indiv..	283	516	843	245	554	253	2.694
TOTAL	376	652	1.178	344	812	311	3.673
Atendim. Individual	134	334	124	114	192	470	1.368
Aten. Odon. indiv	0	0	0	0	0	0	0
Atividade coletiva	01	03	0	01	0	04	09
Marca. Alimentares	126	10	79	09	206	321	751
Proced. Individ.	427	497	280	242	188	262	1.896
Vacinação	64	125	84	54	140	71	538
Visita dom. e territ	1.834	2.465	3.115	1.562	1.532	1.831	12.339
TOTAL	2.586	3.434	3.682	1.982	2.258	2.959	16.901

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE

Novembro	Marieta Souza			Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha		Total
	I	II	V		III	IV	
Cadast dom. territ.	131	263	335	99	52	160	1.040
Cadastro indiv..	293	703	856	261	191	259	2.563
TOTAL	424	966	1.191	360	243	419	3.603
Atendim. Individual	176	367	231	129	18	335	1.256
Aten. Odon. indiv	0	0	0	0	0	0	0
Atividade coletiva	01	05	02	0	0	0	08
Marca. Alimentares	36	77	347	14	06	18	498
Proced. Individ.	339	521	400	214	168	198	1.840
Vacinação	01	03	04	11	28	15	62
Visita dom. e territ	2.129	2.409	2.677	971	1.240	1.815	11.241
TOTAL	2.682	3.382	3.661	1.339	1.460	2.381	14.905

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE

Novembro	Marieta Souza	Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha	Total
Cadast dom. territ.	729	99	212	979
Cadastro indiv..	1.852	261	353	2.694
TOTAL	2.581	360	565	3.673

Atendim. Individual	774	129	353	1.256
Aten. Odon. indiv	0	0	0	0
Atividade coletiva	08	0	0	08
Marca. Alimentares	460	14	24	498
Proced. Individ.	1.260	214	366	1.840
Vacinação	08	11	43	62
Visita dom. e territ	7.215	971	3.055	11.241
TOTAL	9.725	1.339	3.841	14.905

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE

Dezembro	Marieta Souza	Pov. L. Roçado	Pov. Maravilha	Total
Cadast dom. territ.	481	74	140	695
Cadastro indiv.	1.516	209	497	2.222
TOTAL	1.997	283	637	2.917
Atendim. Individual	1.161	115	182	1.458
Atividade coletiva	06	0	02	08
Marca. Alimentares	476	555	185	1.216
Proced. Individ.	1.611	127	89	1.827
Vacinação	243	32	47	322
Visita dom. e territ	5.768	1.362	2.157	9.287
TOTAL	9.265	2.191	2.662	14.118

RELATÓRIO GERAL DA PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA					
I QUAD	JAN	FEV	MAR	ABRI	TOTAL
cadast dom. territ.	810	803	1.413	1.125	4.151
cadastro indiv.	1.823	2.275	3.621	2.415	10.134
TOTAL	2.633	3.078	5.034	3.540	14.285
Atendim. Individual	1.322	1.020	506	1.339	4.187
Aten. Odon. indiv	0	0	0	0	0
Atividade coletiva	12	05	05	06	28
Marca. Alimentares	922	537	194	999	2.652
Proced. Individ.	1.614	1.604	1.047	1.897	6.162
Vacinação	440	393	543	1.042	2.418
Visita dom. e territ	9.826	9.122	13.517	8.973	41.438
TOTAL	14.136	12.681	15.812	14.256	56.885

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE					
II QUADRIMESTRE	MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL
Cadast dom. territ.	1.347	1.035	1.373	798	4.553
Cadastro indiv.	4.376	2.995	3.843	2.125	13.339
TOTAL	5.723	4.030	5.216	2.923	17.892
Atendim. Individual	2.007	1.233	2.116	2.749	8.105
Aten. Odon. indiv	678	464	662	786	2.590
Atividade coletiva	33	5	16	44	98
Marca. Alimentares	2.223	1.361	526	374	4.484
Proced. Individ.	2.914	1.527	2.510	2.943	9.894
Vacinação	2.978	723	906	866	5.473
Visita dom. e territ	12.706	7.899	10.954	11.821	43.380
TOTAL	23.539	13.212	17.690	19.583	74.024

Obs.: no II quadrimestre houve aumento grande na procura dos serviços da APS.

RELATÓRIO GERAL DA PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA					
III QUAD	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
cadast dom. territ.	1.367	979	1.040	695	4.081
cadastro indiv.	4.599	2.694	2.563	2.222	12.078
TOTAL	5.966	3.673	3.603	2.917	16.159
Atendim. Individual	2.074	1.368	1.256	1.458	6.156
Atividade coletiva	14	09	08	08	39
Marca. Alimentares	590	751	498	1.216	3.055
Proced. Individ.	2.649	1.896	1.840	1.827	8.212
Vacinação	784	538	62	322	1.706
Visita dom. e territ	15.782	12.339	11.241	9.287	48.649
TOTAL	21.893	16.901	14.905	14.118	67.817



UBS III MARAVILGA CSF III QAUD.- UBS III QUAD. POV.
OSMILTON RODRIGUES Marieta Souza Andr. LAGOA DO ROÇAD

PRODUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA POR UNIDADE				
QUADRIMESTRES	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Cadast dom. territ.	4.151	4.553	4.081	12.785
Cadastro indiv.	10.134	13.339	12.078	35.551
TOTAL	14.285	17.892	16.159	48.336

Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe
Secretaria Municipal de Saúde
E-mail: saudealegre2020@hotmail.com

Atendim. Individual	4.187	8.105	6.156	18.448
Atividade coletiva	28	98	39	165
Marca. Alimentares	2.652	4.484	3.055	10.191
Proced. Individ.	6.162	9.894	8.212	24.268
Vacinação	2.418	5.473	1.706	9.597
Visita dom. e territ	41.438	43.380	48.649	133.467
TOTAL	56.885	71.434	67.817	196.136

  
UBS ANUAL POV LAGOA DO ROÇADCMARAVILHA OSMAILMARIETA SOUZA AN
UBS ANUAL POV. CSF ANUAL



A **Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA)**, instituída pela **Portaria GM/MS nº 1.862**, de 10 de agosto de 2021, é uma estratégia brasileira intersetorial que tem como objetivo deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para o cuidado e para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças.

Os principais responsáveis por essa iniciativa são os gestores municipais de saúde. As ações propostas pela estratégia requerem articulação local para a sua implementação com outros setores tais como educação, assistência social, agricultura, segurança alimentar e nutricional, desenvolvimento urbano, esportes, câmara de vereadores, entre outros que tenham capacidade de planejar e implementar ações capazes de proporcionar ambientes e cidades favoráveis às escolhas e hábitos de vida saudáveis. Atores não governamentais e organismos internacionais também podem apoiar a prevenção e a atenção à obesidade infantil.

São eixos de ação para a implementação da Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil:

- Vigilância alimentar e nutricional, promoção da saúde e de prevenção do ganho excessivo de peso, diagnóstico precoce e cuidado adequado às crianças, adolescentes e gestantes, no âmbito da Atenção Primária da Saúde;
- Promoção da saúde nas escolas para torná-las espaços que promovam o consumo de alimentos adequados e saudáveis e a prática regular de atividade física;
- Educação, comunicação e informação para promover a alimentação saudável e a prática de atividade física para toda a população brasileira;
- Formação e educação permanente dos profissionais envolvidos no cuidado às crianças;
- Articulações intersetoriais e de caráter comunitário que promovam ambientes saudáveis e apoiem a alimentação saudável e a prática de atividade física no âmbito das cidades.

O Proteja poderá ser implementado por todos os estados, Distrito Federal e municípios mediante a execução das ações dos eixos anteriormente citados e conforme detalhado no documento com **orientações técnicas do Proteja**. Poderá ser instituído, a qualquer tempo, incentivo financeiro de apoio aos municípios, com vistas a apoiar a implementação das ações previstas na Estratégia.

A **obesidade infantil** é caracterizada por um excesso de gordura corporal em crianças de até 12 anos, sendo **considerado** sobrepeso quando o peso da criança está, no mínimo, 15% acima do peso de referência para a sua idade.

O ideal é praticar alguma atividade física, como caminhada, corrida, natação ou musculação, cerca de 3 a 5 vezes por semana, por pelo menos 30 minutos. Para

a **prevenção da obesidade**, não é preciso se privar de tudo. Tomar um sorvete ou comer um chocolate de vez em quando não faz mal a ninguém.

SEGUNDO O IBGE, UMA EM CADA TRÊS CRIANÇAS DE CINCO A NOVE ANOS ESTÃO ACIMA DO PESO.

A **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, em parceria com a Imperial College de Londres, concluiu em um estudo que, em **2022**, existirão mais crianças obesas do que abaixo do peso no mundo. A obesidade é uma doença preocupante entre os adultos quando se fala em crianças, a situação é ainda mais grave. Isto porque a saúde começa a sofrer com os problemas causados pelo sobrepeso enquanto a criança deveria estar em pleno desenvolvimento físico. Para entender melhor sobre **o que é a obesidade infantil e o que fazer para construir uma rotina de vida saudável na infância**, evitando, assim, aumentar os números desta estatística, continue lendo.

- **Obesidade infantil: um mal crônico que assola todo o mundo**
- **Os riscos da obesidade infantil**
- **Quais as principais causas da obesidade infantil**
- **Como evitar a obesidade infantil**

OBESIDADE INFANTIL: UM MAL CRÔNICO QUE ASSOLA TODO O MUNDO

Quatro em cada cinco crianças obesas permanecerão obesas quando adultas.

A obesidade infantil é caracterizada por um excesso de gordura corporal em crianças de até 12 anos, sendo considerado sobrepeso quando o peso da criança

está, no mínimo, 15% acima do peso de referência para a sua idade. O diagnóstico também pode ser realizado através do IMC (**índice de massa muscular**).

o número de crianças obesas tem aumentado, fazendo a saúde pública reconhecer a obesidade infantil como um grave problema, como uma **epidemia**.

Isso porque a obesidade está relacionada a diversas doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e má formação do esqueleto. Além disso, pode gerar dificuldades para executar atividades e brincadeiras comuns da infância. Não é um problema de estética. Por isso, vamos entender melhor os riscos e as principais causas da obesidade infantil no Brasil e no mundo.

OS RISCOS DA OBESIDADE INFANTIL

Assim como a obesidade é uma doença que pode comprometer a qualidade de vida do adulto, na criança os riscos são os mesmos. A diferença é o que faz de a obesidade infantil soar o alarme da saúde pública é que o maior tempo de exposição ao excesso de gordura poderá desencadear doenças crônicas mais cedo, reduzindo a expectativa de vida do indivíduo. Além disso, como a criança está em fase de crescimento, a obesidade infantil pode ser um impacto negativo no desenvolvimento dos ossos, músculos e articulações, prejudicando a formação do esqueleto.

RISCOS DA OBESIDADE INFANTIL, DE CURTO E LONGO PRAZO

- Obesidade mórbida, quando adultos
- Doenças respiratórias, como asma e apneia
- Doenças ortopédicas, como problemas de coluna ou joelhos
- Dores nas articulações

- Disfunções do fígado, em função do acúmulo de gordura
- Colesterol alto
- Diabetes
- Hipertensão arterial
- Complicações metabólicas
- Acne
- Assaduras e dermatites
- Enxaqueca

Além disso, existem os riscos de cunho social e emocional, já que a obesidade pode desencadear quadros de doenças mentais ou problemas de relacionamento, incluindo:

- Depressão
- Isolamento social
- Solidão
- Bullying
- Disfunções alimentares, como bulimia ou anorexia
- Baixa autoestima

AS PRINCIPAIS CAUSAS DA OBESIDADE INFANTIL

Sedentarismo, falta de alimentação saudável e problemas de sono são algumas das possíveis causas para a obesidade infantil. Nem sempre a obesidade infantil está relacionada ao consumo excessivo de comida, ou é culpa dos pais. Existem inúmeros possíveis fatores para a obesidade infantil. É preciso entender a rotina familiar, para diagnosticar e tratar corretamente as causas do problema.

POSSÍVEIS CAUSAS DA OBESIDADE INFANTIL

ALIMENTAÇÃO

Com o passar dos anos, houve uma drástica mudança nos **comportamentos alimentares** das casas, em todo o mundo. As crianças passaram a ter contato com alimentos industrializados e hiper calóricos, e se afastaram das frutas e de outros alimentos naturais e saudáveis. Com o consumo exagerado de gorduras e açúcares, há uma mudança na produção de hormônios ligados ao prazer, como a dopamina. Assim, começa um processo de compulsão alimentar como um vício.

SEDENTARISMO

Ao lado da mudança alimentar, observamos, também, uma mudança em relação às atividades físicas. Antigamente, crianças brincavam nas ruas, correndo e pulando. Hoje, as crianças passam muito mais tempo sentadas no sofá, de olho nos televisores, laptops ou videogames, segundo o **Painel Nacional de Televisão, do Ibope Media**. Com isso, a criança não gasta mais calorias do que come. Assim, engorda.

FALTA DE SONO

A **qualidade do sono pode ser um importante fator para a obesidade infantil**. Estudo da **Harvard Medical School** mostra que o horário de descanso está sincronizado com o relógio biológico da criança. Assim, conforme a pesquisa, crianças que dormem tarde e acordam cedo para suas atividades escolares, apresentam maior concentração de gordura na região abdominal.

Manter consistente a rotina do sono, dormindo por tempo suficiente, pode prevenir a obesidade infantil, já que o sono garante o desenvolvimento e funcionamento fisiológico adequado.

ANSIEDADE E/OU DEPRESSÃO

Problemas de **saúde mental**, como depressão ou ansiedade, podem alterar o **comportamento da criança**. Ela pode desenvolver compulsões alimentares, perder a vontade de praticar atividades físicas e desenvolver outros sintomas que prejudicam sua qualidade de vida. É importante que a criança possa ter acompanhamento psicológico, caso necessário, como parte do tratamento contra a obesidade.

Segundo pesquisa publicada na **PEPSIC**, a terapia pode ajudar no controle da compulsão alimentar, no aumento da autoestima e no manejo dos sintomas da depressão e ansiedade.

FATORES GENÉTICOS E HORMONAIS

Existem, ainda, as causas genéticas e hormonais. Ou seja: nem tudo é culpa da alimentação ou da televisão.

Filhos de adultos obesos, por exemplo, têm maior predisposição à obesidade infantil. Quando pai e mãe são obesos, as chances do filho ser obeso também são de **70 a 80%**. Variações hormonais ou até mesmo o histórico da gestação da criança podem ter influência, também, no sobrepeso. **Especialistas do Hospital da Infância de Boston** afirmam que crianças nascidas por cesárea têm alteração na flora intestinal, tendo maior incidência da presença de uma bactéria no intestino, comum em pessoas obesas.

Você pode solicitar uma avaliação hormonal e metabólica, consultando um endocrinologista.

COMO EVITAR A OBESIDADE INFANTIL

Segundo a **OMS**, a obesidade infantil está diretamente ligada às mudanças comportamentais que privilegiam o sedentarismo e a alimentação inadequada. Apesar do esforço para incentivar uma alimentação saudável e informar da importância da prática de exercícios físicos para os adultos, a obesidade infantil não foi tratada da mesma maneira pela saúde pública. Assim, as diretrizes para tratamento da obesidade infantil da OMS incluem aconselhamento, dieta, análise dos hábitos alimentares (da criança e da família), além do acompanhamento das medições de peso e altura. O diagnóstico e tratamento devem ser realizados por médicos especializados. No entanto, **você pode promover uma mudança nos hábitos e rotinas da sua casa**, buscando mais saúde e qualidade de vida para todos incluindo seus filhos.

AMAMENTAÇÃO

O **Ministério da Saúde** recomenda que o **leite materno** seja o único alimento da criança até o seu **sexto mês de vida**. A Organização Mundial da Saúde também recomenda que a criança seja amamentada durante seus dois primeiros anos, ou mais.

O **leite materno** é um **alimento completo** para o bebê e está ligado à redução de diversas **infecções e doenças**, como otites, doenças respiratórias, diabetes e obesidade infantil.

Além de, claro, fortalecer o **vínculo entre mãe e filho**. Saiba como você pode se preparar para manter a amamentação mesmo depois do período de licença maternidade.

ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA E SAUDÁVEL

Uma reeducação alimentar para toda a família pode ser o primeiro e mais importante passo para o combate à obesidade infantil. Estar comprometido com a saúde e deixar de lado os alimentos ricos em gorduras e açúcares é fundamental para que todos consigam manter a nova rotina de uma alimentação saudável a longo prazo. Escolha versões integrais dos cereais e farinhas, como massas, arroz e pães. Aumente o consumo de verduras e legumes, e **corte do cardápio** os alimentos ultraprocessados, **redes de fast food e os refrigerantes**. Consulte, também, um nutricionista. Ele é o profissional adequado para orientá-los em relação à nova dieta, para que sejam consumidos os alimentos e nutrientes em sua proporção ideal.

ATIVIDADES FÍSICAS

Estimule a prática de exercícios físicos. **As atividades físicas são importantes para aumentar o gasto calórico**, auxiliando na redução de peso.

Quanto mais cedo a criança começar alguma atividade, maiores as chances dela se tornar um adulto ativo. Busque esportes que o seu filho se identifique, para que ele assume o compromisso como um hábito divertido. Incentive brincadeiras que movimentam o corpo, como pega-pega, pular corda, amarelinha, dança, bicicleta, entre outros. Existem **várias atividades** que funcionam como excelentes exercícios.

CONTROLE O TEMPO DE EXPOSIÇÃO ÀS TELAS

O tempo que a criança fica exposta e conecta às telas, como televisão, computador, videogame, celular, pode influenciar em um estilo de vida mais sedentário. Pode também prejudicar os hábitos alimentares. O recomendado é que crianças até cinco anos não fiquem mais de uma hora em frente às telas. Para **crianças de 5 a 13 anos**, a recomendação é de que se tenha no máximo duas horas de tela com fins recreativos.

CUIDADO COM O USO DE MEDICAMENTOS

Pesquisas afirmam que o uso de antibióticos pode interferir no metabolismo da criança, contribuindo para a obesidade infantil. Dois estudos mais recentes confirmaram os resultados de pesquisas anteriores, sobre a correlação positiva entre a exposição precoce da criança aos antibióticos (especialmente nos seis primeiros meses de vida) com a obesidade infantil. Por isso, é muito importante que **medicamentos** só sejam administrados ao seu filho se houver prescrição médica.

SONO E REPOUSO

Conforme já mencionado, a falta de sono adequado pode contribuir para a obesidade. O relógio biológico da criança pode ficar desregulado, atingindo hormônios que controlam o apetite. Assim, os pais precisam estar atentos para que as crianças tenham qualidade no sono, e descansem o tempo recomendado para cada idade. A **Academia Americana de Medicina do Sono (AASM)** sugere que **crianças de três a cinco anos** durmam de **10 a 13 horas** (incluindo cochilos à

tarde). Crianças na idade escolar, de **06 a 12 anos**, devem dormir de **09 a 12 horas** à noite. Quando se fala em obesidade infantil, muitas pessoas culpam os pais pela situação dos filhos. Nem sempre isso será verdade. É fundamental que a família toda estabeleça uma rotina saudável de alimentação e com a prática de exercícios físicos. É importante observar também o tempo de tela e o controle do sono.

SER O EXEMPLO É A MELHOR MANEIRA DE ENSINAR O SEU FILHO A CUIDAR DE SI E DA SUA SAÚDE.

A OMS estabeleceu a obesidade infantil como um dos mais graves problemas da saúde pública mundial. A obesidade infantil é um grave problema na saúde pública mundial. Conforme a **Organização Mundial da Saúde**, em **2025** poderá haver 75 milhões de crianças obesas no mundo. No Brasil, cerca de **15%** das crianças estão acima do peso, de acordo com o professor **Hugo Tourinho Filho**, da Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto (EEFERP) da USP. Ainda que existem muitas iniciativas para conscientizar e lutar contra a obesidade em adultos, a obesidade infantil é um problema crescente. É preciso, além das orientações e diretrizes para diagnóstico e tratamento, uma completa revisão de hábitos de vida familiar. Mudança no comportamento alimentar, incentivo à prática de exercícios físicos desde cedo e bons hábitos de sono podem ajudar a prevenir o problema.

- Hábitos para conectar pais e filhos
- A importância do brincar
- Ensinando meu filho a cuidar do meio ambiente
- Férias: 7 brincadeiras para pais e filhos
- Meu filho não quer comer. E agora?
- Timidez na infância

- O esporte para cada idade
- Cuidado com a dose de açúcar na infância

I QUADRIMESTRE

Em abril foi continuado o planejamento anual para implementação do PROTEJA.

Em maio Estratégia Nacional para Atenção e Prevenção à Obesidade Infantil - PROTEJA

II QUADRIMESTRE

Em junho o GEPPAAS da **Universidade Federal de Minas Gerais** (UFMG) promoveu um Webinário, caracterizando como atividade de educação permanente em saúde com a coordenação do PROTEJA. Também foi entregue ofícios às secretarias convocando-os para a primeira **reunião intersectorial** do PROTEJA. Além disso, foi realizado o preenchimento do **questionário eletrônico** referente ao diagnóstico de situação alimentar no ambiente escolar, solicitado pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.

1 REUNIÃO

Tema: Influência dos ambientes alimentares escolares na saúde das crianças e adolescentes (anexo I).

Local: on-line, pode acessado com link [Webinário - Influência dos ambientes alimentares escolares na saúde das crianças e adolescentes - YouTube](#)

Data: 20/06/2021

Horário: 10:00h às 11:00h.

Participante: Ana Cristina de Oliveira Bispo.

