

I - IDENTIFICAÇÃO

I.I - Informações Territoriais

UF	SE
Estado	Sergipe
Área	183,273 (km ²)
População	5.584

Fonte: IBGE, 2019

I.II - Secretaria de Saúde

Nome do Órgão	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FEIRA NOVA
Número CNES	628392
CNPJ	11.385.775/0001-49
Endereço	Avenida José Alves de Queiroz, nº 310, Ulisses Guimarães
E-mail	Sms.fnova@gmail.com
Telefone	(79) 3313-1125

Fonte: Gabinete da Secretária/SMS, 04/09/2020

I.III - Informações da Gestão

Prefeito(a)	José Carlos dos Santos
Secretário(a) de Saúde em Exercício	Edivania dos Santos
E-mail secretário(a)	Feiranova.saude@gmail.com
Telefone secretário(a)	(79) 99651-4546

Fonte: Gabinete da Secretária/SMS, 04/09/2020

I.I - Plano de Saúde

Período do Plano de Saúde	2018 a 2021
Status do Plano	Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde

Fonte: Gabinete da Secretária/SMS, 21/09/2020

I.II - Conselho de Saúde

Instrumento Legal de Criação	Lei nº 178 de 03 de Agosto de 1985	
Endereço	Avenida José Alves de Queiroz, nº 310, Ulisses Guimarães	
E-mail	Sms.fnova@gmail.com	
Telefone	(79) 996329062	
Nome do Presidente	Adriane Mota da Silva Santana	
Número de conselheiros por segmento	Usuários	08
	Governo	04
	Trabalhadores	04

Fonte: Gabinete da Secretária/SMS, 21/09/2020

Ano de referência: 2020

I.III - Casa Legislativa

1º RDQA 2020

2º RDQA 2020

3º RDQA 2020

Data de entrega do Relatório

Data de entrega do Relatório

Data de entrega do Relatório

___/___/___

___/___/___

___/___/___

1 - IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

O nome do município vem de uma feira de troca de animais criada na década de 30 por comerciantes locais, com o intuito de se evitar que os habitantes da região precisassem frequentar outros municípios para comprar mantimentos e assim fossem atacados por **cangaceiros**.

A povoação surgiu de uma propriedade da região, a **Fazenda Logrador**, pertencente a **Domingos Dias de Souza** (apelidado "Domingo Bolachão"), que vendeu parte de suas terras a José Alves de Queiroz (apelidado "Fifio"). "Fifio" teve a ideia, junto com **José Lino de Souza** (um comerciante de couro da localidade), de montar uma bodega e transformar parte do estabelecimento em um pequeno centro de troca e venda de gado e couro.

Na época os moradores da região precisavam ir até as feiras dos municípios vizinhos de Nossa Senhora da Glória e Nossa Senhora das Dores para fazer compras, e viviam aterrorizados com as histórias de violência e roubo das mercadorias por **cangaceiros**. José Alves de Queiroz o "Fifio", convidou feirantes e moradores de toda a região para participarem da feira, iniciada no meio do campo, ofertando poucos animais, alimentos e principalmente a farinha de mandioca, no dia **12 de março de 1939**. Porém a feira cresceu muito, obrigando a prefeitura de **Nossa Senhora das Dores** (na época a sede da localidade) a melhorar a **estrutura administrativa** do Povoado Logrador, implantando uma **delegacia** e um mercado **público**. Hoje em dia a feira é muito modesta em comparação ao que já foi no passado.

O povoado é elevado à categoria de município com a denominação de **Feira Nova**, pela **Lei Estadual nº 1211, de 18 de outubro de 1963**, desmembrado do município de Nossa Senhora das Dores e Cumbe.

O sertão de o clima quente e seco o semiárido é típico, sempre foi vítima de secas prolongadas, o que levou os sertanejos a se aventurarem em diversas regiões do país, principalmente para os centros urbanos em busca de trabalho e melhores condições de vida. Essa região dos "currais", como denomina Euclides

da Cunha autor de “**Os Sertões**”, também foi alvo do cangaço, grupo de cangaceiros armados por vezes liderados por **Virgulino Ferreira da Silva, vulgo Lampião**, que assustavam os moradores da região, esse foi um fator que chegou a despovoar muitas localidades.

GEOGRAFIA

O município está dentro da área do polígono das secas, apresenta temperatura média anual de **25 °C**, com precipitação média de chuvas de **800 mm/ano** concentrada nos meses de outono-inverno (março a agosto). O relevo se constitui de colinas e tabuleiros. Os solos são rasos, não alagados (camada de rocha superficial) ou de textura argilosa e profundos. A vegetação local se constitui de capoeira, caatinga, campos limpos e campos Sujos. A área municipal está inserido em duas bacias hidrográficas, a do rio Sergipe e a do rio Japarutuba, outros rios da região são o **rio Salgado e o rio Doce**.

ECONOMIA

A economia municipal gira em torno da pecuária de bovinos, equinos e ovinos; da agricultura, com o milho sendo a principal cultura, além do feijão e da mandioca e da avicultura de galináceos. A indústria, antigamente representada pela fábrica de beneficiamento de algodão (fechada pelo declínio do produto na região), hoje é ligada à fábrica de laticínios.

ATRAÇÕES

Comemorações: Santos Reis, Festa da padroeira Nossa Senhora das Graças, Festas juninas, Vaquejadas.

Gentílico: *feira-novense*

INFORMAÇÕES DO IBGE

POPULAÇÃO	
População estimada em 2020	5.584 pessoas
População do último censo de 2010	5.325 pessoas
Densidade demográfica 2010	28,30 hab/km

Fonte: IBGE

MAPA DO MUNICÍPIO DE: FEIRA NOVA - SERGIPE



MAPA DO ESTADO:

MUNICÍPIO DE FEIRA NOVA - SERGIPE

O acesso até a capital Aracaju é feito pelas rodovias pavimentadas **BR-235**, **BR-101** e **SE-206**, num percurso total de 104 km



APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO

A atividade econômica concentra-se na sua maioria da agricultura familiar de subsistência, cultura de milho e feijão, bem como a pecuária na criação de bovinos, suínos e caprinos, a bacia leiteira representa mais uma fonte de renda aos pequenos produtores. A agricultura, pecuária e avicultura são atividades que também geram receitas ao município. Os rebanhos têm como principais efetivos os bovinos, suínos, ovinos e equinos. Os galináceos são os principais produtos da avicultura. Os principais produtos agrícolas são o milho, feijão. Sua população em **2019** é de **5.584** habitantes segundo dados do **IBGE**. A maior concentração da população feira novense 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.