RELATORIO DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR DE 0 A 09 ANOS

São quatro instrumentos utilizados para realizar a avaliação nutricional, que consiste da obtenção de dados alimentares, exames físicos, bioquímicos, antecedentes e composição corporal. Os instrumentos para avaliação do consumo alimentar podem ser classificados em dois grupos: aqueles que avaliam o consumo atual

- Recordatório de 24 Horas e Registro Alimentar.
- Aqueles que são frequentemente utilizados para avaliar o consumo habitual (Questionários de Frequência Alimentar)

TABELA MARCADORES ALIMENTAR DE 0 A 09 ANOS

I QUAD	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Centro de Especialidade	0	0	0	01	01
CSF - Marieta Souza	333	191	180	471	1.175
UBS Pov. Maravilha	44	123	94	246	507
UBS – Pov. Lagoa do Roçado	07	16	27	169	219
TOTAL	384	330	301	887	1.902

II QUAD	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Centro de Especialidade	0	0	0	0	0
CSF - Marieta Souza	354	284	102	79	819

UBS Pov. Maravilha	140	28	31	47	246
UBS – Pov. Lagoa do Roçado	41	40	06	08	95
TOTAL	535	352	139	134	1.160

III QUAD	Set	Out	Nov	Dez	Total
Centro de Especialidade	0	0	0	0	0
CSF - Marieta Souza	70	45	101	130	346
UBS Pov. Maravilha	42	115	16	07	180
UBS – Pov. Lagoa do Roçado	03	05	09	76	93
TOTAL	115	165	126	213	619

QUADRIMESTRAIS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	Total
Centro de Especialidade	01	0	0	01
01CSF - Marieta Souza	1.175	819	346	2.340
UBS Pov. Maravilha	507	246	180	933
UBS – Pov. Lagoa do Roçado	219	95	93	407
TOTAL	1.902	1.160	619	3.681

RELATORIO DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR DE 10 A 19 ANOS

I QUAD	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
CSF - Marieta Souza	240	129	120	502	991
UBS Pov. Maravilha	23	116	126	256	521
UBS – Pov. Lagoa do Roçado	11	15	21	86	133
TOTAL	274	260	267	844	1.645

II QUAD	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
CSF - Marieta Souza	206	172	88	101	567
UBS Pov. Maravilha	137	03	24	13	177
UBS – Pov. Lagoa do Roçado	29	35	04	08	76
TOTAL	372	210	116	122	820

III QUAD	Set	Out	Nov	Dez	Total
CSF - Marieta Souza	91	173	160	87	511
UBS Pov. Maravilha	21	126	03	53	203
UBS – Pov. Lagoa do Roçado	02	01	05	96	104
TOTAL	114	300	168	236	818

QUADRIMESTRAIS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	Total
01CSF - Marieta Souza	991	567	511	2.069
UBS Pov. Maravilha	521	177	203	901
UBS – Pov. Lagoa do Roçado	133	76	104	313
TOTAL	1.645	820	818	3.283



Marcadores de
consumo alimentar



Marcadores de
consumo alimentar



PROGRAMA CRESCER SAUDÁVEL

Consiste em um conjunto de ações a serem realizadas no âmbito do **Programa Saúde na Escola** (PSE) com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde, prevenção e cuidado das crianças com obesidade matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I, com vistas a apoiar os esforços de reversão do cenário epidemiológico no país.

EIXOS PRIORITARIOS DE AÇÃO:

- A vigilância alimentar e nutricional,
- A promoção da alimentação adequada e saudável,
- O incentivo às práticas de atividade física,
- As ações voltadas para oferta de cuidados para as crianças que apresentam obesidade.

A **Emergência em Saúde Pública de importância Nacional** (ESPIN) causada pelo novo coronavírus impactou as ofertas educacionais presenciais e demandou a

adoção de ofertas educacionais remotas ou híbridas. Dessa forma, entende-se que as atividades do PSE, bem como do Programa Crescer Saudável, também são passíveis de adaptação para essa nova realidade, desde que respeitem os protocolos de distanciamento social e garantam a proteção dos indivíduos e comunidades em relação ao covid-19.

Ao longo deste ciclo serão consideradas todas as ações realizadas de forma presencial e remota (não presencial) realizadas junto aos escolares, desde que corretamente informado o número INEP das escolas-alvo no registro das ações no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Assim, as equipes poderão realizar ações do Programa de maneira remota e registrar as atividades na Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS como de costume, uma vez que o sistema não dispõe de campos específicos para essa modalidade.

I QUADRIMESTRE

Requisição de materiais de diferentes naturezas para a execução do Programa Crescer Saudável

➤ **1 - Identificação do programa**

Programa Crescer Saudável.

➤ **2 - Secretaria**

Secretaria Municipal de Saúde.

➤ **3 - Coordenação**

Ana Cristina de Oliveira Bispo.

E-mail: anaceco79@gmail.com

Contato: (79) 99691-2529

➤ **4 - Fonte do recurso financeiro**

Os materiais solicitados serão custeados com o recurso oriundo do Programa Crescer Saudável, conforme a Portaria GM/MS Nº 1.320, de 22 de junho de 2021 que “Define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências”.

II QUADRIMESTRE

Em relação a ausência de atividades do programa Crescer Saudável no mês anterior, foi comunicado a gestão (anexo XIII).

2.2.4 maio

Envio esse mês dois anexos que faltaram do mês anterior (anexo VI e XI).

No mês atual as ações de antropometria que não ocorreram no mês anterior, assim como programado, foram realizados nas Escolas Municipais Manoel Pereira de Barros, turno vespertino (anexo XIV), Professora Gildete dos Reis Lima (anexo XV), Dr. José Rollemberg Leite, turno matutino e vespertino (anexo XVI), Dr. Luiz Garcia (anexo XVII), Pedro Ferreira de Aragão e Antônio Barbosa (anexo XVIII).

Além do mais, foi realizada ações de promoção a prática de exercício físico (anexo XIX) e promoção da alimentação saudável na Escola Municipal Jardim de Infância Ivanice Pereira dos Santos, turno matutino e vespertino (anexo XX). Também houve um incremento de 137 marcadores digitados, que foram preenchidos da escola (anexo XXI)

Figura 2– Ações de antropometria, alimentação saudável e práticas corporais



Envio esse mês um anexo que faltou do mês anterior (anexo XV).

No presente mês não foi realizado ações de antropometria, alimentação saudável ou prática de exercício físico nas escolas, conforme ofício circular nº 233/Coordenação do Crescer Saudável (XXII).

III QUADRIMESTRE

2.3.1 setembro

No presente mês não foi realizada ações referentes ao programa.

2.3.2 outubro

No mês atual foi o criado um cronograma mensal de ações a serem realizadas nas escolas (anexo XXXI), contemplando as ações de promoção alimentação saudável nas Escolas Municipais Dr. Luiz Garcia (anexo XXXII), Professora Gildete dos Reis Lima (anexo XXXIII), Jose Rollemberg Leite (anexo XXXIV- falta) e Pedro Ferreira de Aragão (anexo XXXV), conforme apresentada na figura 6.

Figura 6 – Ações de promoção a alimentação adequada e saudável nas Escolas Municipais Dr. Luiz Garcia, Professora Gildete dos Reis Lima, Jose Rollemberg Leite e Pedro Ferreira de Aragão.





Também foi realizado ações de promoção as práticas corporais e atividade física nas escolas municipais Dr. Luiz Garcia (anexo XXXVI), Professora Gildete dos Reis Lima (anexo XXXVII) e Antônio Barboza (anexo XXXVIII), de acordo com a figura 7.

Figura 7 – Ações de promoção as práticas corporais e atividade física nas Escolas Municipais Dr. Luiz Garcia, Professora Gildete dos Reis Lima e Antônio Barboza





2.3.3 novembro

No mês atual foi realizada as ações de promoção as práticas corporais e atividade física com crianças nas Escolas Municipais Jardim de Infância Ivanice Pereira dos Santos (anexo XXXIX), Nossa Senhora Aparecida (anexo XL) e Antônio Barbosa (anexo XLI), conforme figura 8. Na Escola Municipal Pedro Ferreira de Aragão não foi realizado nenhuma das duas ações de práticas corporais e atividade física e uma ação de promoção a alimentação saudável devido ausência de transporte nas datas solicitadas (anexo XLII).

Figura 8 - Ações de promoção as práticas corporais e atividade física nas Escolas Municipais Jardim de Infância Ivanice Pereira dos Santos, Nossa Senhora Aparecida e Antônio Barbosa





Também foi realizado ação de promoção a alimentação saudável com crianças nas Escolas Municipais Jardim de Infância Ivanice Pereira dos Santos, turno matutino e vespertino (anexo XLIII) e Antônio Barbosa (XLIV), Escola Estadual José Inácio de Farias (anexo XLV) e Professora Gildete dos Reis Lima (anexo XLVI), conforme figura 9. Também foi criado o cronograma mensal de ações acima descritas (anexo XLVII).

Figura 9- Ações de promoção a alimentação adequada e saudável nas Escolas Municipais e Estadual





Justificando a ausência de ação de promoção a alimentação adequada e saudável e práticas corporais e atividade física na Escola Municipal Pedro Ferreira de Aragão (anexo XLVIII). Também envio anexos faltantes do mês passado (anexo XXXIX e XLI). Concluo apresentando o quantitativo anual de marcadores de consumo alimentar realizados com crianças (0 a 9 anos) realizado nas escolas (anexo XLIX), bem como o número total de ações de promoção a alimentação adequada e saudável (anexo L), de práticas corporais e atividade física (anexo LI) e, por fim, de antropometria (anexo LII) do presente ano.



PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA - PBF

O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. O Programa integra a **Fome Zero** que tem como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a conquista da cidadania pela população mais vulnerável à fome.

O Bolsa Família atende mais de 12 milhões de famílias em todo território nacional. A depender da renda familiar por pessoa (limitada a R\$ 140), do número e da idade dos filhos, o valor do benefício recebido pela família pode variar entre R\$ 32 a R\$ 242. Esses valores são o resultado do reajuste anunciado em 1º de março e vigoram a partir dos benefícios pagos em abril de 2011.

Diversos estudos apontam para a contribuição do Programa na redução das desigualdades sociais e da pobreza. O 4º **Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** aponta queda da pobreza extrema de 12% em 2003 para 4,8% em 2008.

O Programa possui três eixos principais: transferência de renda, condicionalidades e programas complementares. A transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza. As condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social. Já os programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade.

A gestão do Bolsa família é descentralizada e compartilhada por União, estados, Distrito Federal e municípios. Os três entes federados trabalham em conjunto para aperfeiçoar, ampliar e fiscalizar a execução do Programa, instituído pela Lei 10.836/04 e regulamentado pelo **Decreto nº 5.209/04**. A lista de beneficiários é pública e pode ser acessada por qualquer cidadão.

NOVO BOLSA FAMÍLIA

O que é?
Programa de transferência de renda para famílias carentes

Quem pode receber?
Famílias inscritas no CadÚnico, com até R\$ 218 por pessoa

Quanto cada família receberá?

- O valor base do benefício é de R\$ 600 por família
- No entanto, receberão valores extras as famílias que tiverem crianças, adolescentes e grávidas

Quanto é o valor extra?

- R\$ 150 por criança de 0 a 6 anos
- R\$ 50 por dependente de 7 a 18 anos
- R\$ 50 por cada gestante

Quais as condições para continuar no programa?

-  Comprovar a frequência escolar dos filhos
-  Manter atualizadas as cadernetas de vacinação da família inteira
-  Grávidas deverão fazer o acompanhamento pré-natal
-  Crianças até 6 anos terão que fazer acompanhamento nutricional

Como receber?

-  A Caixa Econômica disponibilizará o valor para saque ou crédito em conta bancária
-  O pagamento será feito ao responsável pela família, preferencialmente, à mulher

Fonte: MP 1164/23

Arte: Agência Câmara

03/03/2023

CONDICIONALIDADES

Publicado em **26/09/2022** As condicionalidades continuam existindo na mesma lógica do antigo programa social. São compromissos assumidos tanto pelas famílias beneficiárias quanto pelo poder público para reforçar o acesso dessas famílias a

seus direitos sociais básicos, principalmente nas áreas de saúde, educação e assistência social. Estão relacionadas apenas aos benefícios da “cesta raiz”.

SAÚDE

- Vacinação e acompanhamento nutricional (peso e altura) de crianças menores de 7 anos; e
- Pré-natal de gestantes.

EDUCAÇÃO

- Frequência escolar mensal mínima de 60% para os beneficiários de 04 e 05 anos;
- Frequência escolar mensal mínima de 75% para os beneficiários:
 - de 06 a 17 anos,
 - de 18 a 21 anos incompletos que recebam o Benefício Composição Jovem e ainda não tenham concluído a educação básica.

II QUADRIMESTRE

Equipes saúde família	Beneficiários p/ acompanhamento	Beneficiários p/acompanhados	% de cobertura de acompanhamento
Clínica de Saúde Marieta Souza	1.705	1.031	60.47 %
UBS Pov. Lagoa do Roçado	496	299	60.28 %
UBS Pov. Maravilha	815	670	82,21 %
TOTAL	3.016	2.000	67,65 %

Equipes de saúde da família	Beneficiários p/ acompanhamento	Beneficiários p/acompanhados	% de cobertura de acompanhamento
GERAL	4.567	3.630	79,48%

NUTRIÇÃO

No Brasil, a alimentação, assim como a saúde, é um direito constitucional previsto na lei que cria o **Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8.080, de setembro de 1990**. Essa lei estabelece o caráter determinante da alimentação e atribui ao Ministério da Saúde (MS) o papel de formular políticas de alimentação e nutrição.

Nesse sentido, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), instituída em 1999, chega para dar concretude às ações de alimentação e nutrição no SUS. A iniciativa do MS integra os esforços do Estado brasileiro pela construção e consolidação de um conjunto de políticas centradas no respeito, na proteção e na promoção dos direitos humanos à saúde e à alimentação.

Após dez anos de publicação da PNAN, o órgão avança no processo de atualização e aprimoramento das suas bases e diretrizes, de forma a se consolidar como uma referência para os novos desafios a serem enfrentados no campo da alimentação e da nutrição no SUS. Edição mais recente da PNAN publicada em 2011 apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e à nutrição.

Para tanto está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, na promoção, na prevenção e no cuidado

integral de agravos relacionados à alimentação e à nutrição. Essas atividades se integram às demais ações de saúde nas redes de atenção, ordenadas pela atenção primária.

PROCEDIMENTOS E ATENDIMENTOS EM NUTRIÇÃO

I Quad - PROCEDIMENTOS	Jan	Fev	Mar	Abri	Total
CSF – Marieta S. Andrade	43	43	28	53	167
UBS Pov. Lagos do Roçado	0	0	0	0	0
UBS Pov. Maravilha	0	0	0	0	0
Total	43	43	28	53	167

II Quad	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
CSF – Marieta S. Andrade	59	0	0	41	100
UBS Pov. Lagos do Roçado	0	06	15	13	34
UBS Pov. Maravilha	0	0	0	12	12
Total	0	06	15	25	146

III Quad	Set	Out	Nov	Dez	Total
CSF – Marieta S. Andrade	16	34	19	22	91
UBS Pov. Lagos do Roçado	09	04	15	07	35
UBS Pov. Maravilha	05	08	06	14	33
Total	30	46	40	43	159

QUADRIMESTRAIS	I Quad	II Quad	III Quad	Total
CSF – Marieta S. Andrade	167	0	91	258

UBS Pov. Lagos do Roçado	0	34	35	69
UBS Pov. Maravilha	0	12	33	45
Total	167	46	159	332

NUTRIÇÃO – ATENDIMENTOS

I Quad - ATENDIMENTOS	Jan	Fev	Mar	Abri	Total
CSF – Marieta S. Andrade	41	40	39	49	169
UBS Pov. Lagos do Roçado	0	0	0	0	0
UBS Pov. Maravilha	0	0	0	0	0
Total	41	40	39	49	169

II Quad	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
CSF – Marieta S. Andrade	0	0	0	0	0
UBS Pov. Lagos do Roçado	0	0	88	0	88
UBS Pov. Maravilha	0	0	0	0	0
Total	59	0	88	41	88

III Quad	Set	Out	Nov	Dez	Total
CSF – Marieta S. Andrade	16	34	19	0	69
UBS Pov. Lagos do Roçado	09	04	15	0	28
UBS Pov. Maravilha	05	08	06	0	191
Total	30	46	40	0	116

QUADRIMESTRISIS	I Quad	II Quad	III Quad	Total
CSF – Marieta S. Andrade	169	0	69	238

UBS Pov. Lagos do Roçado	0	88	28	116
UBS Pov. Maravilha	0	0	191	191
Total	169	88	288	545

4.2. PRODUÇÃO POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS

O sistema de saúde do SUS preconiza que o atendimento médico funcione na Atenção Básica como a primeira escolha do usuário, como isso da abertura para o atendimento inicial, mais conhecido como “**PORTA DE ENTRADA**” dos usuários no sistema de redes de serviço de saúde pública. Seu objetivo principal é de orientar e prever as doenças, além busca de solução e diagnósticos dos possíveis casos de agravos, bem como direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores de MAC - **Média e Alta Complexidade**. Os atendimentos na Atenção Básica funcionam, como um filtro sendo capaz de selecionar e organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

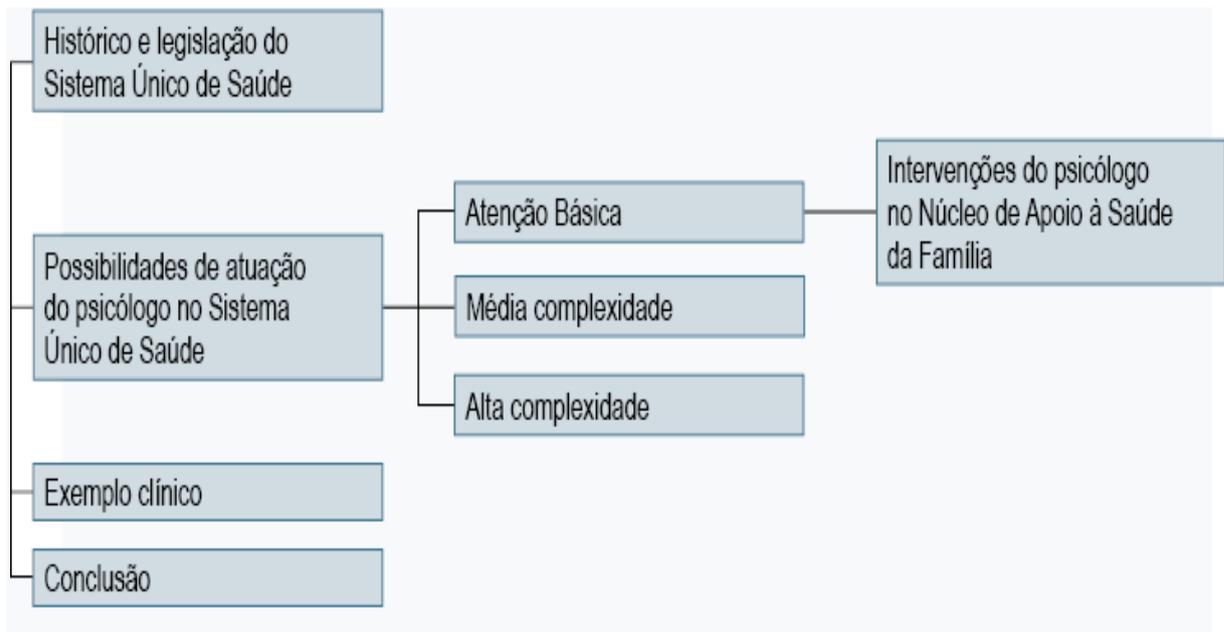
ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM PSICOLOGIA

OBJETIVOS

- Identificar alguns aspectos da história das políticas de saúde no Brasil e da legislação do SUS;
- Caracterizar a articulação das ações e dos serviços de saúde executados pelo SUS; nos diferentes pontos de atenção;
- Compreender como ocorreu a inserção do psicólogo em instituições de saúde no Brasil e, em particular, no âmbito do SUS;

- Identificar as ações que fazem parte da atuação do psicólogo no SUS; considerando a atenção básica, a média e a alta complexidade.

ESQUEMA CONCEITUAL



DEMONSTRATIVO DE ATENDIMENTOS DE PSICOLOGOS

I QUADRIMESTRE	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Psicóloga - Zona rural	01	22	14	09	46
Psicólogo – Zona urbana	0	0	79	37	116
Psicólogo - Zona urbana	30	13	34	46	123
Total	31	35	127	92	285

II QUADRIMESTRE	Mai	Jun	Jul	Ago	TOTAL
Psicóloga - Zona rural	32	60	81	70	243

Psicólogo – Zona urbana	60	35	41	50	186
Psicólogo - Zona urbana	59	28	51	32	170
Total	151	123	173	152	599

III Quadrimestre	Set	Out	Nov	Dez	Total
Psicóloga - Zona rural	30	31	41	21	123
Psicólogo – Zona urbana	63	59	67	87	276
Psicólogo - Zona urbana	59	56	45	48	208
Total	152	146	153	156	607

QUADRIMESTRAIS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Psicóloga - Zona rural	46	243	123	412
Psicólogo – Zona urbana	116	186	276	578
Psicólogo - Zona urbana	123	170	208	501
TOTAL	285	599	607	1.491

No SUS a especialidade de Psiquiatria é considerada parte da atenção especializada (**AME, CER, CAPS, CTAs**, etc.), e quem indica a necessidade desse atendimento são os profissionais da Atenção Básica, que tem como principal equipamento de saúde as UBSs.

DEMONSTRATIVO DE ATENDIMENTOS DE PSIQUIATRA					
I QUADRIMESTRE	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Psiquiatra	48	48	71	45	212

II QUADRIMESTRE	Mai	Jun	Jul	Ago	TOTAL
Psiquiatra	66	40	37	60	203

III Quadrimestre	Set	Out	Nov	Dez	Total
Psiquiatra	24	58	64	42	188

QUADRIMESTRAIS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Psiquiatra	212	203	188	603

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), da **Pronto Atendimento** (PA 24H), e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais regionais das grandes cidades, capital e nos serviços de Hospitais Universitários.

PRONTO ATENDIMENTO - PA 24H

O Pronto Atendimento - PA 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**
- Atenção Domiciliar
- **Força Nacional do SUS**
- Sala de Estabilização
- **SAMU 192**
- Unidades Hospitalares
- **PA 24**

A PA funciona 24 horas diariamente, como suporte aos munícipes com atendimentos de urgência e emergências 24 horas, é composta por uma equipe de profissionais sendo: Médico plantonista, Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem, Vigilantes, Cozinheiros e Auxiliares de serviço gerais para atender a demanda, Esses atendimentos auxilia e diminui as transferências desafogando a demanda da Regional de Nossa Senhora da Glória, e demais hospitais do Estado, visto que só são transferidos os casos mais graves, por não haver suporte para atendimento no local.

Os atendimentos e procedimentos são realizados diariamente 24 horas por dia, por equipes de profissionais de saúde, que atendem à demanda espontânea, pequenos acidentes entre outros, os casos mais graves são transferidos para regional de Nossa Senhora da Glória e ou **regulados via SAMU**, visando minimizar os sofrimentos dos que buscam ali por atendimentos de urgência e emergência na UPA 24 horas.

I QUADRIMESTRE 2023

DEMONSTRATIVO DE ATENDIMENTO MÉDICOS NA PA 24 HORAS					
ATENDIMENTO CONSULTA MÉDICA POR FAIXA ETÁRIA					
Procedimentos	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Idade 0 - 1	66	07	55	83	211
Idade 2 - 4	94	98	83	115	390
Idade 5 - 9	118	82	103	131	434
Idade 10 - 14	153	258	147	195	753
Idade 15 - 19	377	435	759	788	2.359
Idade 20 - 39	520	486	623	737	2.366
Idade 40 - 49	230	547	173	207	1.157
Idade 50 - 59	90	95	114	160	459
Idade 60 E +	38	49	90	101	278
TOTAL	1.686	2.057	2.147	2.517	8.407

II QUADRIMESTRE

DEMONSTRATIVO DE ATENDIMENTO MÉDICOS NA PA 24 HORAS					
ATENDIMENTO CONSULTA MÉDICA POR FAIXA ETÁRIA					
Procedimentos	Maio	Junho	Julho	Ago	Total
Idade 0 - 1	68	43	56	48	215
Idade 2 - 4	129	61	95	84	369
Idade 5 - 9	185	88	156	123	552
Idade 10 - 14	321	148	425	298	1.192
Idade 15 - 19	758	422	734	769	2.683
Idade 20 - 39	656	687	550	536	2.429
Idade 40 - 49	190	594	167	152	1.103
Idade 50 - 59	152	151	93	101	497
Idade 60 E +	103	92	0	61	256
Outros	-	-	-	63	63
TOTAL	2.562	2.286	2.276	2.235	9.359

III QUADRIMESTRE

DEMONSTRATIVO DE ATENDIMENTO MÉDICOS NA PA 24 HORAS					
ATENDIMENTO CONSULTA MÉDICA POR FAIXA ETÁRIA					
Procedimentos	Set	Out	Nov	Dez	Total
Idade 00 - 01	29	46	34	50	159
Idade 02 - 04	89	72	73	86	320
Idade 05 - 09	138	126	102	153	519
Idade 10 - 14	339	241	136	602	1.318
Idade 15 - 19	716	663	604	803	2.786
Idade 20 - 39	456	595	635	453	2.139
Idade 40 - 49	115	215	194	115	639
Idade 50 - 59	75	96	118	72	361
Idade 60 E +	0	50	72	0	122
TOTAL	1.957	2.104	1.968	2.334	8.363

QUADRIMESTRAIS

DEMONSTRATIVO DE ATENDIMENTO MÉDICOS NA PA 24 HORAS				
ATENDIMENTO CONSULTA MÉDICA POR FAIXA ETÁRIA				
Procedimentos	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Idade 00 - 01	211	215	159	585
Idade 02 - 04	390	369	320	1.079
Idade 05 - 09	434	552	519	1.505
Idade 10 - 14	753	1.192	1.318	3.263
Idade 15 - 19	2.359	2.683	2.786	7.828
Idade 20 - 39	2.366	2.429	2.139	6.934
Idade 40 - 49	1.157	1.103	639	2.899
Idade 50 - 59	459	497	361	1.317
Idade 60 E +	278	256	122	656
Outros	0	63	0	63
TOTAL	8.407	9.359	8.363	26.129

DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS.

I QUADRIMESTRE

DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS					
PROCEDIMENTOS	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Atend. Médico	1.760	1.770	2.039	2.732	8.301
Sutura	44	51	55	59	209
Curativo	326	313	349	336	1.324
Parto	02	0	0	0	02
Injeção	1.939	1.844	2.225	2.385	8.393
Transferência	46	50	75	80	251
Peq. Cirurgias	0	0	0	0	0
Óbitos	03	0	0	05	08
Pacientes / Observação	404	373	404	543	1.724
Aerossol	0	0	0	0	0
Pressão arterial	1.760	1.770	2.143	2.515	8.188
Atend. Fora do município	41	49	39	119	248
TOTAL	6.325	6.220	7.329	8.884	28.648

Obs.: Em janeiro e fevereiro houve um equilíbrio, março e abril houve um aumento bem significativo na demanda da urgência.

II QUADRIMESTRE

DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS					
PROCEDIMENTOS	MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL
Atendimento Médico	2.536	2.289	2.359	2.199	9.383
Sutura	52	46	46	30	174
Curativo	333	419	444	445	1.641
Parto	0	02	01	0	03
Injeção	2.145	2.197	2.063	2.113	8.518
Transferência	0	67	60	55	182
Peq. Cirurgias	0	0	0	0	0
Óbitos	0	0	01	0	01
Pacientes / Observação	537	490	462	421	1.910
Aerossol	0	0	0	0	0
Pressão arterial	2.536	2.227	2.359	2.172	9.294
Atend. Fora do município	100	81	69	46	296
Total	8.239	7.818	7.867	7.501	31.405

III QUADRIMESTRE

DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS					
PROCEDIMENTOS	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Atend. Medico	1.958	2.102	2.292	2.331	8.683
Sutura	56	54	67	68	245
Curativo	360	264	231	317	1.172
Parto	0	02	0	0	02
Injeção	1.818	1.903	2.003	1.961	7.685
Transferência	52	62	56	49	219
Peq. Cirurgias	0	0	0	0	0
Óbitos	01	02	0	02	05
Pacientes / Observação	419	461	457	460	1.797
Aerossol	0	0	0	0	0
Pressão arterial	1.958	2.102	2.292	2.331	8.683
Atend. Fora do município	34	59	92	83	268
Total	6.656	7.011	7.490	7.602	28.759

QUADRIMESTRAIS

DEMONSTRATIVO DE PROCEDIMENTOS				
PROCEDIMENTOS ATENDIMENTO MÉDICO POR FAIXA ETÁRIA				
Procedimentos	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Atend. Medico	8.301	9.383	8.683	26.367
Sutura	209	174	245	628
Curativo	1.324	1.641	1.172	4.137
Parto	02	03	02	07
Injeção	8.393	8.518	7.685	24.596
Transferência	251	182	219	652
Pequenas cirurgias	0	0	0	0
Óbitos	08	01	05	14
Paciente observação	1.724	1.910	1.797	5.431
Aerossol	0	0	0	0
Pressão arterial	8.188	9.294	8.683	26.165
Atend. Fora do município	248	296	268	812
Total	28.648	31.403	28.759	88.809

4.3 - PRODUÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS

Os serviços de atenção psicossocial por meio de conceitos, histórico, premissas, diretrizes e dispositivos clínicos para o cuidado com usuários de álcool e outras drogas, considerando a **pessoa**, o **contexto**, a **família**, a rede e o próprio profissional. Mostra a estruturação e atuação das **RAPS**, a importância do técnico de referência na configuração do trabalho em equipe, a necessidade de superar reducionismo biomédico e de resgatar autonomia e cidadania do usuário. Tratar das especificidades da clínica de atenção psicossocial, de seu duplo eixo – clínico e político, da postura questionadora e reflexiva, do cuidado às necessidades do usuário, sua vulnerabilidade e sua noção de tempo diferenciada, assim como dos aspectos subjetivos do cuidado.

Vale ressaltar que, o município por ser de pequeno porte, não dispõe de **CAPS**, nossa referência é o CAPS da **Regional de Nossa Senhora da Glória/SE**.

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

O com fortalecimento da rede de serviço de saúde do município, este tem ampliado a oferta de serviço em consultas na especialidade de fisioterapia para o aprimoramento do serviço de assistência ambulatorial especializada, bem como, para reduzir custo de viagens e mais comodidade aos munícipes, com mais agilidade nos atendimentos e mais perto da comunidade, dando mais conforto, atendendo as demandas dos usuários do SUS, tanto na sede como na zona rural nas UBS, contamos com profissionais e espaço para atendimentos em:

ATENDIMENTO E PROCEDIMENTOS - FISIOTERAPIA

I QUADRIMESTRE 2023

CENTRO DE ESPECIALIDADE MEDICA					
PEC - e-SUS					
Período	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Atend. Individual	317	487	500	414	1.718
Proced Individ.	442	557	538	517	2.054
Total	759	1.044	1.038	931	3.772

II QUADRIMESTRE

CENTRO DE ESPECIALIDADE MEDICA					
PEC - e-SUS					
Período	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Atend. Individual	574	413	469	531	1.987
Proced Individ.	442	416	412	507	1.777
Total	1.016	829	881	1.038	3.764



Centro de
fisioterapia.pdf

III QUADRIMESTRE

CENTRO DE ESPECIALIDADE MEDICA					
PEC - e-SUS					
Período	Set	Out	Nov	Dez	Total
Atend. Individual	487	493	339	298	1.617
Proced. Individ.	501	666	512	360	2.039
Total	988	1.159	851	658	3.656

QUADRIMESTRAIS

CENTRO DE ESPECIALIDADE MEDICA				
PEC - e-SUS				
Período	I QUAD	II QUAD	III QUAD	<u>TOTAL</u>
Atend. Individ.	1.718	1.987	1.617	5.322
Proced. Individual	2.054	1.777	2.039	5.870
Total	3.772	3.764	3.656	11.192

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Os serviços de média e alta complexidade são ofertados pelos 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 do município fazer a regulação das demandas dos procedimentos via sistemas, visto que os usuários deverá fazer, tais procedimentos fora do município e por agendamento prévio regulado através da central de regulação, bem como também para alguns casos especiais a responsabilidade de garantir o transporte até o local destinado para a realização dos mesmos, para que dessa forma a garanta a continuidade da assistência e a integralidade dos cuidados 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, os de média e alta complexidade e as consultas em especialidades.

I QUADRIMESTRE - DEMONSTRATIVOS DE PROCEDIMENTOS:

MÉDIA ALTA COMPLEXIDADE

Procedimentos	Jan	Fev	Mar	Abri	Total
Exames laborat.	0	0	0	0	0
Usuários para exames	0	0	0	0	0
Audiometria	0	0	0	01	01
Consultas/Especializadas	18	31	09	20	78
Cadastros CNS	98	81	102	86	367
Cirurgias Eletivas	05	05	06	07	23
Densitometria Óssea	0	0	0	01	01
Ecografia	0	02	0	0	02
ECG	0	04	03	02	09
Endoscopia	0	0	01	0	01
Ultrassonografia	0	05	03	04	12
Tomografia	0	0	01	01	02
Cateterismo	0	0	03	01	04
Eletroneuromiografia	0	0	01	01	02
Colonoscopia	0	0	01	0	01
Ressonância	0	0	0	10	10
Pterígio	0	0	0	01	01
Total geral	122	128	130	135	515

II QUADRIMESTRE - DEMONSTRATIVOS DE PROCEDIMENTOS:					
Procedimentos	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Exames laborat.	0	1.314	861	1.383	3.558
Usuários para exames	0	156	85	157	398
Audiometria tonal	0	0	0	01	01
Eletrocardiograma	08	01	03	05	17
Ecocardiograma	01	0	0	07	08
Endoscopia	01	0	0	04	05
Mapa	01	0	0	0	01
Holter	01	0	0	0	01
Consultas/Especializadas	51	26	64	73	214
Cadastros CNS	119	94	82	101	396
Cirurgias Eletivas reguladas	16	02	07	05	30
Raio X	05	02	07	06	20
Ressonância	05	05	08	0	18
Ultrassonografia	11	04	22	19	56
Tomografia	01	03	0	0	04
Trans torácico	0	0	02	02	04
Troca gerador marcapasso	01	0	0	0	01
Cateterismo	0	01	0	01	02
Paquimetria	01	0	0	0	01
Colonoscopia	01	0	0	01	02
Pterígio	01	0	0	0	01
Punção tireoide	01	0	0	0	01
Vitrectomia	0	01	0	1	02

Mapa de retina	0	0	0	01	01
Pterígio	0	0	0	01	01
Retinografia	0	0	0	01	01
Curva tensional diária	0	0	0	02	02
Cintilografia	0	0	0	01	01
Espirometria	0	0	0	01	01
Total geral	225	1.609	1.141	1.773	4.748

III QUADRIMESTRE – DEMONSTRATIVOS DE PROCEDIMENTOS:					
Procedimentos	Set	Out	Nov	Dez	Total
Exames laborat.	0	0	01	0	01
Usuários para exames	90	60	0	0	150
Consultas/Especializadas	49	59	54	17	179
Cadastros CNS	84	98	101	92	375
Colonoscopia	01	0	0	0	01
Raio X	01	07	0	02	10
Punção aspirativa mamaria	01	0	0	0	01
Cintilografia	0	01	0	0	01
Potencial evocado auditivo	01	0	0	0	01
Audiometria tonal	0	01	0	0	01
Eletroneuromiografia	0	01	0	0	01
Curva tensional diária	01	0	01	0	02
Microscopia espec. Córnea	01	0	0	0	01
Mapeamento de retina	01	01	01	0	03

Histeroscopia diagnostico	0	01	0	0	01
Eletroneuromiografia	01	0	0	0	01
Cirurgias Eletivas ACONE	0	0	06	0	06
Histeroscopia diagnostico	01	0	0	0	01
Ecocardiografia trans torácico	04	01	02	0	07
Eletrocardiograma	03	01	0	01	05
Paquimetria	01	01	02	0	04
Eletroencefalograma	01	0	0	0	01
Endoscopia	02	01	01	01	05
Cirurgias Eletivas	12	07	0	0	19
Densitometria óssea	01	01	0	0	02
Holter	0	01	0	0	01
Espirometria	02	0	0	0	02
Tratamento de pterígio	01	0	0	0	01
Raio X	0	0	01	01	02
Teste ergométrico	01	0	0	0	01
Ressonância magnética	07	04	06	04	21
Retinografia	0	01	01	0	02
Ultrassonografia	16	14	20	09	59
Tomografia	01	01	0	0	02
Videolaringoscopia	0	02	03	0	05
TOTAL GERAL	283	264	200	126	875

QUADRIMESTRAIS - DEMONSTRATIVOS DE PROCEDIMENTOS				
Procedimentos	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Exames laborat.	0	3.558	01	3.559
Usuários para exames	0	398	150	548
Consultas/Especializadas	78	214	179	471
Cadastros CNS	367	396	375	1.138
Colonoscopia	01	02	01	04
Raio X	0	20	10	30
Punção aspirat. mamaria	0	0	01	01
Cintilografia	0	0	01	01
Potencial auditivo	0	0	01	01
Audiometria tonal	01	01	01	03
Curva tensional diária	0	02	01	03
Microscopia Córnea	0	0	02	02
Mapeamento de retina	0	01	03	04
Histeroscopia diagnostico	0	0	01	01
01Eletroneuromiografia	02	0	01	03
Cirurgias Eletivas	23	30	19	72
Histeroscopia diagnostico	0	0	01	01
Densitometria óssea	01	0	0	01
Ecocardiografia trans torácico	0	08	07	15
Eletrocardiograma	09	17	05	31
Paquimetria	0	01	04	05
Eletroencefalograma	0	0	01	01
Endoscopia	01	05	05	11

Densitometria óssea	0	0	02	02
Holter	0	01	01	02
Espirometria	0	01	02	03
Mapa	0	01	0	01
Tratamento de pterígio	0	0	01	01
Raio X	0	0	02	02
Teste ergométrico	0	0	01	01
Ressonância magnética	10	21	21	52
Retinografia	0	01	02	03
Ultrassonografia	12	56	59	127
Tomografia	02	04	02	08
Videolaringoscopia	0	0	05	05
Vitrectomia	0	02	0	02
Ecografia	02	08	0	10
Cateterismo	04	02	0	06
Pterígio	01	01	0	02
Cintilografia	0	01	0	01
Troca gerador marcapasso	0	01	0	01
Punção tireoide	0	01	0	01
Total geral	515	4.748	875	6.138

TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO (TFD).

O Tratamento Fora do Domicilio 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.

No caso do **TFD**, o **paciente** tem direito a acompanhante. Entretanto, é preciso comprovar que a **viagem** não pode ser feita sozinho para que essa pessoa também receba ajuda de custo. Assim, o pagamento só será feito se houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do **paciente** se deslocar desacompanhado.

A tabela **TFD** atualizada, o paciente recebe R\$ 24,75 para alimentação com pernoite; **R\$ 8,40 para alimentação sem pernoite**; R\$181,50, a cada 200 milhas, para viagem aérea; R\$3,70, a cada 27 milhas náuticas, para transporte fluvial e R\$ 4,75, **para cada 50 km, no deslocamento terrestre.**

TABELA DE PRÉ-REQUISITOS PARA PAGAMENTO DO TFD/USUÁRIOS

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 50 km 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 longa</p>
<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 apazamento 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; 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 pacientes com patologia crônica relacionadas abaixo:

- **Câncer**
- **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 **para cada deslocamento terrestre seja na regional ou na capital.**

BENEFICIÁRIOS DO TFD COM TRANSPORTE PARA ITABAIANA E/OU ARACAJU.

As tabelas abaixo demonstra os atendimentos com viagens e diárias pagas aos pacientes beneficiados com o TFD - tratamento fora do município em 2023, o município dispõe de carros para atender essa demanda nas datas agendadas.

TABELA DEMOSTRATIVA HEMODIÁLISE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA.

I QUADRIMESTRE - PACIENTES EM TRATAMENTOS					
Período	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Aracaju	05	01	02	06	14
Itabaiana	04	03	04	04	15
Total	09	04	06	10	29

PAGAMENTOS DE DIARIAS DE TRATAMENTO DO TFD					
Quantitativo	156	132	186	194	668
Valores	R\$ 2.620,80	R\$ 2.217,60	R\$ 3.124,80	R\$ 3.259,20	R\$ 11.222,40
VIAGENS PARA TRATAMENTO TFD					
Quantitativo	78	66	93	97	334

II QUADRIMESTRE - PACIENTES EM TRATAMENTOS					
Período	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Aracaju	02	03	0	01	06
Itabaiana	03	06	05	06	20
Total	05	09	05	07	26
PAGAMENTOS DE DIARIAS DE TRATAMENTO DO TFD					
Quantitativo	120	184	132	152	588
Valores	R\$ 2.016,00	R\$ 3.091,20	R\$ 2.217,60	R\$ 2.553,60	R\$ 9.878,40
VIAGENS PARA TRATAMENTO TFD					
Quantitativo	60	92	66	76	294

III QUADRIMESTRE - PACIENTES EM TRATAMENTOS					
Período	Set	Out	Nov	Dez	Total
Aracaju	03	0	01	02	06
Itabaiana	06	06	07	07	26
Total	09	06	08	09	32
PAGAMENTOS DE DIARIAS DE TRATAMENTO DO TFD					
Quantitativo	202	144	190	220	756

valores	R\$ 3.393,60	R\$ 2.419,20	R\$ 3.192,00	R\$ 3.696,00	R\$ 12.700,80
VIAGENS PARA TRATAMENTO TFD					
Quantitativo	101	72	95	110	378

QUADRIMESTRAIS - DEMONSTRATIVOS DE VIAGENS POR PACIENTES				
Período	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Aracaju	14	06	06	26
Itabaiana	15	20	26	61
Total	29	26	32	87
PAGAMENTOS DE DIARIAS DE TRATAMENTO DO TFD				
Quantitativos	668	588	756	2012
Valores	R\$ 11.222,40	R\$ 9.878,40	R\$ 12.700,80	R\$ 33.801,60
VIAGENS PARA TRATAMENTO TFD				
Quantitativo	334	294	378	1.006

QUADRIMESTRAIS - DEMONSTRATIVOS DE VIAGENS E DIARIAS POR PACIENTES				
Período	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Quantitativos	668	588	756	2012
Valores	R\$ 11.222,40	R\$ 9.878,40	R\$ 12.700,80	R\$ 33.801,60

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 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, insumos e medicamentos nos almoxarifados / **Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)** e nas farmácias/unidades básicas de saúde.

DEMONSTRATIVO DA CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

I QUADRIMESTRE DE 2023

ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS					
PERÍODO	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Entrada CAF Almoxarifado	20.000	27.227	216.370	101.970	365.567
Saída CAF Central	167.092	69.299	171.834	118.595	526.820
Almoxarifado Marieta Souza					
Entrada	16.405	11.714	34.090	24.654	86.863
Saída	27.989	13.027	22.831	28.888	92.735

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS POR UNIDADE E USUARIOS					
Localidades	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Direto do CAF	2.025	1.312	1.723	1.251	6.311

Usuários	29	27	30	21	107
Clínica Marieta Souza	84.777	69.272	85.714	72.351	312.114
Usuários	2.316	1.899	2.409	1.934	8.558
Pov. L. do Rocado	2.641	2.976	4.358	3.560	13.535
Usuários	63	65	83	65	276
Pov. Maravilha	8.153	2.257	7.650	5.313	23.373
Usuários	166	60	150	145	521





ALMOXARIFADO CENTRAL



FARMÁCIA DA MARIETA



II QUADRIMESTRE

COMPRAS DE MEDICAMENTOS E INSUMOAS POR UNIDADE					
Localidades	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Entrada CAF central	24.226	308.951	29.793	102.582	465.552
Saída CAF Central	177.838	110.991	139.712	133.062	561.603
ALMOXARIFADO DA MARIETA					
Entrada	23.178	32.861	25.657	19.565	101.261
Saída	17.291	21.123	37.230	16.937	92.581

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS POR UNIDADE E USUARIOS					
Localidades	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Dispensado direto do CAF	1.236	1.185	1.437	1.415	5.273
Usuários	27	21	23	30	101
Clínica Marieta	87.280	63.126	90.296	89.687	330.389
Usuários	2.197	1.645	2.461	2.533	8.836
Pov. L. do Rocado	3.391	3.027	3.423	3.590	13.431
Usuários	74	63	82	98	317
Pov. Maravilha	6.258	5.889	9.184	6.931	28.262
Usuários	202	134	185	208	729



farmacia.pdf



farmacia iii.pdf



farmarcia.pdf



farmacia i.pdf

ALMOXARIFADO CENTRAL



ALMOXARIFADO DA MARIETA



III QUADRIMESTRE

COMPRAS DE MEDICAMENTOS E INSUMOAS POR UNIDADE					
	Set	Out	Nov	Dez	Total
Entrada CAF Central	170.323	172.518	98.868	171.075	612.784
Saída CAF Central	114.666	145.658	107.505	73.701	441.530
ALMOXARIFADO DA MARIETA					
Entrada	46.942	28.305	29.522	32.130	136.899
Saída	32.478	37.736	40.935	13.383	124.532

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOAS POR UNIDADE /USUARIOS					
Localidades	Set	out	Nov	Dez	Total
ALMOXARIFADO DA MARIETA					
Dispensado direto do CAF	1.606	1.036	785	1.115	4.542
Usuários	26	22	18	27	93
CSF- Marieta Souza almoxa.	78.390	77.483	79.236	69.579	304.688
Usuários	2.166	2.142	2.212	1.834	8.354
Pov. Lagoa do Rocado	3.696	3.745	3.582	2.332	13.335
Usuários	92	96	92	113	393
Pov. Maravilha	5.183	6.546	7.301	2.332	21.362
Usuários	158	218	180	113	669

QUADRIMESTRAIS

CAF - MEDICAMENTOS E INSUMOS				
Localidades	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Entrada CAF central	365.567	465.552	612.784	1.443.903
Saída CAF Central	526.820	561.603	441.530	1.529.953
ALMOXARIFADO MARIETA SOUZA ANDRADE				
Entrada	86.863	101.261	136.899	325.023
Saída	92.735	92.581	124.532	309.848

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS - UNIDADES DE SAÚDE

DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS E MEDICAMENTOS POR UNIDADES NAS UBSs				
	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Direto do CAF	6.311	5.273	4.542	16.126
Clínica Marieta	312.114	330.389	304.688	947.191
Pov. L. do Rocado	13.535	13.431	13.335	40.301
Pov. Maravilha	23.373	28.262	21.362	72.997
TOTAL	355.333	377.355	343.927	1.076.615
BENEFICIADOS COM MEDICAMENTOS / INSUMOS				
Direto do CAF	107	101	93	301
Clínica Marieta	8.558	8.836	8.354	25.748
Pov. L. do Rocado	276	317	393	986
Pov. Maravilha	521	729	669	1.919
TOTAL	9.462	9.983	9.509	28.954

DISPENSAÇÃO POR USUARIOS E POR MEDICAMENTOS E INSUMOS				
	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Usuários	9.462	9.983	9.509	28.954
Medicamentos e Insumos	355.151	377.355	343.927	1.076.615

ALMOXARIFADO MARIETA SOUZA ANDRADE







CAF - CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO



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.