1. FUNDO DE SAÚDE

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

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

LEGISLAÇÃO

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

LEGISLAÇÃO	
Lei de criação	LEI nº 177/95
Data de criação	31 de Julho de 1995
CNPJ	– Fundo Municipal de Saúde
Natureza Jurídica	Contábil
Nome do Gestor do Fundo	Secretária Municipal de Saúde: Nome: Edivania dos Santos

FONTE: CMS

1.2. PLANO DE SAÚDE

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

Fonte: CMS

LOCALIZAÇÃO

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

- ✓ Nossa senhora da Gloria
- ✓ Gracho Cardoso
- ✓ Cumbe
- ✓ Nossa Senhora das Dores
- ✓ São Miguel do Aleixo
- ✓ Nossa Senhora Aparecida

1.3. INFORMAÇÕES SOBRE REGIONALIZAÇÃO

Região Área	(Km ²)	Pop. (Hab) Densidade	Densidade
Extensão	188 km ²	5.584 / 2019 hab.	28,30 hab /km ²
Clima	Semiárido Bsh		
Altitude	250 m		
Fuso horário	UTC-3		

Fonte: IBG

1.4 - 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.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

ATUAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE

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

1. – INTRODUÇÃO

PLANEJAMENTO DO SUS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

É de grande importância garantir a participação popular e o controle social. Para construção dos instrumentos de Planejamentos do SUS: **Plano Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão**, os municípios têm se utilizado de diferentes modelos de planejamento que variam desde aqueles que só contemplam a simples projeção de tendência, até os modelos complexos que compõe uma visão mais problematizadora da realidade. O modelo proposto pelo Planejamento Estratégico Situacional – PES.

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

No âmbito do PLANEJASUS considera-se plano de saúde o instrumento que, a partir de uma

análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, expresso em Objetivos, Diretrizes e Metas.

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

No entanto, o referido relatório tem como base o Plano Municipal de Saúde exercício **2018/2021**, 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.

2 - DADOS DEMOGRÁFICOS E DE MORBIMORTALIDADE

MORBIMORTALIDADE

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

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

PERFIL DE MORTALIDADE.

No exercício de 2020 encerrado com um resultado parcial de **37** óbitos de munícipes no Sistema de informações sobre Mortalidade (SIM), ocorridos em Feira Nova. Os Indicadores de mortalidade proporcional, residentes de Feira Nova Sergipe, a 2020.

Tabela - Demonstrativo de mortalidade de munícipes residentes 2020.

Mortalidade	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total
	14	14	9	37

Fonte: SIM/DIVEP/NSI/SES/IBGE

Tabela - Demonstrativo de Indicadores de mortalidade materna, residentes, 2020.

Óbitos	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total
Óbitos maternos	0	0	0	0
Óbito Mulheres em idade fértil.	0	1	0	1
Óbitos Maternos declarados.	0	0	0	0

Fonte: SIM/DIVEP/NSI/SES/IBGE

2.1. POPULAÇÃO ESTIMADA POR SEXO E FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA			
FAIXA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
IDADE 0 – 04 ANOS	197	189	386
IDADE 05 – 09 ANOS	203	212	415
IDADE 10 – 14 ANOS	203	219	422
IDADE 15 – 19 ANOS	226	240	466
IDADE 20 – 24 ANOS	234	225	459
IDADE 25 – 29 ANOS	200	201	401
IDADE 30 – 49 ANOS	643	810	1.453
IDADE 50 – 59 ANOS	249	308	557
IDADE 60 – 69 ANOS	177	189	366
IDADE 70 - 79 ANOS	90	113	203
IDADE 80 OU MAIS	47	69	116
TOTAL	2.469	2.775	5.244

Fonte: IBGE 2010

2.2. NASCIDOS VIVOS

De acordo com os dados do **SINASC**, apresenta o quantitativo de nascidos vivos no município no ano de 2020, o que reflete a estimativa de crescimento populacional.

Tabela – Demonstrativo de nascidos vivos, residentes 2020.

Condições	1º Quadrimestre	2º Quadrimestre	3º Quadrimestre	Total
Nascidos vivos	30	35	21	86

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

2.3. PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO NO MUNICÍPIO
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II. Neoplasias (tumores)
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
V. Transtornos mentais e comportamentais
VI. Doenças do sistema nervoso
VII. Doenças do olho e anexos
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide
IX. Doenças do aparelho circulatório
X. Doenças do aparelho respiratório
XI. Doenças do aparelho digestivo
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo

XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
XIV. Doenças do aparelho geniturinário
XV. Gravidez, parto e puerpério
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal
XVII .Malf cong deformid e anomalias cromossômicas
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade
XXI. Contatos com serviços de saúde CID 10^a Revisão não disponível ou não preenchido

3. DADOS DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NO SUS

ATENÇÃO BÁSICA

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

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

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

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

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

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E-SUS 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 esteja inserida nas atividades já desenvolvidas pelos profissionais. Por meio do e-SUS AB, a rede de serviço que compõe a Atenção Básica alimentará o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (**Sisab**), que substitui o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

OBJETIVOS:

- **Objetivo geral**

- **Objetivos específicos**

GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Diretriz:

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

Objetivos:

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

GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possui um total de **70** funcionários, sendo destes **50** efetivos e **20** contratados e comissionados, lotados de acordo com suas funções e atribuições as necessidades aos serviços de saúde nas divisões administrativas, de informações e assistenciais. A Secretaria de Saúde do município tem como responsabilidade principal a assistência no setor primário, tendo atualmente uma cobertura de **100%** da população na Estratégia de Saúde da Família (ESF), cumprindo meta pactuada conforme o Ministério da Saúde preconiza (Departamento da Atenção Básica, DAB 2020).

Na Atenção Primária o município é constituído por duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo duas 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 Secretária Municipal de Saúde, com 01 profissional que atende as demandas de marcação de exames, consultas especializadas fora do município e demais procedimentos do sistema de regulação ACONTE.

3.1. 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.

Os dados registrados nos sistemas da estratégia e-SUS AB são enviados à base federal do SISAB, onde são submetidos a um processo de validação antes de serem colocados à disposição nos relatórios de envio e de 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, beneficiando e cumprindo as metas dos indicadores de saúde. Melhorando a saúde municipal. Atualmente estamos com duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família, uma fazendo a cobertura da área urbana e a outra 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).

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE SAÚDE BUCAL

Esse relatório apresenta cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e de Saúde Bucal na Atenção Básica utilizada para o monitoramento do acesso aos serviços da Atenção Básica com vista ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA

APRESENTAÇÃO

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.

JUSTIFICATIVA

O Ano de 2020 foi atípico devido a pandemia do novo coronavírus, desse modo todas as ações planejadas para o ano foram suspensas.

AGENDA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

A Agenda de Educação e Saúde é uma estratégia fundamental de implementação das ações compartilhadas nos territórios municipais. São escolhidos “recortes” do território integrando escolas e unidades de saúde, a fim de gerar uma articulação das práticas. A Agenda definirá as propostas comunitárias para estes microterritórios onde as escolas estão inseridas, refletindo as expectativas comunitárias em relação à interface educação e saúde. No âmbito da escola as atividades de planejamento e gestão do coletivo e formulação dos inventários detalhados e da condução de processos participativos integrados aos estudos e ao Projeto Político Pedagógico representa uma oportunidade 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 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.

PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

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

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

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

JUSTIFICATIVA

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

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

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

DEMONSTRATIVO DE ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS SUPLEMENTADAS COM VITAMINA A.

Tabela – Quantidade de crianças suplementadas com **Vitamina A** no quadrimestre.

I QUADRIMESTRE.

ESTADO DE SERGIPE IBGE –				
QUANTITATIVO DE VITAMINA A DISTRIBUÍDA				
CRIANÇAS COM 06 A 11 MESES - DOSE 100.00UI				
	Rotina	Meta -	Total	Cobertura
Janeiro	12	87	12	13.79%
Fevereiro	4	87	4	4.60%
Marco	9	87	9	10.34%
Abril	12	87	12	13.79%
TOTAL	37	87	37	42,53%
PRIMEIRA DOSE – CRIANÇAS DE 12 A 59 MESES DOSE 200.00UI				
	Rotina	Meta -	Total	Cobertura
Janeiro	25	250	25	10.00%
Fevereiro	23	250	23	9.20%
Marco	21	250	21	8.40%
Abril	0	250	0	0.00%
TOTAL	69	250	69	27,6%
SEGUNDA DOSE - CRIANÇAS DE 12 A 59 MESES				
Meta	Rotina	Meta -	Total	Cobertura
Janeiro	0	143	0	0.00%
Fevereiro	0	143	0	0.00%
Marco	0	143	0	0.00%
Abril	0	143	0	0.00%
TOTAL	0	143	0	0.00%

Fonte: E-gestor ab

Tabela – Quantidade de crianças suplementadas com **Vitamina A** no quadrimestre.

II QUADRIMESTRE.

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – MUNICÍPIO				
QUANTITATIVO DE VITAMINA A DISTRIBUÍDA				
CRIANÇAS COM 06 A 11 MESES - DOSE 100.00UI				
	Rotina	Meta	Total	Cobertura
Maio	0	87	0	0.00%
Junho	0	87	0	0.00%
Julho	0	87	0	0.00%
Agosto	0	87	0	0.00%
TOTAL	0	87	0	0,00%
PRIMEIRA DOSE – CRIANÇAS DE 12 A 59 MESES DOSE 200.00UI				
	Rotina	Meta	Total	Cobertura
Maio	0	250	0	0.00%
Junho	0	250	0	0.00%
Julho	0	250	0	0.00%
Agosto	86	250	86	34,4%
TOTAL	86	250	86	34,4%
SEGUNDA DOSE - CRIANÇAS DE 12 A 59 MESES				
Meta	Rotina	Meta	Total	Cobertura
Maio	0	143	0	0.00%
Junho	0	143	0	0.00%
Julho	0	143	0	0.00%
Agosto	43	143	43	30%
TOTAL	43	143	43	30%

Fonte: E-gestor ab

Tabela – Quantidade de crianças suplementadas com **Vitamina A** no quadrimestre.

III QUADRIMESTRE.

ESTADO DE SERGIPE IBEGE --				
QUANTITATIVO DE VITAMINA A DISTRIBUÍDA				
CRIANÇAS COM 06 A 11 MESES - DOSE 100.00UI				
	Rotina	Meta -	Total	Cobertura
Setembro	0	87	0	0.00%
Outubro	0	87	0	0.00%
Novembro	0	87	0	0.00%
Dezembro	0	87	0	0.00%
TOTAL	0	87	0	0.00%
PRIMEIRA DOSE – CRIANÇAS DE 12 A 59 MESES DOSE 200.00UI				
	Rotina	Meta -	Total	Cobertura
Setembro	01	250	01	0,4%
Outubro	0	250	0	0.00%
Novembro	0	250	0	0.00%
Dezembro	0	250	0	0.00%
TOTAL	01	250	0	0,4%
SEGUNDA DOSE - CRIANÇAS DE 12 A 59 MESES				
	Rotina	Meta -	Total	Cobertura
Setembro	9	143	9	6,2%
Outubro	2	143	2	1,3%
Novembro	0	143	0	0.00%
Dezembro	0	143	0	0.00%
TOTAL	11	143	11	7,6%

Fonte: E-gestor ab

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 são:

- ✓ Comprometimento do sistema imune, com aumento da predisposição a infecções;
- ✓ Aumento do risco de doenças e mortalidade perinatal para mães e recém-nascidos;
- ✓ Aumento da mortalidade materna e infantil;
- ✓ Redução da função cognitiva, do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com repercussões em outros ciclos vitais;

- ✓ Diminuição da capacidade de aprendizagem em crianças escolares e menor produtividade em adultos.

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

10 ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA ANEMIA

As necessidades de ferro durante os primeiros anos de vida e durante a gestação são muito elevadas, por isso recomenda-se a adoção de medidas complementares ao estímulo à alimentação saudável, com o intuito de oferecer ferro adicional de forma preventiva. Dessa forma, a prevenção da anemia por deficiência de ferro deve ser planejada com a priorização da suplementação de ferro medicamentosa em doses profiláticas; com ações de educação alimentar e nutricional para alimentação adequada e saudável; com a fortificação de alimentos; com o controle de infecções e parasitoses; e com o acesso à água e esgoto sanitariamente adequado. As ações de prevenção da anemia devem priorizar intervenções que contribuam para o enfrentamento dos seus principais determinantes. O esquema abaixo apresenta as janelas de oportunidades de prevenção e controle da anemia nos diferentes ciclos de vida.

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

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

PARTO E NASCIMENTO

1. Clampeamento tardio do cordão umbilical.
2. Amamentação na primeira hora de vida. Primeiros seis meses de vida
1. Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.
2. Suplementação profilática de ferro para crianças prematuras e que nasceram com baixo peso.

A PARTIR DOS SEIS MESES ATÉ DOIS ANOS DE IDADE.

1. Alimentação complementar saudável e adequada em frequência, quantidade e biodisponibilidade de ferro.
2. Suplementação de ferro profilática.
3. Fortificação dos alimentos preparados para as crianças com micronutrientes em pó.

SUPLEMENTAÇÃO COM SULFATO FERROSO EM CRIANÇAS.

Tabela – Quantidade de crianças suplementadas com Sulfato Ferroso no ano 2020.

ESTADO DE SERGIPE IBEGE		
CRIANÇAS SUPLEMENTADAS COM SULFATO FERROSO		
Meta	Crianças suplementada	Cobertura
91	70	76,9%

DIRETRIZ:

SUPLEMENTAÇÃO DIÁRIA DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO EM GESTANTES

Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes estima-se que 41,8% das gestantes em todo o mundo sejam anêmicas. Considera-se que pelo menos metade desses casos seja resultante de deficiência de ferro. Os Estados Membros solicitaram orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os efeitos e a segurança da suplementação de ferro e ácido fólico em gestantes como medidas de saúde pública para melhorar as condições da gestação em apoio ao seu esforço para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

A OMS desenvolveu estas recomendações substanciadas com evidências utilizando os procedimentos apresentados no guia OMS para desenvolvimento de diretrizes. Os passos deste processo incluem: (i) identificação de questões prioritárias e resultados; (ii) obtenção de evidências; (iii) avaliação e síntese das evidências; (iv) formulação de recomendações, incluindo prioridades de pesquisa; e (v) planejamento para disseminação, avaliação de impactos e atualização da diretriz. A metodologia de Análise, Desenvolvimento e Avaliação

da Classificação de Recomendações (GRADE) foi utilizada para preparar perfis de evidências relacionados aos tópicos pré-selecionados, com base em revisões sistemáticas atualizadas.