No âmbito municipal compete a vigilância em saúde a alimentação, **monitoramento** dos seguintes **sistemas**:

- **Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL**
- **Monitorização de Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)**
- **Sistema de Informação de agravos e notificações - SINAN**

- **Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações - SIPNI**
- **Sistema de informações sobre mortalidade – SIM**
- **Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC)**

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 se enquadra 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 é 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 como 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.

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIA

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)**.

PANDEMIA

Pandemia, palavra de origem grega, foi usada pela primeira vez por Platão com um sentido genérico, referindo-se a qualquer acontecimento capaz de **alcançar toda a população**, e o seu conceito moderno é o de uma epidemia de grandes proporções, que se espalha a vários países, em mais de dois continentes, aproximadamente ao mesmo tempo, como foi a **Gripe Espanhola**, a **Influenza H1N1** e, a mais recente, do **COVID-19** a pior, pois contaminou e matou milhões de pessoas em todos continentes em espaço muito curto, quando um paciente estar muito debilitado com

o agravo, o tempo as chances são pouquíssimas, para muitos é um acontecimento apocalíptico, além das percas humanas, houve uma queda brusca na economia global, gerando grandes transtornos, prejuízos e desempregos . A disseminação dar-se-á por maior mobilidade de pessoas e o número de viagens realizado em todo o planeta são as principais causas pela qual uma pandemia pode ser desencadeada em tempo real. São necessários grandes esforços das autoridades de saúde, dos governantes e da população em geral, em escala global. **A Covid -19** se alastrou e afetou todas as nações ricas e pobres, o maior **desastre da humanidade** do **século XXI**, a ciência e especialistas em saúde faz a corrida pela busca de soluções em curto prazo, mas a doença tem uma modificação genética muita acelerada, antes da ciência chegar a um consenso, novas variações já circulam em vários países, tudo ainda é novo para a ciência.

AGENTE ETIOLÓGICO

O **agente etiológico**, também chamado de patógeno, é o organismo responsável por provocar a doença, ou seja, é o que desencadeia os sinais e sintomas típicos de um determinado problema de saúde, são aqueles capazes de poder desencadear vários sinais bem como sintomas de uma determinada patologia. Com isso, pode-se até mesmo dizer que, como uma característica geral, eles são organismos causadores doença.

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- ACIDENTE COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

Animais peçonhentos são reconhecidos como aqueles que produzem ou modificam algum veneno e possuem algum aparato para injetá-lo na sua presa ou predador. Os principais animais peçonhentos que causam acidentes no Brasil são algumas espécies de **serpentes**, de **escorpiões**, de **aranhas**, de **lepidópteros** (mariposas e suas larvas), de **himenópteros** (abelhas, formigas e vespas), de coleópteros (besouros), de quilópodes (lacraias), de peixes, de cnidários (águas-vivas e caravelas), entre outros. Os animais peçonhentos de interesse em saúde pública podem ser definidos como aqueles que causam acidentes classificados pelos médicos como moderados ou graves. Os acidentes por animais peçonhentos e, em particular, os acidentes ofídicos foram incluídos, pela **Organização Mundial da Saúde - OMS**, na lista das doenças tropicais negligenciadas que acometem, na maioria dos casos, populações pobres que vivem em áreas rurais. Em agosto de 2010, o agravo foi incluído na **Lista de Notificação de Compulsória (LNC)** do Brasil, publicada na **Portaria Nº 2.472 de 31 de agosto de 2010** (ratificada na Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011). Essa importância se dá pelo alto número de notificações registras no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo acidentes por animais peçonhentos um dos agravos mais notificados.

3- ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

O acidente com **material biológico** consiste na exposição de uma pessoa a sangue ou secreções através da pele, das mucosas (olhos, boca e nariz) ou de lesão perfuro-cortante com agulhas, instrumental cirúrgico e vidros contendo secreções.

4 - 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.

5 - 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.

6 – CHIKUNGUNYA

A Febre de Chikungunya é uma arboviroses 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.

7 – 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).

8 – 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.

9 – ESQUISTOSSOMOSE

É uma doença parasitária, diretamente relacionada ao saneamento precário, causada pelo *Schistosoma mansoni*. A pessoa adquire a infecção quando entra em contato com água doce onde existam caramujos infectados pelos vermes causadores da esquistossomose

10 - HANSENIASE

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o **Mycobacterium leprae (M. Leprae)**. Esse bacilo tem a capacidade de

infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem. A doença atinge pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas.

11 - INTOXICAÇÃO EXÓGENA

A "intoxicação exógena" Trata-se do aparecimento de sinais e sintomas devido ao contato com **substâncias químicas** que prejudicam o organismo das pessoas, podendo provocar danos graves e até a morte.

12 - SARAMPO

O 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

- 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.

13 - SÍNDROME GRIPAL

Caso de SÍNDROME GRIPAL (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos, diarreia.

14 - SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL

O corrimento uretral é uma síndrome clínica com identificação de um grupo de sintomas e de sinais comuns a determinadas infecções (síndromes), caracterizada por corrimento de aspecto que varia de mucoide a purulento, com volume variável, podendo estar associado a dor uretral (independentemente da micção), disuria

15 – 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.

16 - 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.

17 –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.

18 -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).

19 - 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.

20 – 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.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS E NOTIFICAÇÕES - SINAN

I QUADRIMESTRE

AGRAVO		Jan	Fev	Mar	Abr	Total
1	Acidente trabalho expo. Mat. biológico	0	0	0	0	0
2	Atendimento antirrábico	02	02	03	0	07
3	Acidente por animais peçonhentos	01	0	01	0	02
4	AIDS/HIV	0	0	0	0	0
5	Intoxicação exógena	0	02	0	0	02
6	Violencia interpersonal / auto provocada	0	0	0	03	03
7	Síndrome corrimento uretral	0	0	01	01	02
8	Sífilis em gestante	0	0	01	0	01
9	Sífilis em adulto	0	02	05	0	07
10	Sífilis congênita	0	0	0	0	0
11	Toxoplasmose	0	0	0	0	0
12	Toxoplasmose congênita	01	0	0	0	01
13	Doença aguda pelo vírus zika	0	0	0	06	06
14	Dengue	23	49	0	0	72

15	Chikungunya	14	41	0	0	55
16	Acidente de trabalho grave	01	0	0	0	01
17	Tuberculose	0	0	0	0	0
18	Varicela	0	0	0	0	0
19	Violência interpessoal/autoprovocada	01	01	0	0	02
20	zika	0	0	0	0	0
Total		43	97	11	10	161

II QUADRIMESTRE

AGRAVO		Mai	Jun	Jul	Ago	Total
1	Acidente trabalho exp. mat. biológico	0	0	0	0	0
2	Atendimento antirrábico	01	04	05	02	12
3	Acidente por animais peçonhentos	01	02	02	02	07
4	AIDS/HIV	0	0	0	0	0
5	Intoxicação exógena	01	01	0	0	02
6	Violencia interpersonal / auto provocada	02	05	03	01	11
7	Síndrome corrimento uretral	0	0	0	0	0
8	Sífilis em gestante	0	0	01	01	02
9	Sífilis em adulto	0	0	0	01	01
10	Sífilis congênita	0	0	0	0	0
11	Toxoplasmose	0	0	0	0	0
12	Toxoplasmose congênita	0	0	0	0	0
13	Doença aguda pelo vírus zika	0	0	03	02	05
14	Dengue	02	0	04	05	11
15	Chikungunya	02	0	04	05	11
16	Acidente de trabalho grave	05	01	04	0	10
17	Tuberculose	0	0	0	0	0
18	Varicela	0	0	0	0	0
19	zika	0	0	0	0	0
TOTAL		14	13	26	19	72

III QUADRIMESTRE

AGRAVO		Set	Out	Nov	Dez	Total
01	Acidente de trab. expo. mat. Biolog.	02	0	0	0	02
02	Atendimento antirrábico	02	03	08	01	14
03	Acidente por animais peçonhentos	01	04	01	01	07
04	AIDS/HIV	0	01	0	0	01
05	Intoxicação exógena	0	01	0	0	01
06	Violencia interpersonal / auto provocada	03	06	05	02	16
07	Síndrome corrimento uretral	0	0	0	0	0
08	Sífilis em gestante	0	0	01	0	01
09	Sífilis em adulto	01	0	0	0	01
10	Sífilis congênita	0	0	0	0	0
11	Toxoplasmose	0	01	0	0	01
12	Toxoplasmose congênita	0	0	0	0	0
13	Doença aguda pelo vírus zika	06	0	01	0	07
14	Dengue	13	01	0	0	14
15	Chikungunya	10	01	0	0	11
16	Acidente de trabalho grave	0	03	03	0	06
17	Tuberculose	01	01	0	01	03
18	Varicela	0	0	0	0	0
19	Herpes genital	0	0	0	0	0
20	Esquistossomose	01	0	0	0	01
21	Hanseníase	0	01	01	01	03
22	Zika	0	0	0	0	0
Total		40	23	20	06	89

QUADRIMESTRAIS

AGRAVO		I Quad	II Quad	III Quad	Total
1	Acidente de trab. expo. mat. Biolog.	0	0	02	02
2	Atendimento antirrábico	07	12	14	33
3	Acidente por animais peçonhentos	02	07	07	16
4	AIDS/HIV	0	0	01	01
5	Intoxicação exógena	02	02	01	05
6	Violencia interpersonal auto provocada	03	11	16	30
7	Síndrome corrimento uretral	02	0	0	02
8	Sífilis em gestante	01	02	01	04
9	Sífilis em adulto	07	01	01	09
10	Sífilis congênita	0	0	0	0
11	Toxoplasmose	0	0	01	01
12	Toxoplasmose congênita	01	0	0	01
13	Doença aguda pelo vírus zika	06	05	07	18
14	Dengue	72	11	14	97
15	Chikungunya	55	11	11	77
16	Acidente de trabalho grave	01	10	06	17
17	Tuberculose	0	0	03	03
18	Varicela	0	0	0	0
19	Herpes Genital	02	0	0	02
20	Esquistossomose	0	72	01	73
21	Hanseníase	0	0	03	03
22	Zika	0	0	0	0
Total		161	72	89	322

SEMANAS EPIDEMIOLOGICA

I QUADRIMESTRE



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: 2023 Da Semana: 01 Até Semana: 22

UF: SE Município: MONTE ALEGRE DE SERGIPE

Unidade: CLINICA DA FAMILIA MARIETA SOUZA ANDRADE

Semana	Individual	Surto	Epizootia	Negativa	Sem notificação informada
202301	X				
202302	X				
202303	X				
202304				X	
202305				X	
202306	X				
202307	X				
202308				X	
202309	X				
202310	X				
202311	X				
202312	X				
202313				X	
202314	X				
202315	X				
202316	X				
202317	X				
202318				X	
202319	X				
202320	X				
202321				X	
202322	X				

II QUADRIMESTRE



Ocorrência de Notificação por Semana Epidemiológica

Ano: 2023 Da Semana: 01 Até Semana: 34

UF: SE Município: MONTE ALEGRE DE SERGIPE

Unidade: Semana	Individual	Surto	Epizootia	Negativa	Sem notificação informada
202301	X			X	
202302	X			X	
202303	X			X	
202304				X	
202305				X	
202306	X			X	
202307	X			X	
202308				X	
202309	X			X	
202310	X			X	
202311	X			X	
202312	X			X	
202313				X	
202314	X			X	
202315	X			X	
202316	X			X	
202317	X			X	
202318	X			X	
202319	X			X	
202320	X			X	
202321	X			X	
202322	X			X	
202323	X			X	
202324	X			X	
202325				X	
202326	X			X	
202327	X			X	
202328	X			X	
202329	X			X	
202330	X			X	
202331	X			X	
202332	X			X	
202333				X	
202334	X			X	

III QUADRIMESTRE



Ocorrências de Notificação por Semana Epidemiológica

Ano: 2023 Da Semana: 01 Até Semana: 52

UF: SE Município: MONTE ALEGRE DE SERGIPE

Unidade: Semana	Individual	Surto	Epizootia	Negativa	Sem notificação informada
202301	X			X	
202302	X			X	
202303	X			X	
202304				X	
202305				X	
202306	X			X	
202307	X			X	
202308				X	
202309	X			X	
202310	X			X	
202311	X			X	
202312	X			X	
202313				X	
202314	X			X	
202315	X			X	
202316	X			X	
202317	X			X	
202318	X			X	
202319	X			X	
202320	X			X	
202321	X			X	
202322	X			X	
202323	X			X	
202324	X			X	
202325				X	
202326	X			X	
202327	X			X	
202328	X			X	
202329	X			X	
202330	X			X	
202331	X			X	
202332	X			X	
202333	X			X	
202334	X			X	
202335	X			X	
202336	X			X	
202337	X			X	
202338	X			X	
202339	X			X	
202340	X			X	
202341	X			X	
202342	X			X	
202343	X			X	
202344	X			X	
202345	X			X	
202346	X			X	
202347	X			X	
202348	X			X	
202349	X			X	
202350	X			X	
202351	X			X	
202352	X			X	

Nota: No presente relatório são listados apenas Municípios/Unidades de Saúde que têm alguma informação, seja individual ou neg período solicitado. Os demais não serão listados.

Emitido em: 07/02/2024

RELATÓRIO DO LACEN

I QUADRIMESTRE - EXAMES		Jan	Fev	Mar	Abr	Total
1	Brucelose, IgG/ELISA	0	0	0	0	0
2	Bactéria, Cultura/COPRO	0	0	02	03	05
3	Chikungunya, Biologia Molecular / RTTR	05	30	64	38	137
4	Chikungunya, IgM/ELISA	0	0	0	15	15
5	COVID-19, Biologia Molecular / RTTR	0	0	0	01	01
6	Chlamydia IgM/Eliza	0	0	0	01	01
7	Chlamydia IgG/Eliza	0	0	0	01	01
8	Dengue, Biologia Molecular / RTTR	05	30	64	01	100
9	Dengue, IgM/ELISA	04	0	0	0	04
10	Hanseníase/COLZN	0	0	0	38	38
11	Hepatite B, HbsAG/ELISA	26	19	28	0	73
12	Hepatite C, Anti HCG/ELISA	26	19	28	0	73
13	HIV/ELISA	28	27	31	10	96
14	HTLV I/II, Vírus Linfotrópico Humano tipo I e II/ELISA	28	27	31	10	96
15	Leishmaniose Visceral Humana, Teste Rápido/IMCR	03	0	01	15	16
16	Rubéola	0	0	04	15	19
17	Sarampo, IgM/ELISA	0	01	05	01	07
18	Sífilis/ELTQL	0	01	06	01	08
19	Sífilis Total/ELISA	28	27	31	0	76
20	Toxoplasmose, Avidéz IgG/Cmia	02	0	0	02	04
21	Toxoplasmose, IgG/ELISA	28	27	31	15	101

22	Toxoplasmose, IgG/ELTQL	02	0	0	01	03
23	Toxoplasmose, IgM/ELISA	28	27	0	15	70
24	Toxoplasmose, IgM/ELTQL	02	0	0	0	02
25	Tuberculose, Baciloscopia/COLZN	0	0	0	15	15
26	Tuberculose, Cultura/CULMB	0	0	0	0	0
27	Tuberculose, Teste Rápido molecular/PCRTR	0	02	0	0	02
28	VDRL/FLORC	01	02	11	0	14
29	Zika, Biologia Molecular / RTTR	05	30	64	01	100
30	Zika, IgM/ELISA	04	0	0	0	04
Total		225	269	401	199	1.084

II QUADRIMESTRE EXAME		Mai	Jun	Jul	Ago	Total
1	Brucelose, IgG/ELISA	0	0	0	0	0
2	Bactéria, Cultura/COPRO	0	0	0	0	0
3	Chikungunya, Biologia Molecular / RTTR	0	0	0	04	04
4	Chikungunya, IgM/ELISA	0	0	01	01	02
5	Clamídia, IgG/ELISA	0	0	0	01	01
6	Clamídia, IgM/ELISA	0	0	01	0	01
7	COVID-19, Biologia Molecular / RTTR	0	0	0	0	0
8	Dengue, Biologia Molecular / RTTR	0	0	01	04	05
9	Dengue, IgM/ELISA	0	0	02	0	02
10	Hanseníase/COLZN	0	03	01	03	07
11	Hepatite B, Anti HBc Total/ECLIA	0	0	0	01	01
13	Hepatite B, Anti HBs /ECLIA	0	0	0	01	01
14	Hepatite B, HbsAG/ELISA	22	14	24	31	81

15	Hepatite C, Anti HCV /ECLIA	0	0	0	01	01
16	Hepatite C, Anti HCG/ELISA	22	14	24	31	81
17	Herpes Vírus, IgG/ELISA	0	0	01	0	01
18	Herpes Vírus, IgM/ELISA	0	0	01	0	01
19	HIV/ELISA	35	18	28	39	120
20	HTLV I e II/ETQL	0	0	0	01	01
21	HTLV I/II Vírus Linfot. Humano tipo I II/ELISA	35	18	29	38	119
22	Leishmaniose Visce. Hu, Teste Rápido/IMCR	0	0	0	0	0
23	Rubéola, IgM/ELISA	10	0	0	0	10
24	Sarampo, IgM/ELISA	11	0	0	0	11
25	Sarampo, IgG/ELISA	11	0	0	0	11
26	Sífilis/ELTQL	03	0	01	01	05
27	Sífilis Total/ELISA	35	18	29	38	119
28	Toxoplasmose, Avidéz IgG/Cmia	02	01	03	0	04
29	Toxoplasmose, IgG/ELISA	35	18	29	38	119
30	Toxoplasmose, IgG/ELTQL	02	0	02	0	04
31	Toxoplasmose, IgM/ELISA	35	18	29	38	119
32	Toxoplasmose, IgM/ELTQL	02	0	02	0	04
32	Tuberculose, Baciloscopia/COLZN	0	0	01	0	01
33	Tuberculose, Cultura/CULMB	0	0	0	0	0
34	Tuberculose, Teste Rápido molecular/PCRTR	0	0	01	0	01
34	VDRL/FLORC	06	0	04	5	15
36	Zika, Biologia Molecular / RTTR	0	0	01	4	05
37	Zika, IgM/ELISA	0	0	01	1	02
Total		266	122	216	281	885

III QUADRIMESTRE EXAME		Set	Out	Nov	Dez	Total
1	Brucelose, IgG/ELISA	0	0	0	0	0
2	Bactéria, Cultura/COPRO	0	0	0	0	0
3	Chikungunya, Biologia Molecular / RTTR	11	0	01	01	13
4	Chikungunya, IgM/ELISA	0	0	03	02	05
5	Clamídia, IgG/ELISA	0	0	0	0	0
6	Clamídia, IgM/ELISA	0	0	0	0	0
7	COVID-19, Biologia Molecular / RTTR	0	0	0	0	0
8	Dengue, Biologia Molecular / RTTR	11	0	01	01	13
9	Dengue, IgM/ELISA	0	01	01	02	04
10	Hanseníase/COLZN	0	0	01	0	01
11	Hepatite B, Anti HBsAg/ECLIA	0	03	0	03	06
13	Hepatite B, Anti HBc Total/ECLIA	0	03	0	03	06
14	Hepatite B, Anti HBs /ECLIA	18	25	21	15	79
15	Hepatite B, HbsAG/ELISA	0	03	0	03	06
16	Hepatite C, Anti HCV /ECLIA	18	25	21	15	79
17	Hepatite C, Anti HCG/ELISA	0	01	0	01	02
18	Herpes Vírus, IgG/ELISA	0	01	0	01	02
19	Herpes Vírus, IgM/ELISA	30	32	23	19	104
20	HIV/ELISA	0	04	0	0	04
21	HTLV I e II/ETQL	0	01	0	0	01
22	HIV/IMBLT	0	0	0	0	0
23	HTLV I/II, Vírus Linf. Humano tipo I e II/ELISA	0	32	23	19	74
24	Leis. Visceral Humana, Teste Rápido/IMCR	0	0	0	0	0
25	Rubéola, IgM/ELISA	0	0	0	0	0

26	Sarampo, IgM/ELISA	0	0	0	0	0
27	Sarampo, IgG/ELISA	02	0	0	0	02
28	Sífilis/ELTQL	30	05	01	01	37
29	Sífilis Total/ELISA	0	32	23	0	55
30	Toxoplasmose, Avidéz IgG/ELIZA	30	01	01	01	33
31	Toxoplasmose, IgG/ELISA	0	32	23	19	74
32	Toxoplasmose, IgG/ELTQL	30	01	02	01	34
32	Toxoplasmose, IgM/ELISA	0	32	23	19	74
33	Toxoplasmose, IgM/ELTQL	0	01	02	01	04
34	Tuberculose, Baciloscopia/COLZN	0	0	01	01	02
34	Tuberculose, Cultura/CULMB	0	0	0	01	01
36	Tuberculose, Teste Rápido molecular/PCRTR	04	02	12	01	19
37	VDRL/FLORC	11	09	05	09	34
38	Zika, Biologia Molecular / RTTR	01	0	01	01	03
39	Zika, IgM/ELISA	0	01	01	02	04
Total		226	247	190	161	824

QUADRIMESTRAIS		I	II	III	Total
1	Brucelose, IgG/ELISA	0	0	0	0
2	Bactéria, Cultura/COPRO	05	0	0	05
3	Chikungunya, Biologia Molecular / RTTR	137	04	13	154
4	Chikungunya, IgM/ELISA	15	02	05	22
5	Clamídia, IgG/ELISA	01	01	0	02
6	Clamídia, IgM/ELISA	01	01	0	02
7	COVID-19, Biologia Molecular / RTTR	01	0	0	01
8	Dengue, Biologia Molecular / RTTR	100	05	13	118

9	Dengue, IgM/ELISA	04	02	04	10
10	Hanseníase/COLZN	38	07	01	46
11	Hepatite B, Anti HBc Total/ECLIA	0	01	06	07
13	Hepatite B, Anti HBs /ECLIA	0	01	06	07
14	Hepatite B, HbsAG/ELISA	73	81	79	233
	Hepatite B, HbsAG/ELISA	0	0	06	06
15	Hepatite C, Anti HCV /ECLIA	0	01	79	80
16	Hepatite C, Anti HCG/ELISA	73	81	02	156
17	Herpes Vírus, IgG/ELISA	0	01	02	03
18	Herpes Vírus, IgM/ELISA	0	01	104	105
19	HIV/ELISA	96	120	04	220
20	HTLV I e II/ETQL	0	01	01	02
21	HTLV I/II, Vírus Linf. Humano tipo I e II/ELISA	96	119	74	289
22	Leish. Visceral Humana, Teste Rápido/IMCR	16	0	0	16
23	Rubéola, IgM/ELISA	19	10	0	29
24	Sarampo, IgM/ELISA	07	11	0	18
25	Sarampo, IgG/ELISA	0	11	02	13
26	Sífilis/ELTQL	08	05	37	50
27	Sífilis Total/ELISA	76	119	55	250
28	Toxoplasmose, Avidéz IgG/Cmia	04	04	33	41
29	Toxoplasmose, IgG/ELISA	101	119	74	294
30	Toxoplasmose, IgG/ELTQL	03	04	34	41
31	Toxoplasmose, IgM/ELISA	70	119	74	263
32	Toxoplasmose, IgM/ELTQL	02	04	04	10
32	Tuberculose, Baciloscopia/COLZN	15	01	02	18
33	Tuberculose, Cultura/CULMB	0	0	01	01

34	Tuberculose, Teste Rápido molecular/PCRTR	02	01	19	22
34	VDRL/FLORC	14	15	34	63
36	Zika, Biologia Molecular / RTTR	100	05	03	108
37	Zika, IgM/ELISA	04	02	04	10
Total		1.084	885	824	2.793

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NASCIDO VIVO

I QUAD	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Nascidos vivos	15	09	13	11	48
Pré natal 7 ou mais	09	08	10	10	37
Feminino	08	03	04	04	19
Masculino	07	06	09	07	29
IG 37 a 41s	15	08	12	10	45
<19 anos	02	0	04	01	07

II QUAD	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Nascidos vivos	28	20	26	09	83
Pré natal 7 ou mais	21	14	19	07	61
Feminino	17	07	14	05	53
Masculino	11	13	12	04	40
IG 37 a 41s	24	19	21	06	70
<19 anos	05	0	21	0	26

III QUAD	Set	Out	Nov	Dez	Total
Nascidos vivos	20	09	07	01	36
Pré natal 7 ou mais	15	05	07	01	28
Feminino	09	04	02	00	15
Masculino	11	05	05	01	22
IG 37 a 41s	18	08	05	01	32
<19 anos	05	01	01	00	07

QUADRIMESTRAIS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Nascidos vivos	48	83	36	167
Pré natal 7 ou mais	37	61	28	126
Feminino	19	53	15	87
Masculino	29	40	22	91
IG 37 a 41s	45	70	32	147
<19 anos	07	26	07	40



NASCIDOS VIVOS
2023.pdf

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ÓBITOS

I QUAD	JAN	FEV	MAR	ABR	Total
Nº óbitos	05	05	06	06	21
Masculino	02	01	04	03	10
Feminino	03	04	02	03	11
Ocorreu no município	03	03	02	06	14
>60	04	03	03	05	15

II QUAD	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Nº óbitos	09	06	04	03	22
Masculino	06	03	03	02	14
Feminino	03	03	01	01	08
Ocorreu no município	02	02	03	01	08
>60	06	04	03	01	14

III QUAD	Set	Out	Nov	Dez	Total
Nº óbitos	06	10	03	04	19
Masculino	03	09	03	03	15
Feminino	03	01	0	01	04
Ocorreu no município	04	07	01	04	12
>60	03	10	01	02	14

QUADRIMESTRAIS	I QUAD	II QUAD	II QUAD	Total
Nº óbitos	21	22	19	62
Masculino	10	14	15	39
Feminino	11	08	04	23
Ocorreu no município	14	08	12	34
>60	15	14	14	43



Óbitos 2023.pdf

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO.

SIPNI - SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES.

O SI-PNI é formado por um **conjunto de sistemas**: Avaliação do Programa de Imunizações - API. Registra, por faixa etária, as doses de imunobiológicos aplicadas e calcula a cobertura vacinal, por unidade básica, município, regional da Secretaria Estadual de Saúde, estado e país. Fornece informações sobre rotina e campanhas, taxa de abandono e envio de boletins de imunização. Pode ser utilizado nos âmbitos federal, estadual, regional e municipal.

- ✓ Estoque e Distribuição de Imunobiológicos - **EDI**. Gerencia o estoque e a distribuição dos imunobiológicos. Contempla o âmbito federal, estadual, regional e municipal.
- ✓ Eventos Adversos Pós-vacinação - **EAPV**. Permite o acompanhamento de casos de reação adversa ocorridos pós-vacinação e a rápida identificação e localização de lotes de vacinas. Para a gestão federal, estadual, regional e municipal.
- ✓ Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão - **PAIS**. Sistema utilizado pelos supervisores e assessores técnicos do PNI para padronização do perfil de avaliação, capaz de agilizar a tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão dos estados.

- ✓ Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação - PAISSV. Sistema utilizado pelos coordenadores estaduais de imunizações para padronização do perfil de avaliação, capaz de agilizar a tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão das salas de vacina.
- ✓ Apuração dos Imunobiológicos Utilizados - AIU. Permite realizar o gerenciamento das doses utilizadas e das perdas físicas para calcular as perdas técnicas a partir das doses aplicadas. Desenvolvido para a gestão federal, estadual, regional e municipal.
- ✓ Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais - **SICRIE**. Registra os atendimentos nos CRIEs e informa a utilização dos imunobiológicos especiais e eventos adversos.

COBERTURA VACINAL

IMUNOBIOLIGO	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
BCG	0	0	02	01	03
DTP/HB/Hib	70	47	76	54	247
Dupla adulto	39	54	59	37	189
Febre amarela	189	139	431	250	1.009
HPV Quadrivalente	33	35	54	25	147
Hepatite A Pediátrica	25	11	37	19	92
Hepatite B	37	44	53	31	165
Meningocóc conjug. C	72	54	73	56	255
Pneumocócica 10V	76	46	74	57	253

Poliomielite inativada	69	48	77	54	248
Poliomielite (Bivalente)	55	28	61	40	184
Raiva cultivo celular	12	06	16	04	38
dTpa	12	33	25	19	89
Tríplice viral	47	32	59	41	179
Vacina rotav. humano	49	27	48	37	161
Varicela	45	35	58	43	181
DTP	31	38	69	44	182
Meningocócica ACWY	12	14	25	16	67
Influenza trivalente	16	03	-	1.034	1.053
Total	892	694	1.297	1.871	4.754

IMUNOBIOLOGICO	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
BCG	01	04	01	01	07
DTP/HB/Hib	56	46	73	57	232
Dupla adulto	54	42	58	74	228
Febre amarela	648	201	175	239	1.263
HPV Quadrivalente	86	28	64	84	262
Hepatite A Pediátrica	32	15	33	22	102
Hepatite B	42	44	46	43	175
Meningocócica conj. C	68	30	67	78	243
Pneumocócica 10V	55	44	69	61	229
Poliomielite inativada	57	46	73	57	233
Poliomielite (Bivalente)	66	29	60	58	213
Raiva cultivo celular	10	16	19	20	65

Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe
Secretaria Municipal de Saúde
E-mail: saudealegre2020@hotmail.com

dTpa	14	17	20	21	72
Tríplice viral	50	23	56	50	179
Vacina rotav. humano	36	30	48	33	147
Varicela	71	28	64	58	221
DTP	72	29	65	57	223
Meningocócica ACWY	40	22	38	52	152
Influenza trivalente	2.258	486	423	318	3.485
Total	3.716	1.180	1.462	1.383	7.731

IMUNOBIOLOGICO	Set	Out	Nov	Dez	Total
BCG	05	03	0	03	11
DTP/HB/Hib	68	56	78	53	255
Dupla adulto	58	55	58	35	206
Febre amarela	169	449	80	51	749
HPV Quadrivalente	85	131	22	20	258
Hepatite A Pediátrica	19	22	16	15	72
Hepatite B	41	40	34	30	145
Meningocócica conj. C	54	76	57	50	237
Pneumocócica 10V	73	63	65	42	243
Poliomielite inativada	69	56	69	53	247
Poliomielite (Bivalente)	41	55	27	29	152
Raiva cultivo celular	20	05	17	03	45
dTpa	20	23	17	16	76
Tríplice viral	43	48	32	25	148
Vacina rotav. humano	51	42	48	33	174

Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe
Secretaria Municipal de Saúde
E-mail: saudealegre2020@hotmail.com

Varicela	48	57	30	29	164
DTP	47	62	29	53	191
Meningocócica ACWY	51	98	06	11	166
Influenza trivalente	80	25	19	14	138
Total	1.042	1.366	696	550	3.654

IMUNOBIOLOGICOS	I QUAD	II QUAD	III QUAD	Total
BCG	03	07	11	21
DTP/HB/Hib	247	232	255	734
Dupla adulto	189	228	206	623
Febre amarela	1.009	1.263	749	3.021
HPV Quadrivalente	147	262	258	667
Hepatite A Pediátrica	92	102	72	266
Hepatite B	165	175	145	485
Meningocócica conj. C	255	243	237	735
Pneumocócica 10V	253	229	243	725
Poliomielite inativada	248	233	247	728
Poliomielite (Bivalente)	184	213	152	549
Raiva cultivo celular	38	65	45	148
dTpa	89	72	76	237
Tríplice viral	179	179	148	506
Vacina rotav. humano	161	147	174	482
Varicela	181	221	164	566
DTP	182	223	191	596
Meningocócica ACWY	67	152	166	385

Influenza trivalente	1.053	3.485	138	4.676
Total	4.754	7.731	3.654	16.139



Cobertura vacinal
anual 2023.pdf

COVID – 19

CAUSA

Os coronavírus são uma grande família de vírus que causam doenças que variam do resfriado comum a doenças mais graves, como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-3).

A COVID-19 é a doença do coronavírus provocada por uma cepa descoberta em 2019, que não havia sido identificada anteriormente em seres humanos.

PREVENÇÃO

A principal e mais eficaz recomendação para reduzir o número de mortes e casos graves da doença é a vacinação. Todas as vacinas aprovadas para uso no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) são comprovadamente seguras e eficazes. É extremamente importante manter o esquema de vacinação completo, incluindo doses de reforço.

Outras medidas amplamente disseminadas durante a pandemia do COVID-19 podem ser mantidas para prevenir a COVID-19 e outras doenças respiratórias. Essas recomendações incluem:

- Lavagem regular das mãos;
- Cobrir boca e nariz com a parte interna do cotovelo ou com lenço descartável ao tossir e espirrar
- Evitar contato próximo com pessoas que apresentem sintomas gripais.

Além disso, é recomendado o uso de máscaras para pessoas com sintomas respiratórios ou positivos para COVID-19. A utilização de máscaras também é uma orientação em caso de contato com pessoas diagnosticadas com COVID-19 durante o período de transmissibilidade da doença – últimos 10 dias.

Os sintomas mais comuns da COVID-19 incluem:

- Febre
- Calafrios
- Dor de garganta

Outros sinais que são menos comuns e que podem afetar alguns pacientes são:

- Sintomas respiratórios;
- Dores no corpo e de cabeça;
- Fadiga severa ou cansaço;
- Náuseas;
- Dormência;
- Perda de apetite;

- Tontura;
- Tosse persistente;
- Dificuldades para dormir;
- Falta de ar;
- Perda ou alteração do olfato ou paladar.

Pessoas com casos graves da doença podem apresentar dificuldades para respirar, dor persistente ou pressão no peito, perda da consciência, palidez e perda da fala ou dos movimentos.

Algumas pessoas são infectadas, mas não apresentam sintomas e não se sentem mal. A maioria das pessoas que contraem o coronavírus se recupera sem precisar de tratamento especial.

Pessoas com problemas crônicos – como pressão alta, diabetes e doenças cardíacas, pulmonares, hepáticas ou reumatológicas – têm maior probabilidade de desenvolver a forma grave da doença. Pacientes que vivem com HIV e pessoas com câncer também correm maior risco quando têm COVID-19.

Ao apresentar febre, tosse e dificuldade em respirar, recomenda-se a busca por orientação médica.

TRATAMENTO

O tratamento para a COVID-19 varia de acordo com a gravidade da doença e o risco de agravamento da condição, incluindo a idade da pessoa e problemas de saúde característicos de cada grupo de risco. Portanto, os tratamentos devem ser decididos individualmente entre o paciente e o profissional de saúde que cuida dele.

ATIVIDADES

Enquanto mantinha seus projetos regulares, Médicos Sem Fronteiras (MSF) precisou adequar suas atividades para atender às necessidades de saúde da pandemia da Covid-19 em diferentes países. Durante a resposta, nossas prioridades se concentraram em medidas de prevenção e controle de infecções, treinamento de profissionais de saúde, atividades para alcançar comunidades afastadas, apoio à saúde mental e tratamento hospitalar para pacientes em estado grave.

No Brasil, a resposta à pandemia da COVID-19 foi a maior operação em 30 anos de história da organização no país. Durante um ano e meio, MSF respondeu à emergência da COVID-19 com uma abordagem flexível que permitiu a mobilização de equipes onde eram mais necessárias, otimizando o uso de recursos humanos e materiais escassos. Em distintos momentos, atividades foram realizadas em 12 estados: Amazonas, Bahia, Ceará, Mato Grosso, Goiás, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Rio de Janeiro, Rondônia, Roraima e São Paulo. A assistência médica aos pacientes de COVID-19 foi oferecida em todos os níveis, assim como foi fornecido apoio de saúde mental para pacientes e profissionais de saúde. Também foram ministrados treinamentos para aprimoramento de protocolos e fluxos de pacientes. Adicionalmente, foi dada ênfase especial ao engajamento comunitário, com atividades de promoção de saúde e diagnósticos, utilizando em grande medida testes rápidos de antígeno.

Desenvolvidas a um ritmo sem precedentes, as vacinas surgiram no início de 2021 e logo mudaram a trajetória do combate à pandemia, pelo menos para os países ricos que começaram a administrá-las em larga escala. Países de baixa e média renda sofreram com vacinações reduzidas, já que os países ricos monopolizavam os estoques de imunizantes. A Campanha de Acesso de MSF foi fortemente ativa nesse ponto, enfatizando a necessidade de distribuição equitativa em todo o mundo e pressionando fortemente por

mecanismos para ampliação do acesso aos imunizantes e outras ferramentas importantes para o combate à COVID-19.

Globalmente, nossas equipes integraram vacinação e testes em projetos de países como Afeganistão, Bangladesh, República Centro-Africana, Camarões, República Democrática do Congo, Eswatini e Quênia.

As atividades foram adaptadas de acordo com as necessidades. No Iraque, por exemplo, cuidamos de pacientes com doenças graves durante os picos de infecções e mudamos para serviços de vacinação, alcance de comunidades afastadas e treinamento de profissionais durante períodos com taxas de infecções mais baixas.

Também apoiamos campanhas nacionais de vacinação no Líbano, Brasil, Malawi, Peru e Uganda, com foco específico em grupos vulneráveis ou de alto risco, ao mesmo tempo em que cocriamos o Humanitarian Buffer do Mecanismo COVAX – projetado para fornecer vacinas contra a COVID-19 a pessoas que vivem além do alcance ou interesse dos Estados (migrantes e pessoas indocumentadas ou aqueles que vivem em áreas de conflito fora do controle do governo), esse mecanismo foi essencial para disponibilizar espaço humanitário independente para atuação.

Por fim, realizamos estudos sobre mortalidade e soroprevalência em países como Costa do Marfim, Camarões e Quênia, para entender melhor o impacto do vírus localmente.

VACINAÇÃO DE COVID-19

I	IMUNOBIOLOGICO	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
	Covid-19	126	109	786	198	1.219

II	IMUNOBIOLOGICO	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
	Covid-19	600	96	154	90	940

III	IMUNOBIOLOGICO	Set	Out	Nov	Dez	Total
	Covid-19	80	132	15	10	237

IMUNOBIOLOGICO	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Covid-19	1.219	940	237	2.396

INFLUENZA

A **gripe** é uma infecção aguda do sistema respiratório, provocado pelo vírus da influenza, com grande potencial de transmissão. Existem quatro tipos de vírus **influenza/gripe: A, B, C e D**. O vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias sazonais, sendo o vírus influenza A responsável pelas grandes pandemias.

Tipo A - são encontrados em várias espécies de animais, além dos seres humanos, como suínos, cavalos, mamíferos marinhos e aves. As aves migratórias desempenham importante papel na disseminação natural da doença entre distintos

pontos do globo terrestre. Eles são ainda classificados em subtipos de acordo com as combinações de 2 proteínas diferentes, a Hemaglutinina (HA ou H) e a Neuraminidase (NA ou N). Dentre os subtipos de vírus influenza A, atualmente os subtipos A(H1N1) pdm09 e A(H3N2) circulam de maneira sazonal e infectam humanos. Alguns vírus influenza A de origem animal também podem infectar humanos causando doença grave, como os vírus A(H5N1), A(H7N9), A(H10N8), A(H3N2v), A(H1N2v) e outros.

Tipo B - infectam exclusivamente os seres humanos. Os vírus circulantes B podem ser divididos em 2 principais grupos (as linhagens), denominados linhagens B/ Yamagata e B/ Victoria. Os vírus da gripe B não são classificados em subtipos.

Tipo C - infectam humanos e suínos. É detectado com muito menos frequência e geralmente causa infecções leves, apresentando implicações menos significativa a saúde pública, não estando relacionado com epidemias. Em 2011 um novo tipo de vírus da gripe foi identificado. O vírus influenza D, o qual foi isolado nos Estados Unidos da América (EUA) em suínos e bovinos e não são conhecidos por infectar ou causar a doença em humanos.

OS PRINCIPAIS SINTOMAS DA GRIPE SÃO:

- **Febre**
- **Dor de garganta**
- **Tosse**
- **Dor no corpo**
- **Dor de cabeça**

Adulto - O quadro clínico em adultos sadios pode variar de intensidade.

Criança - A temperatura pode atingir níveis mais altos, sendo comum o achado de aumento dos linfonodos cervicais e também podem fazer parte os quadros de bronquite ou bronquiolite, além de sintomas gastrointestinais.

Idoso - quase sempre se apresentam febris, às vezes, sem outros sintomas, mas em geral, a temperatura não atinge níveis tão altos.

CAMPANHA DE VACINAÇÃO - INFLUENZA

I	IMUNOBOLIGO	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
	Campanha influenza	0	0	0	1.173	1.173

II	IMUNOBOLIGO	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
	Campanha influenza	2.258	486	423	318	3.485

III	IMUNOBOLIGO	Set	Out	Nov	Dez	Total
	Campanha influenza	80	25	19	14	124

IMUNOBOLIGO	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Campanha influenza	1.173	3.485	124	4.782

I QUADRIMESTRE

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

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 DE MONITORAMENTO 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: Diarréia sem desidratação, paciente atendido e dispensado com orientações de cuidados domiciliares levando sais hidratantes para casa;

Plano B: Diarréia com desidratação, paciente em observação na sala de TRO;

Plano C: Diarréia com desidratação grave e com reidratação endovenosa.

I QUADRIMESTRE

PLANILHA SIVEP – DDA MONITORIZAÇÃO DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (MDDA)

Monitorização de Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)

Tabela de monitoramento dos casos de doenças diarreicas aguda.



Casos de Doença Diarreica Aguda por Semana Epidemiológica

Segundo Faixa etária, plano de tratamento, MONTE ALEGRE DE SERGIPE/SE, 2023

Estado: SE
Regional: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA
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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	100,00
03	0	0	5	5	2	12	0	10	2	0	12	3	3	3	100,00
04	0	0	0	3	0	3	0	0	0	3	3	3	3	3	100,00
05	0	0	0	0	5	5	2	3	0	0	5	3	3	3	100,00
06	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	3	3	3	100,00
07	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	3	3	3	100,00
08	0	0	1	1	0	2	0	0	0	2	2	3	3	3	100,00
09	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	3	3	3	100,00
10	0	0	2	5	0	7	0	0	0	7	7	3	3	3	100,00
11	0	13	11	33	0	57	19	35	3	0	57	3	3	3	100,00
12	5	4	3	18	1	31	5	10	5	11	31	3	3	3	100,00
13	0	0	1	3	0	4	0	4	0	0	4	3	3	3	100,00
14	0	0	0	4	1	5	0	2	0	3	5	3	3	3	100,00
15	2	4	2	25	0	33	19	0	14	0	33	3	3	3	100,00
16	2	3	5	15	0	25	15	0	10	0	25	3	3	3	100,00
17	0	0	1	2	0	3	3	0	0	0	3	3	3	3	100,00
18	1	2	0	2	0	5	5	0	0	0	5	3	3	3	100,00
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	100,00
20	0	0	2	2	1	5	3	2	0	0	5	3	3	3	100,00
21	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	3	3	3	100,00
22	1	2	0	7	0	10	6	0	4	0	10	3	3	3	100,00
Total Geral:	11	28	33	128	11	211	78	66	39	28	211	-	-	-	-
Graficos:	< 1	1 a 4	5 a 9	10 +	IGN	Total	A	B	C	IGN	Total	-	-	-	-

Ano Anterior | Próximo Ano

II QUADRIMESTRE

TABELA DE MONITORAMENTO DOS CASOS DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDA.