O grupo de orientações sobre diretrizes para intervenções de nutrição, chamado Grupo de Aconselhamento Especializado em Orientações Nutricionais (NUGAG), é formado por especialistas no conteúdo, metodologistas, representantes de potenciais colaboradores e consumidores. Esses especialistas participaram de diversas consultas técnicas da OMS relativas a esta diretriz, realizadas em Genebra, na Suíça, e em Amã, na Jordânia, em 2010 e em 2011. Os Membros do Painel de Especialistas e Colaboradores Externos foram identificados por meio de uma convocação pública para fornecimento de comentários e o envolvimento desse painel ocorreu ao longo de todo o processo de desenvolvimento da diretriz. Os membros do NUGAG votaram sobre o impacto da recomendação, levando em consideração: (i) efeitos desejados e indesejados desta intervenção; (ii) qualidade da evidência disponível; (iii) valores e preferências relacionadas à intervenção, em diferentes cenários; e (iv) o custo das opções disponíveis de funcionários da área de saúde em diferentes cenários. Todos os membros da NUGAG preencheram um Formulário de Declaração de Interesses antes de cada reunião. A suplementação diária oral de ferro e ácido fólico é recomendada como parte da assistência pré-natal para reduzir o risco de baixo peso no nascimento, anemia materna e deficiência de ferro (forte recomendação). A qualidade geral das evidências para suplementação de ferro versus ausência de ferro foi moderada para baixo peso no nascimento, nascimento pré-termo, anemia materna e deficiência de ferro materna no termo. A evidência foi considerada de baixa qualidade para peso no nascimento, morte neonatal, anomalias congênitas, morte materna, anemia materna severa e infecções durante a gestação; enquanto que foi considerada de qualidade muito baixa para efeitos colaterais.

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

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

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

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

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

(2), com os demais casos sendo resultantes de outras condições como deficiências de folato e Vitaminas B12 ou vitamina A, inflamação crônica, infecções parasitárias e distúrbios hereditários. Considera-se que uma gestante está anêmica quando sua concentração de hemoglobina durante o primeiro e terceiro 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.

SUPLEMENTAÇÃO COM SULFATO FERROSO EM GESTANTES

Tabela – Quantidade de gestantes suplementadas com Sulfato Ferroso.

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 2020		
GESTANTES SUPLEMENTADAS COM SULFATO FERROSO		
Meta	Gestantes suplementadas	Cobertura
126	90	71,4%

SUPLEMENTAÇÃO COM ACIDO FÓLICO EM GESTANTES.

ESTADO DE SERGIPE IBEGE – 2020		
GESTANTES SUPLEMENTADAS COM ACIDO FÓLICO		
META	Gestantes suplementadas	Cobertura
50	50	100%

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAUDE POR AREA DE TRABALHO DAS EQUIPES DA ESTRÁTEGIA DE SAÚDE.

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	
FUNÇÃO	
ACE	6
ACS	13
ALMOXARIFADO	1
AUX. ADMINI.	1
AUXILIAR DE ENFERMAFEM	8
AUXILIAR DE FARMACIA	1
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	9
ENFERMEIROS	2
FARMACEUTICO	1
FISIOTERAPEUTA	1
FISCAIS DA VISAM	2
GERENTE	1

MEDICOS ESPECIALIDADE	0
MEDICOS ESF	2
MOTORISTAS	6
ODONTOLOGOS	2
RECEPCIONISTA	2
SECRETARIA EXEC. DO CMS FISCAL DA VISAM	1
VIGILANTES	10
TOTAL	70

DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE.

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

Tabela - Relação dos profissionais por equipes de saúde da família do município, bem como local de atuação, 2020.

Zona Urbana	Zona Rural
6 Microáreas	7 Microáreas
1 Enfermeiro	1 Enfermeiro
2 Auxiliar de Enfermagem	2 Auxiliar de Enfermagem
6 ACS	7 ACS
1 Médico	1 Médico

Tabela – Quadro das equipes de saúde bucal município, bem como local de atuação, Feira Nova Sergipe, 2020.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	
Equipe I	Equipe II
Zona Urbana	Zona Rural
Odontólogo	Odontólogo
Auxiliar de Saúde Bucal	Auxiliar de Saúde Bucal
Equipe	Equipe

Com base no Departamento de Atenção Básica, a meta pactuada para cobertura pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF no município, são de 100% da população Feira Novense, desde modo atendendo e cumprindo os indicadores pactuados de saúde. Para aprimoramento e a qualidade dos serviços de saúde ofertados, assim como a estruturação dos serviços de Atenção Básica municipal.

ATENDIMENTOS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR ENFERMEIROS.

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

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO E MAMA.

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

RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO CITOLOGIA ONCÓTICA.

As Diretrizes são elaboradas com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado, a adequação do atendimento, o custo-efetividade e para servir como ferramentas educacionais. Trata das Diretrizes do rastreamento, referindo-se a diagnósticos citopatológicos conforme a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais. Disponibiliza recomendações padronizadas para condutas clínicas no cuidado adequado às mulheres identificadas como possíveis portadoras de lesões precursoras ou invasivas. Pretende contribuir de forma significativa para as boas práticas clínicas no país, destacando a iniciativa de 2011 como o Ano da priorização do Controle do Câncer do Colo do Útero.

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

I QUADRIMESTRE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
Citologia oncótica	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
Sub total	49	23	6	0
Total	78			

II QUADRIMESTRE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
Citologia oncótica	Maió	Junho	Julho	Agosto
Sub total	0	0	0	0
Total	0			

III QUADRIMESTRE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
Citologia oncótica	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Sub total	0	0	0	0
Total	0			

Justificativa

Devido a pandemia do novo corona vírus o procedimento de citologia oncótica foi suspenso nos meses de Abril a dezembro de 2020.

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.

O câncer de mama não tem uma causa única. Diversos fatores estão relacionados ao aumento do risco de desenvolver a doença, tais como: idade, fatores endócrinos/história reprodutiva, fatores comportamentais/ambientais e fatores genético-hereditários. Mulheres mais velhas, sobretudo a partir dos 50 anos de idade, têm maior risco de desenvolver câncer de mama. O acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas com o envelhecimento aumentam, de modo geral, esse risco. Os fatores endócrinos/história reprodutiva estão relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja endógeno ou exógeno, com aumento do risco quanto maior for a exposição. Esses fatores incluem: história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (após os 55 anos), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, uso de contraceptivos orais (estrogênio-progesterona) e terapia de reposição hormonal pós-menopausa (estrogênio-progesterona).