 Ministério da Saúde	 Secretaria de Vigilância em Saúde	
 SIVEP-DDA		 Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas
Casos de Doença Diarreica Aguda por Semana Epidemiológica		
Segundo Faixa etária, plano de tratamento, SE, 2023		

Estado: SE														
Regional: NOSSA SENHORA DA GLÓRIA														
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	3	25	8	115	0	151	39	112	0	0	151	7	7	100,00
02	8	21	10	117	0	156	87	69	0	0	156	10	10	100,00
03	2	32	22	126	2	184	35	147	2	0	184	10	10	100,00
04	5	31	19	152	0	207	180	23	1	3	207	10	10	100,00
05	6	20	17	129	5	177	147	30	0	0	177	10	10	100,00
06	7	31	18	117	1	174	130	43	0	1	174	10	10	100,00
07	6	24	14	115	0	159	130	28	1	0	159	10	10	100,00
08	1	9	6	56	0	72	47	22	1	2	72	9	9	100,00
09	5	20	12	83	0	120	75	44	0	1	120	11	11	100,00
10	7	16	15	81	0	119	84	27	1	7	119	10	10	100,00
11	5	42	26	114	0	187	129	55	3	0	187	11	11	100,00
12	11	22	13	68	1	115	79	20	5	11	115	10	10	100,00
13	1	11	5	47	0	64	57	7	0	0	64	9	9	100,00
14	3	10	3	43	3	62	17	42	0	3	62	10	10	100,00
15	5	8	7	64	0	84	67	3	14	0	84	10	10	100,00
16	4	9	9	49	0	71	57	4	10	0	71	10	10	100,00
17	2	24	11	108	0	145	99	46	0	0	145	11	11	100,00
18	5	18	14	104	0	141	118	23	0	0	141	11	11	100,00
19	4	24	18	116	0	162	144	18	0	0	162	11	11	100,00
20	5	8	18	126	1	158	143	15	0	0	158	11	11	100,00
21	6	17	9	92	0	124	110	14	0	0	124	11	11	100,00
22	6	10	9	57	0	82	73	5	4	0	82	11	11	100,00
23	1	23	14	55	2	95	83	12	0	0	95	10	10	100,00
24	6	24	10	78	0	118	98	19	0	1	118	10	10	100,00
25	4	13	8	65	0	90	79	11	0	0	90	10	10	100,00
26	10	24	18	122	0	174	142	27	5	0	174	10	10	100,00
27	5	19	22	96	0	142	104	35	1	2	142	10	10	100,00
28	2	15	9	89	0	115	88	27	0	0	115	10	10	100,00
29	4	14	10	73	1	102	80	22	0	0	102	9	9	100,00
30	3	16	8	56	3	86	47	23	15	1	86	9	9	100,00
31	9	15	7	34	0	65	21	43	0	1	65	9	9	100,00
32	4	8	6	41	0	59	31	28	0	0	59	9	9	100,00
33	4	14	3	29	0	50	29	20	1	0	50	8	8	100,00
34	1	12	12	40	0	65	34	29	2	0	65	8	8	100,00

COBERTURA VACINAL

Crianças menores de 1 ano						2023
	BCG	Rotavírus	Pneumo	Meningo C	Penta	Hep B
	Cob	Cob	Cob	Cob	Cob	Cob
Pop	105,00%	98,18%	99,55%	95,91%	90,91%	104,55%

Fonte: SIPNI/2023.

COBERTURA VACINAL - CRIANÇAS DE 1 ANO				
	Hep A	Tríplices D1	Triplíce D2	Varicela
	Cob	Cob	Cob	Cob
Pop	97,73%	108,18%	89,09%	103,18%

Fonte: SIPNI/2023.

CAMPANHAS DE VACINAÇÃO 2023	
Campanhas	META / DOSE APLICADAS
Campanha Nacional de Vacinação contra a influenza	4.849
Camp. Nacional de Multiv. da Criança e Adolescente	539
Implantação da FA na rotina	83,18%

Fonte: SIPNI/2023


Cobertura vacinal
anual 2023.pdf


Plano de
imunização.pdf


vigilância e
Saúde.pdf

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária tem suma importância, por suas ações, pois constituem atividades múltiplas na área da saúde, além controle e de qualidade dos produtos e serviços, é também um instrumento de organização econômica da sociedade, visto que, vivemos em épocas complicadas com facilidades de transmissão de doenças por meio produtos e serviços e do meio ambiente. inclusive com maior responsabilidade, por se tratar de eventos mais agravantes, pois vivemos em uma sociedade de risco sucessivo.

A **Lei Orgânica da Saúde 8080/90**, define a **Vigilância Sanitária** como um instrumento de grande relevância, por apresentar um conjunto normas e 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.

- **Eliminar**
- **Diminuir**
- **Prevenir**

A Vigilância **Epidemiológica** aplicada nas ações da Vigilância Sanitária permite o acompanhamento, monitoramento 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. Conforme dados do IBGE de 2021, o município de Monte Alegre de Sergipe possui **15.175** habitantes, é dever da gestão de saúde prosseguir com o compromisso dos

serviços de **Vigilância Sanitária** atuante, para preocupar-se com a saúde dos munícipes, o departamento de vigilância sanitária continua na coordenação de Amanda de Oliveira Botelho Nascimento, que juntos aos fiscais, realizando ações e serviços, como inspeções e orientações nos estabelecimentos comerciais e feiras livres sujeitos à inspeção sanitária; cumprindo com as metas pactuadas. Todas as ações da **Vigilância Sanitária** são cadastradas e registradas nos sistemas de saúde . Com relação ao conte e a Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano, são realizadas coletas de água mensalmente, nos estabelecimentos comerciais, onde circulam maior número de pessoas, além dos carros pipas os quais fornece agua aos munícipes onde a rede de destruição da DESO não chega, as amostras coletadas são encaminhadas ao Lacen para análises:

- **Físico-química**
- **Microbiológica**
- **Organoléptica**



O sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) foi desenvolvido pela Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB), em parceria com Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e a Secretária

de Vigilância em Saúde (SVS). O GAL é um sistema informatizado desenvolvido para **Laboratórios de Saúde Pública** aplicado aos **exames e ensaios de amostras** de origem **humana, animal e ambiental**, com padrão nacional, e desenvolvido de acordo com os **protocolos do Ministério da Saúde**.

FUNÇÕES:

- Gerenciar e acompanhar as realizações das análises laboratoriais desde a sua solicitação até emissão do laudo final;
- Gerar relatórios gerenciais e de produção nas Redes de Laboratórios de Saúde Pública;
- Gerar consultas e relatórios (específicos e epidemiológicos);
- Enviar resultados laboratoriais dos casos suspeitos ou confirmados para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- Subsidiar as tomadas de decisões pelas Vigilâncias nas esferas Nacional, Estadual e Municipal;
- Padronizar as informações dos laudos e pareceres técnicos.

I QUADRIMESTRE

LACEN – LABORATÓRIO CENTRAL GAL - GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL					
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	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Coliformes totais / Substrato Cromogênico/Enzimático, SMEWW, 23ª Ed. 9223 B	25	23	45	22	115
Cor Aparente / Método Espectrofotométrico single-wavelength SMEWW, 23ª Ed. 2120 C	25	23	0	22	70
Escherichia coli / Substrato Cromogênico /Enzimático, SMEWW, 23ª Ed. 9223 B	25	23	45	22	115
Fluoreto / Método do Eletrodo Ion-Seletivo SMEWW, 23ª Ed. 4500-F-C	18	18	36	10	82
Turbidez / Método Nefelométrico SMEWW, 23ª Ed. 2130 B	25	23	45	22	115
pH / Método Eletrométrico SMEWW, 23ª Ed. 4500-H+ B	25	24	45	18	112
Total Geral	143	134	216	116	609

Cloro Livre/Método Colorimétrico DPD SMEWW, 23ª Ed.4500-CI G					
Pontos	18	18	18	18	72
Pipeiros	07	06	07	04	24
Total	25	24	25	22	96

II QUADRIMESTRE

LACEN – LABORATÓRIO CENTRAL GAL - GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL					
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
Coliformes totais Substrato Cromogênico /Enzimático, SMEWW, 23ª Ed. 9223 B	22	25	23	23	93
Cor Aparente / Método Espectrofotométrico single-wavelength SMEWW, 23ª Ed. 2120 C	22	25	23	23	93
Escherichia coli Substrato Cromogênico/ Enzimático, SMEWW, 23ª Ed. 9223 B	22	25	23	23	93
Fluoreto / Método do Eletrodo Ion-Seletivo SMEWW, 23ª Ed. 4500-F-C	10	18	17	18	63
Turbidez / Método Nefelométrico SMEWW, 23ª Ed. 2130 B	22	25	23	23	93
pH / Método Eletrométrico SMEWW, 23ª Ed. 4500-H+ B	18	25	23	23	89
Total Geral	116	143	132	133	524

Cloro Livre/Método Colorimétrico DPD SMEWW, 23ª Ed.4500-CI G					
Pontos	18	18	18	18	72
Pipeiros	07	02	06	05	20
Total	25	20	24	23	92



Visam 2
quadrimestre 2023.ç

III QUADRIMESTRE

LACEN – LABORATÓRIO CENTRALGAL GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL					
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
Coliformes totais / Substrato Cromogênico/Enzimático, SMEWW, 23ª Ed. 9223 B	22	24	23	6	75
Cor Aparente / Método Espectrofotométrico single-wavelength SMEWW, 23ª Ed. 2120 C	22	24	23	24	93
Escherichia coli / Substrato Cromogênico/Enzimático, SMEWW, 23ª Ed. 9223 B	22	24	23	6	75
Fluoreto / Método do Eletrodo Ion-Seletivo SMEWW, 23ª Ed. 4500-F-C	18	18	23	24	83
Turbidez / Método Nefelométrico SMEWW, 23ª Ed. 2130 B	22	24	23	24	93
pH / Método Eletrométrico SMEWW, 23ª Ed. 4500-H+ B	22	24	23	24	93
Total Geral	128	138	156	108	512

Cloro Livre/Método Colorimétrico DPD SMEWW, 23ª Ed.4500-CI G					
Pontos	18	18	18	18	72
Pipeiros	04	06	05	06	21
TOTAL	22	24	23	24	93

QUADRIMESTRAIS

LACEN – LABORATÓRIO CENTRAL GAL - GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIA				
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 Qua	II Qua	III Qua	Total
Coliformes totais / Substrato /Enzimático, Cromogênico SMEWW, 23ª Ed. 9223 B	115	93	75	283
Cor Aparente / Método Espectrofotométrico single- wavelength SMEWW, 23ª Ed. 2120 C	70	93	93	256
Escherichia coli / Substrato Cromogênico/Enzimático, SMEWW, 23ª Ed. 9223 B	115	93	75	283
Fluoreto / Método do Eletrodo Ion-Seletivo SMEWW, 23ª Ed. 4500-F-C	82	63	83	228
Turbidez Método Nefelométrico SMEWW 23ª Ed. 2130 B	115	93	93	301
pH / Método Eletrométrico SMEWW, 23ª Ed. 4500-H+ B	112	89	93	294

Total Geral	609	524	512	1.645
Cloro Livre/Método Colorimétrico DPD SMEWW, 23ª Ed.4500-CI G				
Pontos	72	72	72	216
Pipeiros	24	20	21	65
Total	96	92	93	281

GAL GERENCIADOR DE AMBIENTE LABORATORIAL LABORATORIO CENTRAL

Tabela – Ações dos Fiscais de Vigilância Sanitária realizadas no município

I QUADRIMESTRE

Ações	Jan	Fev	Mar	Abr	Total
Coleta de água	18	18	18	18	72
Coleta carros PIPAS	07	06	07	04	24
Denúncias recebidas	06	03	11	02	22
Atendimento denúncias	02	03	11	06	22
Inspeção estabelecimentos	35	23	81	55	194
Cadastro Estabelecimento	03	0	11	12	26
Atividade /Educ. população	53	30	535	86	704
Ativ. Educ. Setor Regulado	53	46	107	86	292
TOTAL	177	129	781	269	1.356

Fonte: SINAISA, SISÁGUA, GAL 2022

RELATORIOS DE AÇÕES DAS ATIVIDADES DA VISAM

II QUADRIMESTRE

Ações	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Coleta de água	18	18	18	18	72
Coleta carros PIPAS	07	02	06	05	20
Denúncias recebidas	05	02	04	05	16
Atendimento denúncias	04	03	04	09	20
Inspeção estabelecimentos	97	40	55	54	246
Cadastro Estabelecimento	07	05	06	06	24
Atividade /Educ. população	136	41	155	241	573
Ativ. Educ. Setor Regulado	171	61	78	90	400
TOTAL	445	172	326	428	1.371

Fonte: SISÁGUA, GAL 2023.



VIGILÂNCIA
SANITÁRIA II QUAD.

III QUADRIMESTRE

Ações	Set	Out	Nov	Dez	Total
Coleta de água	18	18	18	18	72
Coleta carros PIPAS	04	06	05	06	21
Denúncias recebidas	06	03	08	02	19
Atendimento denúncias	07	04	07	03	21
Inspeção estabelecimentos	63	75	179	54	371
Cadastro Estabelecimento	0	03	02	01	06
Atividade /Educ. população	208	398	567	56	1.229
Ativ. Educ. Setor Regulado	193	94	199	74	560
TOTAL	499	601	985	214	2.299

Fonte: SISÁGUA, GAL 2023.

QUADRIMESTRAIS

Ações	I QUAD	II QUAD	III QUAD	TOTAL
Coleta de água	72	72	72	216
Coleta carros PIPAS	24	20	21	65
Denúncias recebidas	22	16	19	57
Atendimento denúncias	22	20	21	63
Inspeção estabelecimentos	194	246	371	811
Cadastro Estabelecimento	26	24	06	56
Atividade /Educ. população	704	573	1.229	2.506
Ativ. Educ. Setor Regulado	292	400	560	1.252

TOTAL	1.356	1.371	2.299	5.026
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Fonte: SISÁGUA, GAL 20

Figuras 1, 2,3- Atendimento de denúncias.



Data do atendimento da denúncia: 22/09/2023

14/09/2023

03/10/2023

Figuras 4;5- Inspeção em uma distribuidora de doces e embalagens e bebidas.



14



Figuras 6;7- Palestra e entrega de
panfleto sobre saúde dos trabalhadores.

Data da ação: 27/09/2**Figuras 8,9-** Inspeção em carro pipa



Figura 14;15- Inspeção em trilhe de aço e orientação de Boas Práticas de
Manipulação.

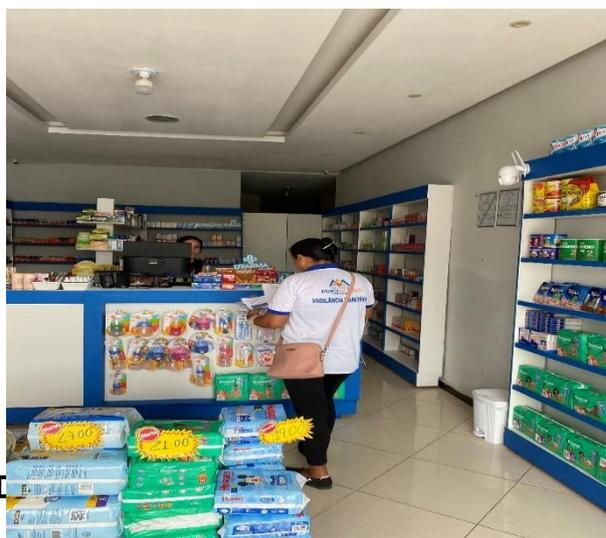
Data da inspeção: 26/10/2023

Figuras 16;17- Inspeção em churrascaria



Figuras 18;19-
farmácias, sobre

inspeção e orientação em
desvio de qualidade de remédios.



Figuras20;21- Coleta de água mensal dos em carro pipa do exército, para verificar a potabilidade da água.



Data da Inspeção 25/10/2023.

Figuras 29;30;31- Coleta de água dos 18 pontos.

Data da Coleta de água: 09/10/2023

Figuras 22;23- Atividade educativa para população com cartaz para vendedores do Ceasa Municipal, sobre cuidados no preparo e comercialização de alimentos.



Data da ação: 19/10/2023

Figuras 24;25- Inspeção em barbearia.

Data da inspeção 17/10/2023

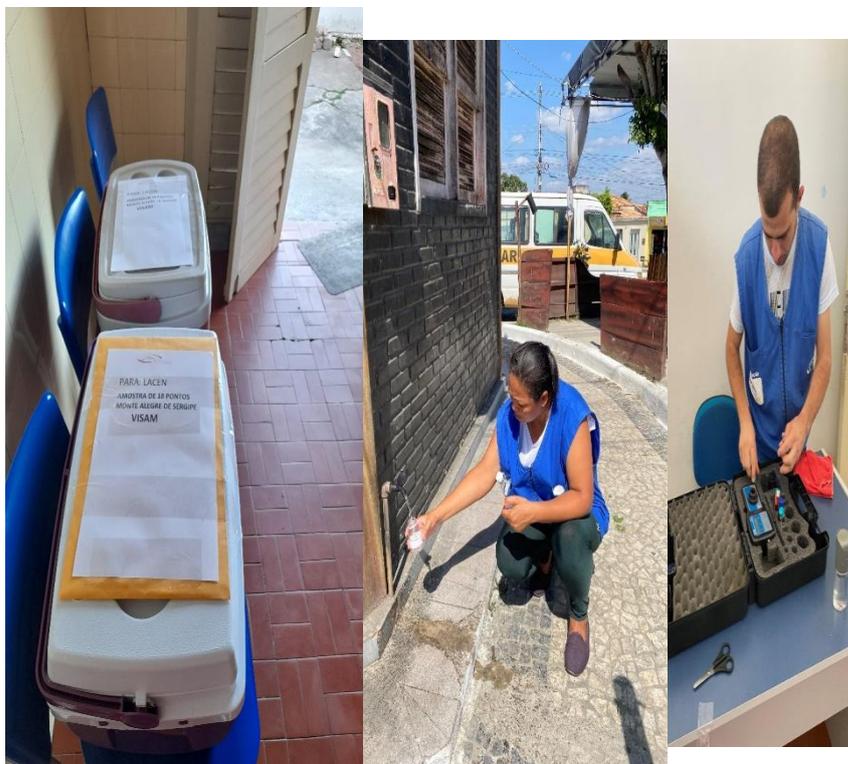
Figuras 26-Inspeção e orientação boas práticas de higiene em salão de beleza.



Data da inspeção: 16/11/2023

Figuras 27;28- Inspeção em funerária





Figuras 29;30;31-

Coleta de água dos 18 pontos

Data da Coleta: 07/11/2023



Figura 32;33- inspeção e

orientação em frigorífico;

Data da inspeção 20/09/2023.

Figura 34;35- Entrega de panfletos a ACS E ACE, com orientação sobre poluição de lixo pode causar doenças.



Data da ação: 09/11/2023



Figuras 36;37;38;39;40- Inspeção e orientação em mercado da carne, bancas de pescado.

Data da inspeção: 18/11/2023

41;42- Capacitação em Aracaju sobre processo administrativo e análise documental para licenciamento sanitária.



Data da capacitação dia 27/11/2023 a 01/12/2023.

VIGIAGUA - DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O **Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água** para Consumo Humano (**VIGIAGUA**) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades sanitárias para garantia de produtos e serviços de qualidade, para evitar possíveis contaminação, sendo isso de interesse na saúde pública, permiti ainda que a população tenha acesso à água ou subprodutos desta 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:

- Monitorar qualidade da água consumida pela população do Estado por meio da coleta, análise e gerenciamento dos dados e providências.

- Realizar 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.
- Capacitar fiscais para realização de inspeção em Sistemas de Abastecimento de Água e Soluções Alternativas Coletivas.
- Capacitar e orientar para uso do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água (SISAGUA).
- Fazer capacitações periódicas nas Regionais de Saúde para acompanhamento da implementação do VIGIAGUA nos municípios.
- Monitorar e coletar de amostras de água em municípios portuários e aeroportos para pesquisa do *Vibrio cholerae*.
- Distribuir 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.
- Participar no Conselhos e Grupos de Trabalho para discussão de temas relacionados aos recursos hídricos e potabilidade da água.
- Publicar mensal do Boletim da Qualidade da Água.
- Publicar 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 2023** 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 coletas é mensais.

PONTOS DE COLETAS DE ÁGUA PARA CONTROLE DE QUALIDADE

Pontos	LOCAIS DE COLETAS
01	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
03	RESTAURANTE E TEMPERO DA MAH
02	PANIFICAÇÃO MERCEARIA LAURA
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

Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe
Secretaria Municipal de Saúde
E-mail: saudealegre2020@hotmail.com

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	CENTRO MEDICO FABRINE ROSA

Fonte: VISAM



RELATORIO ANUAL
VISAM 2023.pdf

NÚCLEO DE ENDEMIAS



INTRODUÇÃO

A **endemia** não está relacionada a uma questão quantitativa. É uma doença que se manifesta com frequência e somente em determinada região, de causa local, é a ocorrência de uma determinada doença que no decorrer de um longo 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**. Designada 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.

AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS:

A profissão de Agente de Combate às Endemias é uma das mais importantes no campo da saúde pública. Esses profissionais são responsáveis por realizar atividades de prevenção e controle de doenças endêmicas em comunidades, como a dengue, zika, chikungunya, malária, febre amarela, entre outras.

O QUE FAZ UM AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

Os Agentes de Combate às Endemias realizam diversas atividades para prevenir e controlar a disseminação de doenças endêmicas em comunidades. Eles fazem visitas domiciliares para identificar focos de infestação e orientar a população sobre medidas de prevenção, como eliminar recipientes com água parada e manter limpos os quintais e terrenos baldios.

Os agentes também realizam vistorias em imóveis, escolas e locais públicos para identificar possíveis criadouros de mosquitos e outros vetores de doenças, além de realizar ações de nebulização e aplicação de larvicidas. Além disso, eles trabalham em parceria com equipes de saúde para realizar campanhas de conscientização e informação sobre medidas preventivas.

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:

- Vistoriar domicílios, terrenos baldios, depósitos, estabelecimentos comerciais
- Inspeccionar de calhas, telhados e caixas d'água,
- Orientar para o tratamento e prevenção de doenças infecciosas,
- Aplicar 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 diárias 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.

ARBOVIROSES

O termo pode parecer estranho, mas conhecido entre os cearenses. Trata-se das doenças causadas por artrópodes. Dentre eles, o mosquito *Aedes aegypti*, vetor responsável pela transmissão de doenças causadas pelos chamados **arbovírus**, que incluem o vírus da dengue, Zika vírus, febre chikungunya e febre amarela. A classificação "**arbovírus**" engloba todos aqueles **transmitidos por artrópodes**, ou seja, **insetos e aracnídeos (como aranhas e carrapatos)**. Existem 545 espécies de arbovírus, sendo que 150 delas causam doenças em seres humanos.

- **Chikungunya**
- **Dengue**

- **Febre Amarela**
- **Zika Vírus**

As arboviroses têm se tornado importantes e constantes ameaças em regiões tropicais devido às rápidas mudanças climáticas, desmatamentos, migração populacional, ocupação desordenada de áreas urbanas, precariedade das condições sanitárias que favorecem a amplificação e transmissão viral. A melhor maneira de **prevenir arboviroses** ainda é evitar as condições propícias à proliferação dos insetos transmissores, ou seja, ambientes com água parada, onde os ovos do mosquito são depositados.

DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA E FEBRE AMARELA.