Os fatores comportamentais/ambientais bem estabelecidos incluem a ingestão de bebida alcoólica, sobrepeso e obesidade na pós-menopausa, e exposição à radiação ionizante. O tabagismo, fator estudado ao longo dos anos com resultados contraditórios, é atualmente reconhecido pela **International Agency for Research on Cancer (IARC)** como agente carcinogênico com limitada evidência de aumento do risco de câncer de mama em humanos.

O risco de câncer de mama devido à radiação ionizante é proporcional à dose e à frequência. Doses altas ou moderadas de radiação ionizante (como as que ocorrem nas mulheres expostas a tratamento de radioterapia no tórax em idade jovem) ou mesmo doses baixas e frequentes (como as que ocorrem em mulheres expostas a dezenas de exames de mamografia) aumentam o risco de desenvolvimento do câncer de mama.

Tabela – Quantidade de procedimentos de mamografia marcados no sistema **SISMAMA**, da Atenção Básica, 2020.

I QUADRIMESTRE

Mamografia	PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL
TOTAL	5	3	10	0

II QUADRIMESTRE

MAMO GRAFIA	PROCEDIMENTOS			
	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO
TOTAL	0	1	2	0

III QUADRIMESTRE

MAMO GRAFIA	PROCEDIMENTOS			
	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
TOTAL	0	1	1	0

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.

Tabela: Demonstrativos de exames de testes rápido realizados no ano 2020

I QUADRIMESTRE

QUANTITATIVO DE TESTES RÁPIDO PARA IST				
AGRAVOS	HIV	SIFILIS	HEPATITE B	HEPATITE C
JANEIRO	20	18	0	0
FEVEREIRO	18	18	0	0
MARÇO	21	20	0	0
ABRIL	20	20	0	0
Sub total	79	76	0	0

Total geral	155
--------------------	------------

FONTE: GERENCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS – ÁREA TÉCNICA DE DST/AIDS

II QUADRIMESTRE

QUANTITATIVO DE TESTES RÁPIDO PARA IST				
AGRAVOS	HIV	SIFILIS	HEPATITE B	HEPATITE C
Maio	22	22	0	0
Junho	21	21	0	0
Julho	24	24	0	0
Agosto	27	26	8	8
Sub total	94	93	8	8
Total geral	203			

FONTE: GERENCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS – ÁREA TÉCNICA DE DST/AIDS

III QUADRIMESTRE

QUANTITATIVO DE TESTES PARA RÁPIDO IST				
AGRAVOS	HIV	SIFILIS	HEPATITE B	HEPATITE C
Setembro	20	19	19	19
Outubro	15	16	15	13
Novembro	38	37	36	29
Dezembro	14	13	14	14
Sub total	87	85	84	75
Total geral	331			

FONTE: GERENCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS – ÁREA TÉCNICA DE DST/AIDS

E-SUS – AB

APRESENTAÇÃO

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.

Tabela – Demonstrativos de atendimentos e procedimentos realizados e cadastrados no **E-SUS** quadrimestre 2020.

I QUADRIMESTRE

PROCEDIMENTOS E-SUS					
Procedimentos	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
Consulta Medica agendada	02	02	0	02	06
Atendimento de urgência	02	0	36	111	149
Orientação Prevenção	0	0	0	0	0
Visitas periódicas	1.949	1.801	2.789	1.948	8.487
Consultas Em Odontológicas	94	146	179	13	432
Relatório exames avaliados	87	26	0	68	181
Atividades Coletivas	0	0	1	0	1

II QUADRIMESTRE

PROCEDIMENTOS E-SUS					
Procedimentos	Maio	Junho	Julho	Agosto	Total
Consulta Medica agendada	01	0	0	0	01
Atendimento de urgência	106	107	48	101	362
Orientação Prevenção	0	01	0	0	01
Visitas periódicas	1.653	1.752	2.263	2.166	7.834
Consultas Em Odontológicas	39	58	139	106	342
Relatório exames avaliados	63	73	18	140	294
Atividades Coletivas	0	0	0	0	0

III QUADRIMESTRE

PROCEDIMENTOS E-SUS					
Procedimentos	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Consulta Medica agendada	03	0	01	0	04
Atendimento de urgência	34	17	01	01	53
Orientação Prevenção	0	01	01	0	02

Visitas periódicas	2.074	2.161	1.838	1.708	7.781
Consultas Em Odontológicas	210	126	79	64	479
Relatório exames avaliados	255	161	47	112	575
Atividades Coletivas	0	0	0	0	0

VISITA DOS 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 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.

SISVAN

A avaliação do estado nutricional da população atendida na Atenção Básica ocorre por meio do **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Trata-se do sistema informatizado que possui dois tipos de acesso: público e restrito. O acesso pode ser feito de qualquer computador que tenha conexão com a internet. A outra modalidade de acesso é o módulo restrito. Todo município brasileiro deve ter um responsável pelo SISVAN cadastrado no Sistema de Cadastro de Gestores de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, por meio do "Acesso Restrito" é possível registrar o tipo de

acompanhamento que é realizado, como o atendimento de usuários da atenção básica, de beneficiários do Programa Bolsa Família e/ou de outras estratégias, como Chamadas Nutricionais. Ressalta-se que todos os dados de acompanhamento nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família, que é feito no módulo de gestão deste programa, são semestralmente importados para o **SISVAN Web**.

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

1.0 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF)

BENEFÍCIO BÁSICO

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

BENEFÍCIO VARIÁVEL

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

BENEFÍCIO VARIÁVEL DE 0 A 15 ANOS:

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

BENEFÍCIO VARIÁVEL À GESTANTE:

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

BENEFÍCIO VARIÁVEL NUTRIZ:

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

BENEFÍCIO VARIÁVEL JOVEM:

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

BENEFÍCIO PARA SUPERAÇÃO DA EXTREMA POBREZA:

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

A ESF tem como atribuições o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF), sendo esta ação obrigatória para a regularidade da transferência dos recursos financeiros do programa **PBF** para as famílias de baixa renda. Esses acompanhamentos das famílias são realizados em duas vigências ao ano, como disposto na tabela abaixo, em conformidade com a pactuação, o município precisa acompanhar no mínimo 94% das famílias

beneficiárias, os resultados obtidos indicam um desempenho superior ao pactuado.

PRÉ - REQUISITOS

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

1.1. GESTÃO DOS BENEFÍCIOS

2. ÍNDICE DE GESTÃO DESCENTRALIZADA

O Índice de Gestão Descentralizada (IGD) para os municípios (IGD-M) mede mensalmente as Taxas de Atualização Cadastral e de Acompanhamento das Condições de Educação e Saúde. Com base neste índice, que varia de 0 (zero) a 1 (um), são calculados os repasses financeiros que o Ministério da Cidadania realiza aos municípios para ajudar na gestão do Cadastro Único e do Bolsa Família.

Tabela – Relata o percentual de famílias acompanhadas pelo PBF, em 2020.

META 84%		
Famílias Cadastradas	1.818	
Famílias Acompanhadas	1.368	
Resultados	1º Vigência	2º Vigência
	75,12%	93,71%

COMPLEXIDADE: ATENÇÃO BÁSICA

2.1 PRODUÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS

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

Tabelas – Demonstrativo do quantitativo de atendimentos médicos no **Pronto Atendimento** por faixa etária no primeiro quadrimestre.

PRIMEIRO QUADRIMESTRE 2020					
PROCEDIMENTOS ATENDIMENTO MÉDICO POR FAIXA ETÁRIA					
PROCEDIMENTOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	TOTAL
MENOR DE 1 ANO	2	7	8	3	20
IDADE 1 - 4	10	15	27	18	70
IDADE 5 - 9	11	5	12	9	37
IDADE 10 - 14	13	6	11	4	34
IDADE 15 - 19	10	11	11	6	38
IDADE 20 - 39	41	72	49	30	192
IDADE 40 – 49	26	29	29	19	103
IDADE 50 – 59	21	36	34	35	126
IDADE 60+	32	35	49	43	159
TOTAL	166	216	230	167	779

Tabelas – Demonstrativo do quantitativo de atendimentos médicos no Pronto Atendimento por faixa etária o segundo quadrimestre.

SEGUNDO QUADRIMESTRE 2020					
PROCEDIMENTOS ATENDIMENTO MÉDICO POR FAIXA ETÁRIA					
PROCEDIMENTOS	Maio	Junho	Julho	Agosto	TOTAL
MENOR DE ANOS	6	8	4	15	33
IDADE 1 - 4	11	15	12	24	62
IDADE 5 - 9	16	9	11	14	50
IDADE 10 - 14	9	10	11	16	46
IDADE 15 - 19	14	7	23	23	67
IDADE 20 - 39	55	58	98	113	324
IDADE 40 - 49	32	33	56	50	171
IDADE 50 - 59	33	36	63	47	179
IDADE 60 +	46	51	80	66	243
TOTAL	222	227	358	368	1.175

Tabelas – Demonstrativo do quantitativo de atendimentos médicos no Pronto Atendimento por faixa etária o terceiro quadrimestre.

TERCEIRO QUADRIMESTRE 2020					
PROCEDIMENTOS ATENDIMENTO MÉDICO POR FAIXA ETÁRIA					
PROCEDIMENTOS	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
MENOR DE ANOS	13	14	03	02	32
IDADE 1 - 4	33	22	12	18	85
IDADE 5 - 9	29	13	14	12	68
IDADE 10 - 14	16	20	8	08	52
IDADE 15 - 19	20	15	18	19	72
IDADE 20 - 39	118	87	56	60	321
IDADE 40 - 49	77	63	34	35	209
IDADE 50 - 59	63	53	52	43	211
IDADE 60 +	109	96	74	58	337
TOTAL	478	383	271	255	1.387

Tabelas - Demonstrativo de Procedimentos realizados no Pronto Atendimento em 2020

PROCEDIMENTOS	
PROCEDIMENTOS	TOTAL
PRESSÃO ARTERIAL	2.439
AFERIÇÃO DE TEMPERATURA	1.353
CURATIVO	920
PARTO	0
GLICEMIA CAPILAR	230
COLETA DE MATERIAIS PARA EXAME	40
PEQUENAS CIRURGIAS	0
AEROSSOL	35
TOTAL	5.017

3. PRODUÇÃO DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E HOSPITALAR POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS

MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

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

Tabela – Demonstrativos de exames laboratoriais e consultas especializadas de média e alta complexidade reguladas e agendadas nos quadrimestre de 2020.

I QUADRIMESTRE

Procedimentos Marcados	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Total
Exames laboratoriais	20	77	74	71	242
Consultas/Especializadas	7	14	9	1	31
Cirurgias Eletivas	2	6	4	0	12
Ultrassonografia	4	2	6	6	18
Mamografia	0	0	0	0	0
Biopsia de colo	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL	33	99	93	78	303

II QUADRIMESTRE

Procedimentos Marcados	Mai	Junho	Julho	Agosto	Total
Exames laboratoriais	30	24	73	73	200
Consultas/Especializadas	1	10	6	6	23
Cirurgias Eletivas	1	0	0	2	03
Raio X	0	1	0	0	01
Ultrassonografia	6	2	0	0	08
Mamografia	0	0	0	0	0

Biopsia de colo	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL	38	37	79	81	235

III QUADRIMESTRE

Procedimentos Marcados	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Exames laboratoriais	64	98	112	117	391
Consultas/Especializadas	13	03	10	14	40
Cirurgias Eletivas	1	02	02	0	05
Raio X	0	06	10	03	19
Ultrassonografia	0	06	10	06	22
Mamografia	0	0	0	0	0
Biopsia de colo	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL	78	115	144	140	477

Tabela – Demonstrativos de exames e consultas especializadas de média e alta complexidade reguladas e agendadas nos quadrimestres em 2020

Procedimentos e Exames					
PRIMEIRO QUADRIMESTRE	JAN	FEV	MAR	ABR	TOTAL
Ressonância mag.	0	2	0	01	03
Tomografia	2	2	0	0	04
Cintilografia óssea	1	0	1	0	2
Videolaringoscopia	0	0	3	0	3

Cadeira de banho	0	0	0	0	0
Total Geral	03	04	04	01	12

Procedimentos e Exames					
SEGUNDO QUADRIMESTRE	MAI	JUN	JUL	AGOS	TOTAL
Ressonância mag.	1	2	2	1	06
Tomografia	0	1	0	0	01
Cintilografia óssea	0	0	0	0	0
Videolaringoscopia	0	1	0	0	1
Cadeira de banho	0	0	0	0	0
Total Geral	1	04	02	1	08

Procedimentos e Exames					
TERCEIRO QUADRIMESTRE	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Ressonância mag.	3	0	03	1	07
Tomografia	0	0	03	0	03
Cintilografia óssea	3	1	0	1	05
Videolaringoscopia	0	0	02	1	03
Cadeira de banho	0	0	0	0	0
Total Geral	06	01	08	03	18

BENEFICIÁRIOS COM TRANSPORTE PARA ARACAJU.

Como já mencionado sobre parte dos serviços de consultas, exames especializados e outros procedimentos da **PPI** de Média e Alta Complexidade Ambulatorial estão alocadas na regional e capital Aracaju/SE.

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.

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

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

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

No município o TFD é pago aos portadores de patologia crônica como: **Câncer e Insuficiência Renal Crônica** que realizam consultas, Quimioterapia, Radioterapias e Hemodiálises, bem como, ao acompanhante dos pacientes. O valor da diária é **R\$ 8,40** para cada 50 km.