- **Controle vetorial do Aedes aegypti – SISPNCD.**
- **Doença de Chagas.**
- **Doenças neuroinvasivas por arbovírus.**
- **Esquistossomose.**
- **Leptospirose.**
- **Peste**
- **Síndrome Congênita do Zika Vírus**

I – QUADRIMESTRE

PLANO DE AÇÃO

Ponto Estratégico - PE:

OBJETIVO:

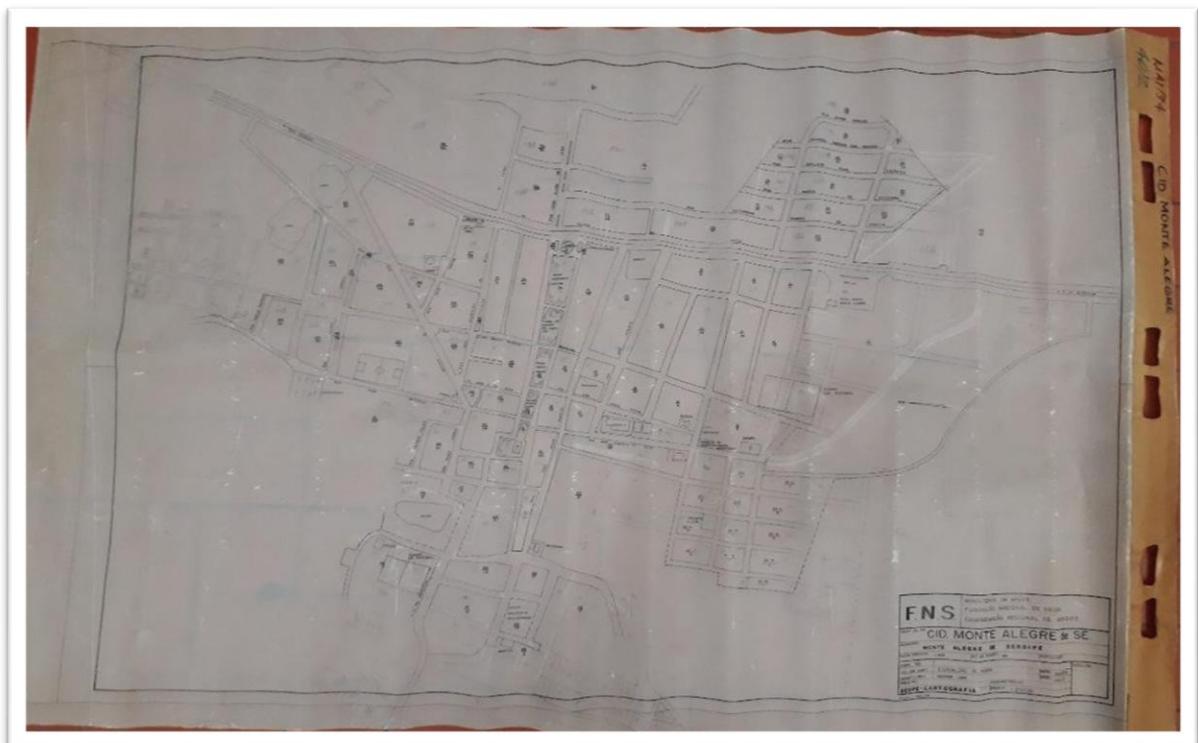
Avaliar se locais com grande quantidade de potenciais criadouros de formas imaturas de *Aedes aegypti*, denominados pontos estratégicos, influenciam a dispersão ativa do vetor aos imóveis no seu entorno.

MÉTODOS:

Foram selecionadas nove áreas no município como pontos estratégicos classificados como:

- **Alto risco**
- **Médio risco**
- **Baixo risco**

MAPA DIVISÃO EM QUARTEIRÕES



DADOS	2018	2019	2020	2021
UF:	SERGIPE			
IBGE:	280420			
Local:	01			
Município:	Monte Alegre de Sergipe			
Categoria	Cidade			
Data de Atualiz.	12-11-2018	13-03-2019	10-01-2020	15-07-2020
Classificação	Urbana			
Quant. Residência				
Ponto Estratégico				
Quant. Comércio				
Quant. Ter. Baldio				
Quant. Quarteirões				
Quantidade outros:				
Dengue	SIM			
Malária	Não			
Esquistossomo	Não			
Leishmaniose	Não			
Febre Maculosa	Não			
Peste	Não			
Chagas	Não			
Febre Amarela	Não			

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

PRIMEIRO QUADRIMESTRE VISITAS REALIZADAS:

CICLOS - ÍNDICE DO LIRAa						
Imóveis inspecionados		Imóveis positivos	Larvas positiva	Pupas positivas	Deposito predominante	de infestação predial Índice
1º Ciclo	511	10	29	07	A2	2,0%
2º Ciclo	523	11	26	11	A2	2,1%

RECIPIENTE	
Descrição	Código
Caixa de água ligada à rede (depósitos elevados.)	A1
Depósitos ao nível do solo (barril, tina tambor, tanque, poço, lavanderia.)	A2
Dep. móveis (vasos/frascos, pratos, pingadeiras, bebedouros, etc.)	B
Depósitos fixos (tanques obras e borracharias, calhas, lajes etc.)	C
Pneus e outros materiais rodantes.	D1
Lixo (recip. plasticos, garrafas, latas), sucatas em ferro velho.	D2
Depositos naturais.	E

I CICLOS - IMÓVEIS PROGRAMADOS E TRABALHADOS		
Localidades	Programados	Trabalhados
Sede	5.538	5.381
Pontos estratégicos	09	09
Povoados e assentamentos	616	167
Total	6.163	5.552

II CICLOS - IMÓVEIS PROGRAMADOS E TRABALHADOS		
Localidades	Programados	Trabalhados
Sede	5.538	5.376
Pontos estratégicos	09	09
Povoados e assentamentos	616	0
Total	6.163	5.385

III CICLOS - IMÓVEIS PROGRAMADOS E TRABALHADOS		
Localidades	Programados	Trabalhados
Sede	5.538	5.418
Pontos estratégicos	09	09
Povoados e assentamentos	616	0
Total	6.163	5.427



Endemias II
quad.pdf

IV CICLOS - IMÓVEIS PROGRAMADOS E TRABALHADOS		
Localidades	Programados	Trabalhados
Sede	5.538	5.412
Pontos estratégicos	09	09
Povoados e assentamentos	616	176
Total	6.163	5.597

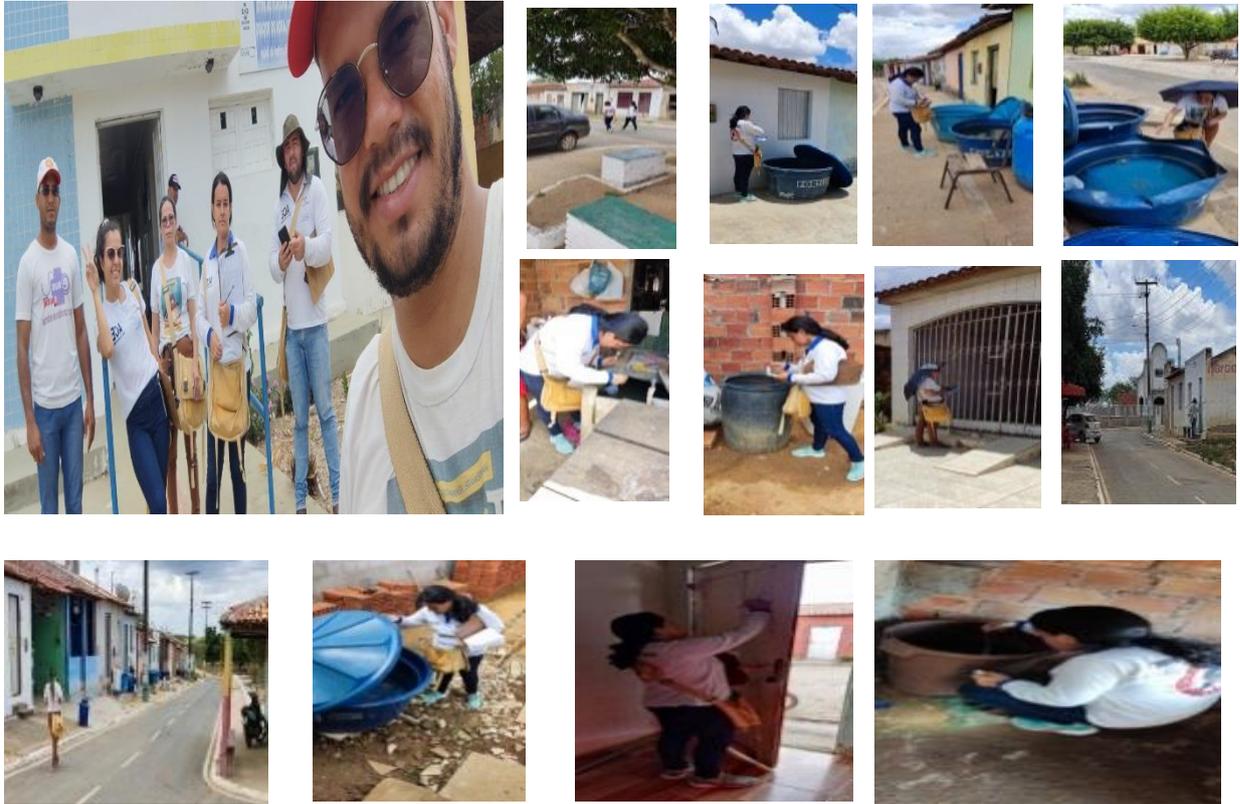
V CICLOS - IMÓVEIS PROGRAMADOS E TRABALHADOS		
Localidades	Programados	Trabalhados
Sede	5.538	5.415
Pontos estratégicos	09	09
Povoados e assentamentos	616	0
Total	6.163	5.424

VI CICLOS - IMÓVEIS PROGRAMADOS E TRABALHADOS		
Localidades	Programados	Trabalhados
Sede	5.538	5.401
Pontos estratégicos	09	09
Povoados e assentamentos	616	616
Total	6.163	6.026

ZONA RURAL



POVOADO LAGOA DO ROÇADO



POVOADO BAIXA DA COXA



PALESTRA SOBRE A DENGUE

No dia **25 de março**, às 19h, participamos da **63º** edição do **Sarau no Coreto**. Aproveitamos a oportunidade para falar sobre o mosquito da dengue, como ele transmite o vírus, seu ciclo de vida, sintomas e doenças prevenção.



VISITAS REALIZADAS:

2º CICLO

ÍNDICE DO LIRAa		
Imóveis inspecionados	Imóveis positivos	Índice de infestação predial
523	11	2,1%

IMÓVEIS VISITADOS NO I CICLO						
RESIDENCIA	COMERCIO	T. BALDIO	OUTROS	PE	Fechados	TOTAL
QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNCd						

CICLO	Semana		IMÓVEIS					%
	Inicial	Final	Prog.	Visit. /Infom	Trab.	Insp. (LI+T)	Pos.	Pend.
1º ciclo / 23	1	9	6.069	5.759	5.548	167	6	3,7
2º ciclo / 23	10	18	6.069	5.590	5.376	0	0	3,8

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNCD								
IMÓVEIS E ÍNDICES DO LIRAa ou LIAa								
Obs. Pred.							Obs.:	
CICLO / ANO 2023	Prog. Sistema	Ins p.	Pos.	I.I.P.	I.B	Dep. pred	IM.FEC	IM.RE C
1º ciclo /	458	511	10	2	2	A2	211	0
2º ciclo /	458	523	11	2,1	2,1	A2	216	2

II QUADRIMESTRE

LEVANTAMENTO DE ÍNDICE

ÍNDICE DO LIRAa		
Imóveis inspecionados	Imóveis positivos	Índice de infestação predial
490	13	2,6%

4º CICLO

ÍNDICE DO LIRAa		
Imóveis inspecionados	Imóveis positivos	Índice de infestação predial
535	04	0,7

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNCD

CICLOS ANO 2023	Semana		IMÓVEIS					%	
	Inicial	Final	Progra mada	Visitas Infor.	Trab.	Inspeç. (LI+T)	Pos.	Pend.	
1º ciclo / 23	01º	09º	6.069	5.759	5.548	167	6	3,7	
2º ciclo / 23	10º	18º	6.069	5.590	5.376	0	0	3,8	
3º ciclo / 23	19º	27º	6.069	5.592	5.418	0	0	3,1	
4º ciclo / 23	27º	35º	6.069	5.800	5.588	176	1	3,7	

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNCD									
IMÓVEIS E ÍNDICES DO LIRAa ou LIAa									
Obs. Pred.							Obs.:		
Ciclos 2022	/	Prog. Sistema	Insp .	Pos.	I.I.P .	I.B	Dep. pred	IM.FEC	IM.REC
1º ciclo		458	511	10	2	2	A2	211	0
2º ciclo		458	523	11	2,1	2,1	A2	216	2
3º ciclo		458	490	13	2,7	2,7	A2	174	0
4º ciclo		458	535	4	0,7	0,7	A2	212	0

LEVANTAMENTO DE ÍNDICE RÁPIDO DO AEDES AEGYPTI (LIRAa).

ENCERRAMENTO 5º CICLO

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNC								
IMÓVEIS E ÍNDICES DO LIRAa ou LIA a								
Obs. Pred.							Obs.:	
Ciclo / 2022	Prog. Siste.	Ins p.	Pos.	I.I.P.	I.B	Dep. pred	IM.FEC	IM.RE C
1º ciclo	458	511	10	2,0	2,0	A2	211	0
2º ciclo	458	523	11	2,1	2,1	A2	216	2
3º ciclo	458	490	13	2,7	2,7	A2	174	0
4º ciclo	458	535	04	0,7	0,7	A2	212	0
5º ciclo	458	648	12	1,9	1,9	A2	231	0

VACINAÇÃO ANTI RABICA

CONSOLIDADO INFORME MENSAL			
PROGRAMA NACIONAL DE PROFILAXIA DE A RAIVA			
Atividades	Zona urbana	Zona rural	Total
Cães Vacinados	860	1.476	2.336
Gatos Vacinados	710	587	1.297
Total	1.570	2.063	3.633



BENEFICIARIOS COM TRANSPORTES E VIAGENS

O município tem à disposição uma frota de veículos para transporte dos usuários do sistema SUS, para realização consultas e procedimentos fora do município, bem como carros para transporte dos pacientes que faz tratamento de **quimioterapia, radioterapia e hemodiálise** - TFD. Os usuários que tem agendamentos via regulação para atendimentos e procedimentos fora do município, os veículos ficam à disposição destes usuários do sistema SUS de **segunda a quinta**, temos um **micro-ônibus** que faz o percurso do município até Aracaju transportando os usuários que necessitam de tratamento, atendimento médico em especialidades e procedimentos na capital, onde permanece alocados maior parte dos recursos da **PPI** referente ao município.

BENEFICIARIOS COM VIAGENS PARA ARACAJU E ITABAIANA					
I QUADRIMESTRE	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
BENEFICIARIOS	322	309	409	261	1.301
II QUADRIMESTRE	MAI	JUN	JUL	AGO	TOTAL
BENEFICIARIOS	403	249	337	434	1.423
III QUADRIMESTRE	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
BENEFICIARIOS	334	401	310	326	1.371

QUADRIMESTRAIS				
BENEFICIARIOS	I	II	III	TOTAL
	1.301	1.423	1.371	4.095

PGRSS – PLANO DE GESTÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- **Composição**
- **Classificação**
- **Legislação**

Os resíduos de saúde são de natureza heterogênea. Portanto, é necessária uma classificação para a segregação desses resíduos. Há o exemplo das classificações propostas pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (**ANVISA**), governos estaduais e municipais.

Além disso, três princípios devem orientar o gerenciamento dos resíduos:

- **Reduzir**
- **Segregar**
- **Reciclar.**

A primeira providência para uma melhor gestão dos resíduos de serviços de saúde é a **redução** no momento da geração, pois economiza recursos não só em relação ao uso de materiais, mas também no tratamento diferenciado desses resíduos.

A segunda providência é o ponto fundamental de toda a discussão sobre a periculosidade ou não dos resíduos de serviços de saúde: a **segregação**. Apenas uma parcela é potencialmente infectante, contudo, se ele não for segregado, todos

os resíduos que estiverem misturados também deverão ser tratados como potencialmente infectantes, exigindo procedimentos especiais para acondicionamento, coleta, transporte e disposição final, elevando assim os custos do tratamento desses resíduos.

Com a segregação adequada, os resíduos de cada categoria deverão ser **acondicionados** corretamente, identificados e encaminhados para coleta, transporte e destinação final específicos. Os resíduos com características especiais nunca devem ser misturados com os resíduos comuns.

Em suma, todos os profissionais da saúde têm uma obrigação ética com a promoção de saúde. Se um trabalhador que recolhe o lixo sofre um acidente com uma seringa colocada com os resíduos domiciliares por uma pessoa leiga, isso é um problema. Logo, é importante que o gerador de resíduos cumpra as normas, pois estará prevenindo acidentes, sendo este o seu papel que toda a sociedade espera.



PGRSS 2022.pdf

5 - REDE FÍSICA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS

5.1. POR TIPO DE ESTABELECIMENTO E GESTÃO

Rede Física De Estabelecimentos De Saúde Por Tipo De Estabelecimentos				
Tipo De Estabelecimento	Dupla	Estadual	Municipal	Total
Unidade Móvel Nível Pré - hospita. Área Urgência	0	1	0	1
Central de Gestão em saúde	0	0	01	01
Centro de saúde/ Unidade Básica	0	0	03	03
Clínica/Centro de Especialidade	0	0	02	02
Total	0	1	06	06

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) DIGISUS

Observação: Os dados apresentados referem-se ao número de estabelecimentos de saúde públicos ou prestadores de serviços ao SUS.

5.2. POR NATUREZA JURÍDICA

Período 12/2023

Rede Física De Estabelecimentos De Saúde Por Natureza Jurídica				
Natureza Jurídica	Municipal	Estadual	Dupla	Total
ADMINISTRACAO PUBLICA				
Estado ou Distrito Federal	0	1	0	1
Município	5	0	0	5
ENTIDADES EMPRESARIAIS				
Sociedade empresária limitada	1	0	0	1
TOTAL	6	1	0	7

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

5.3. CONSÓRCIOS EM SAÚDE

O ente não está vinculado a consórcio público em saúde

CONIVALES

O **Consórcio Intermunicipal do Vale do São Francisco** (CONIVALES) A entidade surgiu da união de 12 municípios que compartilhavam a necessidade de levar serviços, medicamentos e materiais hospitalares para os municípios de uma forma organizada, planejada, focando na economia, na qualidade e, proporcionando eficiência ao setor público de saúde. Desta forma, em setembro de 2017, foi fundado o primeiro consórcio público multifinalitário do estado de Sergipe, que atualmente atende 43 municípios consorciados. Em quatro anos de fundação, o CONIVALES já atingiu **57% dos municípios de Sergipe**, o que representa uma cobertura de mais de 660 mil sergipanos que recebem serviços de saúde com mais celeridade e eficiência, através do **Sistema de Compras Compartilhadas** de medicamentos e insumos hospitalares e do sistema próprio de Regulação. A prestação de serviços de qualidade oferece aos municípios consorciados a economicidade e a celeridade em processos licitatórios de compras de medicamentos e insumos hospitalares, que são realizados de forma compartilhada, de acordo com a demanda de cada município.



PANORAMA
PEDIDOS 2023 - CO



PANORAMA GERAL
PEDIDOS 2023 - CC

CONIVALES CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

TOTAL 01



CONIVALES
PANORAMA GERAL



CONIVALES
PEDIDO 2023.pdf

6. PROFISSIONAIS DE SAÚDE TRABALHANDO NO SUS

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiros	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio
Pública (NJ grupo 1)	Bolsistas (07)	2	0	0	0	0
	Estatutários e empregados públicos (0101, 0102)	0	0	3	3	11

POSTOS DE TRABALHO OCUPADOS, POR CONTRATO TEMPORÁRIO E CARGOS EM COMISSÃO

Adm. do Estabelecimento	Formas de contratação	CBOs médicos	CBOs enfermeiros	CBOs (outros) nível superior	CBOs (outros) nível médio	CBOs ACS
-------------------------	-----------------------	--------------	------------------	------------------------------	---------------------------	----------

Pública (NJ grupo 1)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	7	13	13	33	8
Privada (NJ grupos 2, 4 e 5)	Contratos temporários e cargos em comissão (010301, 010302, 0104)	0	0	1		

7 - PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – PAS



PAS 2023.pdf

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) **2022-2025** foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde - CMS para apreciação e votação, o mesmo sendo aprovado dia **22/07/2022**, em reunião ordinária, através da Resolução de nº **04/2022**.

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 2022-2025**, foram considerados os resultados apresentados nos Relatórios de Gestão (RAG), referente aos anos **2019 a 2021**, 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 2021, bem como as propostas da **Conferência Municipal de Saúde Mental em 2022**, 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.



PAS 2023.pdf



PAS 2024.pdf

7.5 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.

DIRETRIZ Nº 1 - Visa ampliação do acesso, qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)

OBJETIVO Nº 1.1 - Promover a ampliação e a resolatividade das ações e serviços da Atenção Primária de forma integrada a planejada

OBJETIVO Nº 1.2 - Promover a ampliação da oferta dos serviços da Atenção Especializada com vista a qualificação de acesso

OBJETIVO Nº 1.3 - Fomentar a produção do conhecimento científico, promovendo o acesso da população e funcionários de forma equitativa e igualitária.

DIRETRIZ Nº 2 - Organizar as ofertas dos serviços especializados de saúde embasados em estudos da demanda, qualidade do cuidado e garantia de acesso

OBJETIVO Nº 2.1 - Ampliar o acesso e qualidade dos serviços realizados na clínica de atendimento 24 horas - Pronto Atendimento.

DIRETRIZ Nº 3 - Qualificar a assistência em Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde.

OBJETIVO Nº 3.1 - Aprimorar os serviços de Saúde Bucal e diminuir a incidência de doenças na Atenção Primária à Saúde

OBJETIVO Nº 3.2 - Estruturar e/ou readequar os ambientes para oferta qualificada dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde

OBJETIVO Nº 3.3 - Adquirir instrumentais e equipamentos (bens duráveis) e materiais para a melhoria dos serviços em Odontologia.

DIRETRIZ Nº 4 - Reduzir os riscos e agravos à saúde por meio de ações do Programa de Saúde na Escola(PSE), promovendo o desenvolvimento pleno dos estudantes acerca da saúde e educação

OBJETIVO Nº 4.1 - Articular juntamente com as Equipes de Estratégias em Saúde da Família e Instituições de Ensino a execução das ações do PSE, promovendo assim a resolutividade entre escolas e unidades de saúde assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes

OBJETIVO Nº 4.2 - Promover e executar as ações vigentes do PSE de acordo com a realidade da comunidade escolar no município, favorecendo a prevenção de agravos à saúde

DIRETRIZ Nº 5 - Promover, para as necessidades do SUS, a redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio de ações do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)

OBJETIVO Nº 5.1 - Planejar e realizar ações no âmbito de educação permanente para os profissionais de acordo com as necessidades observadas na realidade local

DIRETRIZ Nº 6 - Implementar a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil – Proteja

OBJETIVO Nº 6.1 - Implementar a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil - Proteja no município, intersetorialmente.

DIRETRIZ Nº 7 - Contribuir com a prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil através de prevenção e promoção da atividade física e alimentação adequada e saudável

OBJETIVO Nº 7.1 - Realizar vigilância alimentar e nutricional de crianças menores de 10 anos matriculadas em escolas participantes do Programa Saúde na Escola

OBJETIVO Nº 7.2 - Realizar ações coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável para as crianças matriculadas em escolas participantes do Programa Saúde na Escola

OBJETIVO Nº 7.3 - Realizar atendimento individual em crianças menores de 10 anos identificadas com obesidade

DIRETRIZ Nº 8 - Reduzir os riscos e agravos a saúde da população, por meio de ações de promoção e vigilância em Saúde e Núcleo de Endemias

OBJETIVO Nº 8.1 - Executar ações e atividades educativas para a população

OBJETIVO Nº 8.2 - Ações estratégicas do Núcleo de Endemias

DIRETRIZ Nº 9 - Redução de riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de promoção e vigilância em Saúde.

OBJETIVO Nº 9.1 - Fortalecer a promoção e Vigilância em Saúde, a fim de reduzir os riscos de doenças na população.

DIRETRIZ Nº 10 - Promoção das Ações de Vigilância Sanitária Municipal

OBJETIVO Nº 10.1 - Manter a estruturação da VISAM

OBJETIVO Nº 10.2 - Proporcionar Ações Estratégicas para a Redução dos Riscos Sanitários

DIRETRIZ Nº 11 - Saúde do Trabalhador

OBJETIVO Nº 11.1 - Fortalecer a Saúde do Trabalhador Municipal

OBJETIVO Nº 11.2 - Promover Ações que Contribuam na Prevenção da Saúde do Trabalhador

DIRETRIZ Nº 12 - Vigilância Ambiental

OBJETIVO Nº 12.1 - Fortalecer a Vigilância Ambiental

DIRETRIZ Nº 13 - Academia de Saúde

OBJETIVO Nº 13.1 Fortalecer a estratégia de saúde na Rede de Atenção Básica.

DIRETRIZ Nº 14 – Visa a estruturação do Conselho Municipal de Saúde

OBJETIVO Nº 14.1 – fiscalizar, acompanhar, deliberar e aprovar a execução das ações na área da saúde

DIRETRIZ Nº 15 – Fortalecer e garantir a política de assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

OBJETIVO Nº 15.1 - Promover a o acesso da população de Monte Alegre de Sergipe aos medicamentos contemplados no RENAME e ao cuidado farmacêutico.

OBJETIVO 15.2: Estruturar e/ou ampliar as farmácias e a central de abastecimento farmacêutico do município

COMPROMISSO DA GESTÃO É O CUMPRIMENTO:

- **Indicadores**
- **Metas**

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

SAÚDE EM MONITORAMENTO 2023								
População Municipal 2022		15.315	RESULTADOS					
INDICADORES		META/ ESTAD O	Nº Absolut	Tx/Prop /Raz	Nº absoluto	Tx/Prop ./Raz	Nº absol ut	Tx/Prop. /Raz
			I RQDA		II RQDA		III RQDA	
01	Óbito prematuro 30 a 69 dcnt/taxa óbito prematuro 30 a 69 dcnt	267,93	7	104,15	13	193,42	18	267,82%
02	Óbitos em mulheres em idade fértil 10 a 49 investigados/proporção	95,00%	1	100%	1	50,00%	3	75,00%
03	Óbitos em mulheres em idade fértil 10 a 49		1		2		4	
04	Óbitos causas básicas definidas/proporção	95,00%	24	96,00%	44	95,65%	71	93,42%
05	Proporção de vacinas para crianças < 2 anos	100,00%	1	25,00%	0	0,00%	1	25,00%
06	Proporção de casos de doenças notificação compulsória imediata (DNCI)	85,00%	0,00%		0	0,00%	1	0,00%
07	Proporção de cura de casos novos de hanseníase nos anos da coorte	90,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
08	Taxa de detecção de hanseníase em < 15 anos por 100 mil habitantes	3,08	0	0,00%	0	0,00%	1	25,30%
09	Nº de casos novos de sífilis congênita em < ano	488	0		1		1	
10	Nº de casos de aids < 5 anos	2	0		0		0	
11	Nº casos novos aids 15 a 24/taxa de detecção de casos de aids em jovens (15 a 24 anos)	4,30	1	0,00%	1	37,40	0	0,00
12	Nº casos novo/taxa de detecção de casos de tuberculose	Sem meta	0	0,00%	0	0,00	2	13,06
13	Nº cura TB lab/percentual de cura de casos novos de tuberculose confirmados lab	80,00%	0	0,00%	1	100,00 %	1	100,00%
14	Proporção de exames para HIV realizados em casos novos de tuberculose	90,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	100,00%
15	Nº icsab/proporção de icsab - internações por condições sensíveis à atenção básica	19,91%	2	15,38%	10	15,87%	23	16,79%
16	Óbitos infantis/taxa de mortalidade infantil	13,84	1	13,51%	2	12,74	3	13,76

17	Óbitos neoprecoce/taxa de mortalidade neonatal precoce	8,06	1	13,51%	2	12,74	2	9,17
18	Óbitos neotardios/taxa de mortalidade neonatal tardio	3,67	0	0,00%	0	0,00	0	0,00
19	Óbitos pós-neonatal/taxa de mortalidade pós-neonatal	4,89	0	0,00%	0	0,00	1	4,59
20	Óbitos de 1 a 4 anos/taxa de mortalidade infantil de 1 a 4 anos	1,85	0	0,00%	0	0,00	0	0,00
21	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	70,00%	55	74,32%	117	74,52%	163	74,77%
22	Parto normal no sus e saúde suplementar/proporção	65,00%	47	63,51%	103	65,61%	148	67,89%
23	Gravidez nas adolescentes entre a faixa etária de 10 a 19 anos/proporção APS.	19,00%	13	17,57%	27	17,20%	42	19,27%
24	Exame citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos/razão AB	0,60	59	0,05	155	0,12	204	0,16
25	Mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos/razão AB	0,26	17	0,03	78	0,13	81	0,14
26	Nº de óbitos maternos/razão mort materna	13/37,73	0	0,00	0	0,00	0	0,00
27	Nº de óbitos maternos investigados/proporção	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
28	Nº óbitos fetais investigados/proporção de óbitos fetal e infantil investigados	95,00%	1	50,00%	2	66,67%	1	25,00%
29	Óbitos avc/taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral-avc	12,50	1	6,53%	1	6,53%	1	6,53
30	Óbitos iam/taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio- iam	29,00	4	26,12%	6	39,18	6	39,18
31	Óbitos diabetes/tx de mortalidade por diabetes mellitus		2	13,06	4	26,12	8	52,24
32	Óbitos neoplasias/taxa de mortalidade por neoplasias	72,10	4	26,12	8	52,24	14	91,41
33	Óbitos acidente trans/taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	16,00	0	0,00	01	6,53	2	13,06
34	Óbitos causas externas/mortalidade proporcional por causas externas	15,80%	0	0,00%	3	6,12%	3	3,95%
35	Óbitos homicídios/taxa de mortalidade por homicídios	50,74	0	0,00%	1	2,17%	1	6,53
36	Óbitos por suicídios/taxa de mortalidade por suicídios	5,10	0	0,00%	0	0,00	0	0,00

37	Número de óbitos por leishmaniose visceral	8	0	0	0	0	0
38	Proporção de análise realizada de amostras de água para consumo humano visam	90,00%	0	95,57%	120	157,50 %	120 100,00%
39	Nº de exodontias realizadas em dentes permanentes na atenção básica AB SB	Municipal 20%	0	0,00%	607	5.52	459 0,77%
40	Ação de escovação/média de ações escovações superv. APS AB e SB	Municipal 40%	0	0,0	0	0,0	13 0,77%
41	Cobertura das primeiras consultas odontológicas programadas na atenção básica AB		0	0,00%	2.439	15,93	3.713 24,24%
42	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa AB	78,00%	3.441	73,75%	1.868	40,90%	3.629 79,46%
43	Cobertura da atenção primária à saúde das equipes financiadas pelo ministério da APS	100,00%	15.315	100,00 %	15.315	100,00 %	15.31 5 100,00%
44	*Cobertura populacional estima de saúde bucal na atenção básica AB	76,93%	S/INF		S/INF		S/INF
45	**Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de AB APS	100,00%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A N/A
46	Nº de ciclos que atingiram no mínimo 80% cob. de imóveis visitados controle dengue endemias	N/A	1		3		6
47	Proporção de preenchimento do campo ocupação nas notificações de agravos trabalho	95,00%	27	100,00 %	11	100,00 %	17 100,00%
48	Número de óbito por dengue	2	0		0		0

9. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA – QDD

O relatório do Quadro de Detalhamento de Despesas (QDD). Este relatório, que auxilia o acompanhamento da execução orçamentária e financeira das Ações (projetos, atividades e operações especiais) constantes da **Lei Orçamentária** de um determinado exercício, apresenta detalhes de alocação e execução orçamentária e financeira, em alguns casos, até o nível (de elemento) de subelemento de despesa, quando consultado por linha de despesa.

Dados como orçamento inicial, que representa o aprovado na LOA – **Lei Orçamentária Anual** (inalterado até o final do exercício), disponibilidade orçamentária, orçamento contingenciado, total orçamentário, orçamento atualizado, cota orçamentária, saldo a cotizar, recursos pré-empenhados, valores empenhados, saldo da cota, saldo disponível para pré-empenho, liquidados e pagos, estão disponíveis no QDD.



QUADRO
DEMONSTRATIVO D

9.1. EXECUÇÃO DA PROGRAMAÇÃO POR FONTE, SUBFUNÇÃO E NATUREZA DA DESPESA.



DEMONSTRATIVO
DA DESPESA ORÇAN

9.2. INDICADORES FINANCEIROS

Ano/período: 2023 **Município:** 280420-Monte Alegre de Sergipe – SE

Indicador		Transmissão
		Única
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	7,69 %
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	90,30 %
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	13,14 %
1.4	Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	99,58 %
1.5	Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	19,85 %
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	49,65 %
2.1	Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município por habitante	R\$ 917,63
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	76,60 %
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,00 %
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	4,11 %
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	2,49 %
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	60,22 %
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	19,26 %

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)



RREO 2023.pdf

9.3. RELATÓRIO RESUMIDO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA (RREO)



RREO 2023.pdf



DEMONSTRATIVO
DA DESPESA ORÇAMENTÁRIA



QUADRO
DEMONSTRATIVO DI

9.4 - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

Pode-se definir a Execução Orçamentária como a utilização dos créditos (ou dotações) consignados no orçamento. Já a execução financeira representa a utilização dos recursos financeiros, visando a atender a realização das ações orçamentárias atribuídas a cada unidade.

1 – Os valores pagos em outro exercício fiscal mesmo tendo sua memória de cálculo e ano anterior, não estarão sendo computados para aquela prestação de contas.

2 – Para efeitos de despesa executada deve ser considerada a despesa empenhada ou paga no exercício fiscal.



RREO 2023.pdf



DEMONSTRATIVO
DA DESPESA ORÇAMENTÁRIA



QUADRO
DEMONSTRATIVO DI

10 AUDITORIAS - SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA SNA

O **SNA**, além de exercer as atividades de controle das ações e dos serviços de saúde, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, deve proceder à avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação.

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.

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.

OBS.: Não houve auditoria no decorrer do exercício de 2023.

11. ANÁLISES E CONSIDERAÇÕES GERAIS

Considerando os desafios enfrentados no exercício de 2023, os serviços de saúde da rede de **Atenção Primária Saúde**, foram satisfatório, visto que, os atendimentos ofertados atende a necessidade dos usuários, cumprindo os indicadores dos princípios regulamentados na **Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017**.

Considerando a necessidade do fortalecimento na rede de **Atenção Primária Saúde** no município, tem - se ofertados mais serviços nas comunidades, sendo um avanço muito grande no funcionamento das **Unidades Básicas de Saúde** nos povoados, dando maior assistência aos usuários em tempo real, evita o transtorno de deslocamento até a sede. Lembrando ainda que, a gestão tem buscado melhorias para munícipes, em especial com pontos de Apoio nas UBS, com reformas destes para diminuir o deslocamento dos usuários.

Considerando que as produções na rede de serviços de saúde oscilam com quedas entre os quadrimestres, mas a gestão juntos os profissionais de saúde, não mede esforços em busca de solucionar e atender as demandas com as atividades desenvolvidas pelas ESF como fortalecimento no atendimento da **Atenção Primaria a Saúde**.

Considerando o Pronto Atendimento como **rede de saúde** como porta de entrada em relação as demandas de urgência e emergência temos um acréscimo, devido aos usuários buscar mais a **PA 24 horas**, onde mantem-se uma equipe mínima de médicos clínicos geral, enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalham diariamente para atender as demandas da população monte alegreense, com a finalidade de proporcionar soluções e alívio aos usuários da rede SUS.

Considerando a demora com processo licitatórios, a **Academia de Saúde** foi inaugurada no **III Quadrimestre** e está pronta o funcionamento em 2024, visando o bem estar da população que necessita de acampamento.

Considerando os indicadores da **Vigilância em Saúde**, a busca e o esforços teve um bom desempenho, cumprindo os indicadores pactuados os resultados no foram satisfatórios.

12. RECOMENDAÇÕES PARA O PRÓXIMO EXERCÍCIO

Para o exercício 2024, administrar a pasta da saúde não é tarefa fácil, é desafiador, significa estar atento a tudo, pois em saúde é difícil prever, ficar sempre vigilante e buscar soluções para atender as demandas;

Considerando os obstáculos e as adversidades que poderá surgir, estar em alerta e de prontidão para buscar soluções e suporte juntos aos órgãos competentes, contar com o apoio dos profissionais de saúde, para oferecer e garantir melhor qualidade dos serviços, com o objetivo de cumprir as metas e indicadores estabelecidos.

Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe
Secretaria Municipal de Saúde
E-mail: saudealegre2020@hotmail.com

63

Evandro Silva Pereira Costa
Decreto 1.281/2022
Secretário Municipal de Saúde
Monte Alegre de Sergipe

Joziene dos Santos
Decreto 1.671/2023
Secretária Municipal de Saúde
Monte Alegre de Sergipe

Local: Monte Alegre de Sergipe / SE

UF:SE 2023

FONTES:

- **DAB** - Departamento da Atenção Básica
- **DESF** - Departamento de Saúde da Família;
- **MS** - Ministério da Saúde
- **PBF** – Programa Bolsa Família
- **SAPS** - Secretaria de Atenção Primária a Saúde
- **SIM** - Sistema de Informações sobre Mortalidade
- **SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- **SINASC** - Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos
- **SISAB** - Sistema de informação da Atenção Básica
- **SISAB** - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária
- **SISCAN** - Sistema de Informação do Câncer de colo
- **SISMAMA** - Sistema de Informação do Câncer de mama
- **SISLOGLAB** - Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
- **SISVAN** - Sistema de Monitoramento dos Programas Vitamina A e Ferro

ANEXOS

ANEXO I - PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2024



PAS 2024.pdf



RESOLUÇÃO DE 04
2023 PAS 2024.pdf



Plano de
imunização.pdf

ANEXO II - 8º CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A 8ª Conferência Municipal de Saúde, requerida pelo **Decreto de nº 1.565/23 01 de março de 2023**, publicado no **Diário Oficial do Município** em: 01/03/23, realizou-se na cidade de Monte Alegre de Sergipe/SE em 24 de março de 2023, com principais objetivos: construir propostas e avaliar a situação de saúde da população, a estrutura das Redes de Serviços e de Atenção à Saúde, os processos de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde e formular diretrizes para subsidiar a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Propor condições de acesso a saúde de qualidade e equidade, melhoria no acolhimento da atenção integral, garantir maior acesso à população a serviços de qualidade, definir princípios para priorizar as políticas de saúde assegurada por Lei, fortalecer o controle social no SUS, garantindo formas de participação dos vários seguimentos da sociedade, bem como eleger os delegados à VIII CONFESA - Conferencia Estadual de Saúde, com 04 eixos temáticos:

I. O Brasil que temos. O Brasil que queremos;

II. O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;

III. Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia;

IV. Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral da 8ª Conferência Municipal, foi compreender a realidade atual da comunidade e avaliar a situação da saúde da população e propor a busca de soluções para melhoria da qualidade de vida no âmbito da saúde.

Assim sendo, através da elaboração de propostas relevantes, bem como levando em consideração as necessidades de todos os usuários do SUS, foram debatidos temas que a partir do diagnóstico situacional da população que é fundamental para utilização de métodos e estratégias favoráveis que contribuam para o desenvolvimento da melhoria na qualidade de vida e nas relações sociais.

Contudo, na prática observado nas pré-conferências e na Conferência, fica claro que há necessidade de mudanças significativas em prol de um atendimento inclusivo e humanizado, no qual este grandioso evento abriu espaço para o diálogo entre governo e sociedade na construção das políticas públicas do

Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, aprofundar as possibilidades sociais e políticas de garantir direitos em especial ao que incidem a saúde e democratização deste direito para todos cidadãos.



REGIMENTO DA 8ª
CONF. MUNIC. DE S.



REGULAMENTO 8ª
conferencia.pdf



relatorio 8ª
conferencia municip

ANEXO III



DECRETO
DIÁRIO_OFICIAL_060

ANEXOS IV



CFSF MARIETA
SOUZA ANDRADE 1



POVOADO
MARAVILHA.docx



POVOADO LAGOA
DO ROÇADO.docx



CFSF MARIETA
SOUZA ANDRADE.pdf



UBS POV.
MARAVILHA.pdf



POVOADO LAGOA
DO ROÇADO.pdf

ANEXOS V



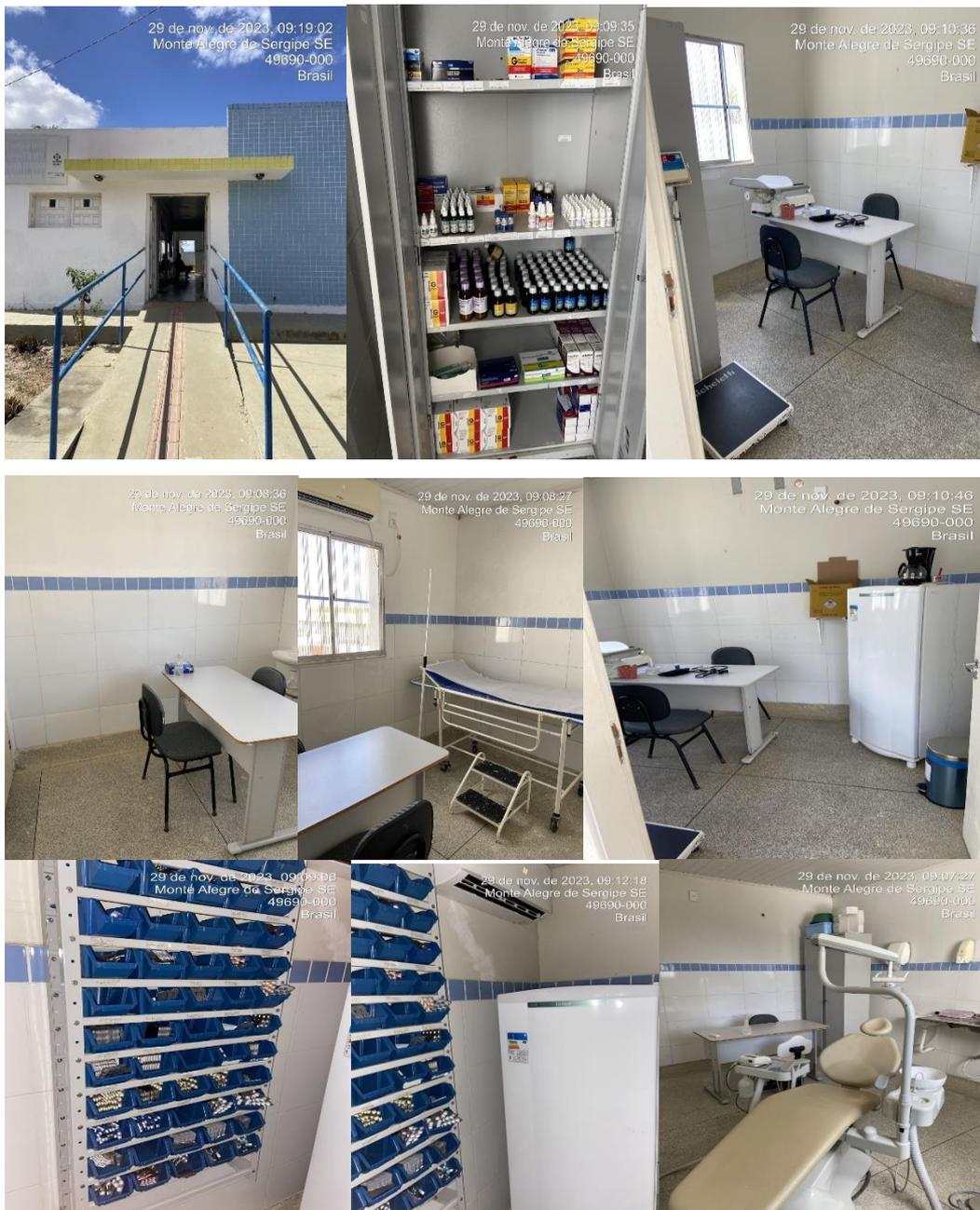
2022
Causas_de_Mortalid

ANEXOS VI



Plano de
imunização.pdf

ANEXOS VII - POVOADO LAGOA ROÇADO



POVOADO BAIXA VERDE



CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA OSMAILTON RODRIGUES FARIAS POV. MARAVILHA







Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe
Secretaria Municipal de Saúde
E-mail: saudealegre2020@hotmail.com



UBS DO POVOADO BARRA NOVA




UBS POV. BARRA
NOVA.pdf


POVOADO LAGOA
ROÇADO.pdf


POVOADO BAIXA
VERDE.pdf


CLINICA DE SAUDE
POV. MARAVILHA.pc

ABREVIACÖES:

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

CES - Centro de Especialidade em Saúde
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 - FMS - Fundo Municipal de Saúde

EACS - Equipes Agentes Comunitários de Saúde

ESB - Equipes de Saúde Bucal

ESF - Equipes de Saúde da Família

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

FNO - Federação Nacional dos Odontologistas

FNS - Fundo Nacional de Saúde IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

GPTE - Grupos Populacionais Tradicionais Específicos

GTI - Grupo de Trabalho Intersetorial

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

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

MDDA – Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas

MDG – Ministério de Desenvolvimento e Gestão

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS - Ministério da Saúde

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

PA - Pronto Atendimento

PAS – Plano Anual de Saúde
PAS - Programação Anual de Saúde
PAB - Programa Auxílio Brasil
PeNSE - Pesquisa Nacional Saúde do Escolar
PES - Planejamento Estratégico Situacional
PMAQ - PMM – Programa Mais Médicos
PMS – Plano Municipal de Saúde
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
QDD - Quadro de Detalhamento da Despesa
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

SGEP- Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
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

SISAUD - Sistema de Auditoria do SUS

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

SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SNA - Sistema Informatizado de Auditoria

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TFD - Tratamento Fora do Domicilio

Prefeitura Municipal de Monte Alegre de Sergipe
Secretaria Municipal de Saúde
E-mail: saudealegre2020@hotmail.com