Tabela – Demonstrativos de usuários beneficiados com viagens para TFD.

BENEFICIÁRIOS PELOS TRANSPORTES COM VIAGENS PARA TRATAMENTO DE HEMODIALISE E TFD ANO 2020.	
TOTAL	10 PACIENTES

HÓRUS - SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

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

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

OS OBJETIVOS DO HÓRUS SÃO:

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

- ✓ Monitorar e avaliar as ações da Assistência Farmacêutica no País.
- ✓ Contribuir para o planejamento dos serviços.
- ✓ Conhecer o perfil I de acesso e utilização de medicamentos pela população.
- ✓ Otimizar os recursos financeiros.
- ✓ Qualificar a atenção à saúde prestada aos usuários do SUS.
- ✓ Oferecer uma base de dados para consolidar a elaboração de indicadores.
- ✓ Contribuir com a formação da Base Nacional de dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica no SUS.

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

Justificativa

No referido ano o município de Feira Nova não possuía SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. Foi enviado e-mail ao Ministério da Saúde solicitando acesso ao Sistema.

4.6. PRODUÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde é um moderno modelo de organização de saúde, tendo seus eixos norteadores obedecendo a seus princípios e diretrizes. A Vigilância em Saúde destaca-se como um dos seus eixos que enquadra-se na Saúde Pública, obedecendo assim, o princípio da descentralização, fortalecendo e valorizando os Municípios.

A Vigilância em Saúde no estudo de **ARREAZA** et al (2010) foi descrita como um instrumento de saúde pública, relacionada a transmissão de doenças infecciosas objetivando o alerta e detecção dos primeiros sintomas. De acordo com o Ministério da Saúde a Vigilância em Saúde é uma observação contínua, apontando as doenças de maior incidência, contudo traçando um perfil de morbidade e mortalidade de uma população, baseando-se nos dados e informações coletadas (BRASIL, 2011).

A **FRIOCRUZ** destaca ainda que Vigilância em Saúde está relacionada às práticas dos saberes, da promoção e prevenção de doenças, nas diversas áreas

do conhecimento, abordando diversos temas, que se dá desde um planejamento até uma situação de saúde de uma população, dividindo-se entre as seguintes áreas: **Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Saúde do trabalhador e Vigilância Ambiental**. A epidemiologia pode ser definida como uma ciência que estuda uma sociedade, analisando os determinantes de saúde e propondo medidas de promoção e prevenção à saúde (BRASIL, 2005). No entanto, FILHO et al, ressalva em seu estudo que a definição de epidemiologia pode ser uma tarefa árdua, devido a sua magnitude e abrangência. Mas podemos afirmar que a epidemiologia é uma ferramenta de suma importância para Saúde Pública.

Conforme o Ministério da Saúde a epidemiologia pode ser definida como um conjunto de ações que promovem conhecimento, objetivando a detecção/prevenção das mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, objetivando o controle de doenças e agravos com a finalidade de adotar medidas de promoção e prevenção das doenças (BRASIL, 2011).

DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

Epidemiologia é o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos problemas de saúde em populações humanas, bem como a aplicação desses estudos no controle dos eventos relacionados com saúde. É a principal **ciência de informação de saúde**, sendo a ciência básica para a saúde coletiva.

✓ **EPIDEMIOLOGIA DESCRITIVA**

- A **epidemiologia descritiva** estuda o comportamento das doenças em uma comunidade, em função de variáveis ligadas ao tempo (quando), ao espaço físico ou lugar (onde) e à pessoa (quem).
- O seu **objetivo** é responder onde, quando e sobre quem ocorre determinado problema de saúde, fornecendo elementos importantes para se decidir quais medidas de prevenção e controle são mais indicadas,

além de avaliar se as estratégias utilizadas diminuíram ou controlaram a ocorrência de determinada doença.

- **Objetivos da Epidemiologia**

O objetivo geral da epidemiologia é reduzir os problemas de saúde na população.

Na prática, ela estuda principalmente a ausência de saúde sob as formas de doenças e agravos.

APLICAÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA

- ✓ Informar a situação de saúde da população: Determinar as frequências, o estudo da distribuição dos eventos e o diagnóstico consequente dos principais problemas de saúde verificados, identificando também as partes da população que foram afetadas, em maior ou menor proporção;
- ✓ Investigar os fatores determinantes da situação de saúde: Realizar estudo científico das determinantes do aparecimento e manutenção dos danos à saúde na população;
- ✓ Avaliar o impacto das ações para alterar a situação encontrada: Determinar a utilidade e a segurança das ações isoladas dos programas de serviço de saúde.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO - DESCRIÇÃO DE AGRAVOS

1 - Acidente de Trabalho

Acidente que ocorrer pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, ou perda, ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

2 - Atendimento 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 realizado indicação de aplicação de vacina e soro antirrábico por um profissional de saúde devidamente capacitado, evitando assim o risco de adoecimento.

3 - Caxumba

A caxumba é uma infecção viral aguda, contagiosa. A transmissão ocorre por via aérea, através da disseminação de gotículas, ou por contato direto com saliva de pessoas infectadas. Os principais sintomas são: febre, dor e aumento de volume de uma ou mais glândulas salivares e, às vezes, glândulas sublinguais ou submandibulares. A vacinação é a única maneira de prevenir a doença.

4 – Chikungunya

A Febre de Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus. A transmissão se dá através da picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes Aegypti* e *Aedes Albopictus* infectadas pelo CHIKV. Os sinais e sintomas são clinicamente parecidos aos da dengue – febre de início agudo, dores articulares e musculares, cefaleia, náusea, fadiga e exantema. A principal manifestação clínica que a difere são as fortes dores nas articulações. Embora chikungunya não seja uma doença de alta

letalidade, tem elevada taxa de morbidade associada à artralgia persistente, que pode levar à incapacidade e, conseqüentemente, redução da produtividade e da qualidade de vida.

5 – Dengue

Principal problema de saúde pública atual, é uma doença viral aguda transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. Na maioria dos casos, os sintomas são leves e autolimitados. Contudo, uma pequena parcela dos infectados evolui para doença grave. Vale ressaltar que é a doença viral que mais se espalha no mundo e possuem quatro sorotipos (**DENV 1, 2, 3 e 4**), todos com circulação no Brasil. A infecção por um sorotipo gera imunidade permanente para ele. No entanto, uma segunda infecção - por outro sorotipo - é um fator de risco para o desenvolvimento da forma grave da doença. Normalmente, a primeira manifestação da dengue é a febre alta (39° a 40°C), de início abrupto, que geralmente dura de 2 a 7 dias, acompanhada de dor de cabeça, dores no corpo e articulações, além de prostração, fraqueza, dor atrás dos olhos, erupção e coceira na pele. Perda de peso, náuseas e vômitos são comuns. A forma de prevenção mais eficaz contra a dengue é acabar com o mosquito, mantendo o domicílio sempre limpo e eliminando os possíveis criadouros.

6-Sarampo

Sarampo é uma doença infecciosa grave, causada por um vírus, que pode ser fatal. Sua transmissão ocorre quando a doente tosse, fala, **espirra** ou **respira próximo** de outras pessoas. A **única maneira** de evitar o sarampo é pela vacina. Em torno de **3 a 5 dias**, podem aparecer outros sinais e sintomas, como **manchas vermelhas no rosto e atrás das orelhas** que, em seguida, se espalham pelo corpo. Após o aparecimento das manchas, a persistência da febre é um sinal de alerta e pode indicar gravidade, principalmente em crianças **menores de 5 anos** de idade.

Os principais sintomas do sarampo são:

- Febre acompanhada de tosse;
- Irritação nos olhos;
- Nariz escorrendo ou entupido;
- Mal-estar intenso;
- Dores locais: nos músculos;
- Tosse: forte ou seca;
- No corpo: fadiga, febre, mal-estar ou perda de apetite;
- No nariz: nariz escorrendo, vermelhidão ou espirros;
- Na pele: erupções ou manchas vermelhas;
- Também é comum: conjuntivite, dor de cabeça, dor de garganta, inchaço dos gânglios, irritação nos olhos ou sensibilidade à luz.

7 – Sífilis

É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Podem se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença. Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre da gestação e no momento do parto (independentemente de exames anteriores). O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental.

8 - Toxoplasmose

É uma infecção provocada pelo **protozoário** *Toxoplasma gondii*. Não é transmissível de pessoa para pessoa. Diversos animais podem transmitir a doença para os seres humanos: gatos, suínos, caprinos, bovinos, aves e **animais silvestres**, mas aparentemente não ficam doentes. A transmissão ao homem ocorre pela ingestão de carnes malcozidas (boi e porco) ou contato com

fezes de animais contaminados. Há uma possibilidade remota de se contrair a doença mais diretamente pelo contato com fezes de gato. Pode ocorrer transmissão também pela **transfusão** de **sangue** e transplante de órgãos de pacientes contaminados. Os principais sintomas são: febre, gânglios aumentados, hepatoesplenomegalia (aumento do **fígado** e **baço**), podendo evoluir para **pneumonia** e **encefalite**. A toxoplasmose congênita pode ocasionar no feto alterações oculares, **hidrocefalia**, **microcefalia**, retardo mental, **convulsões**, **anemia**, problemas no fígado e mais raramente podem ocorrer o aborto e natimorto. O diagnóstico é feito através da pesquisa das Imunoglobulinas IgM e IgG que vão demonstrar a presença de **anticorpos** específicos para a doença. As mulheres grávidas devem realizar o exame no pré-natal e se for detectada a doença, pode ser feita uma análise do líquido amniótico (amniocentese), para detecção da doença no feto. Quando há suspeita de toxoplasmose cerebral, um simples exame de imagem é suficiente para confirmar o diagnóstico. Em pacientes imunocompetentes, a doença regride espontaneamente. Em pacientes imunodeprimidos, o tratamento é feito com antibióticos ao longo de seis semanas. Mulheres grávidas são tratadas com espiramicina até o final da gravidez.

9 – Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e sistemas. No Brasil, a doença é um sério problema da saúde pública, com profundas raízes sociais. O principal reservatório da tuberculose é o ser humano. O principal sintoma da tuberculose é a tosse na forma seca ou produtiva. Por isso, recomenda-se que todo sintomático respiratório - pessoa com tosse por três semanas ou mais - seja investigado. Há outros sinais e sintomas que podem estar presentes, como febre vespertina, sudorese noturna, emagrecimento e cansaço/fadiga. A forma extrapulmonar ocorre mais comumente em pessoas que vivem com o HIV/AIDS, especialmente entre aquelas com comprometimento imunológico. A transmissão da tuberculose é plena enquanto o indivíduo estiver eliminando bacilos. Com o início do esquema terapêutico adequado, a transmissão tende a diminuir gradativamente e, em geral, após 15 dias de tratamento chega a níveis insignificantes. A principal maneira de

prevenir a tuberculose em crianças é com a vacina BCG (Bacillus Calmette Guérin), ofertada gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS).

10 -Tentativa de suicídio

Quanto à tentativa de suicídio, justifica-se a inclusão desse agravo na lista de agravos de notificação imediata pelo município, considerando a importância de tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize, pois as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes.

É imprescindível articular a notificação do caso à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento, seja via ficha de notificação imediata da tentativa de suicídio, e-mail ou telefone (com envio posterior da ficha de notificação) com o encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde. Isso inclui acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso.

Para medidas de prevenção, é importante que todos profissionais fiquem atentos aos sinais que indicam que uma pessoa possa estar vulnerável à tentativa de suicídio, como: tentativas anteriores de suicídio, transtorno mental, doenças graves, isolamento social, ansiedade e desesperança, crise conjugal e familiar, situações de luto, perda ou problemas no emprego e facilidade de acesso aos meios. O suicídio é a expressão final de um processo de crise. É importante também sensibilizar profissionais de outros setores, tais como: educação, segurança pública, assistência social e a população em geral sobre esse problema de saúde, com vistas a preveni-lo.

11 - Violência interpessoal/provocada

As violências são eventos considerados intencionais e compreende a agressão, o homicídio, a violência sexual, a negligência/abandono, a violência psicológica, a lesão autoprovocada, entre outras.

12 – Zika Vírus

Doença causada por um vírus do gênero flavivirus, família flaviviridae, transmitida, principalmente, pelos mosquitos aedes Aegypti e aedes Albopictus doença febril aguda, autolimitada, com duração de três a sete dias, geralmente sem complicações graves. Porém há registro de mortes e manifestações neurológicas, além de causar a microcefalia. Os principais sintomas da Zika são semelhantes aos de outras infecções por arbovírus, como a dengue, e incluem febre, erupções cutâneas, conjuntivite, dores nos músculos e nas articulações, mal-estar ou dor de cabeça. Estes sintomas são, normalmente, ligeiros e duram de dois a sete dias, não existe tratamento específico para febre por Zika. O tratamento dos casos sintomáticos recomendado é baseado para o controle da febre e manejo da dor.

13 – COVID-19

Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias. **O novo agente do coronavírus foi descoberto em 31/12/19** após casos registrados na China. Provoca a doença chamada de coronavírus (COVID-19). Os primeiros coronavírus humanos foram isolados pela primeira vez em 1937. No entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do perfil na microscopia, parecendo uma coroa. A maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas a se infectarem com o tipo mais comum do vírus. Os coronavírus mais comuns que infectam humanos são o alpha coronavírus **229E** e **NL63** e beta coronavírus **OC43**, **HKU1**.

NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS

De acordo com as **Portarias nº 204 e Portaria 205**, de fevereiro de 2016, do Ministério da Saúde. As notificações compulsórias são obrigatórias, são metas pactuadas a serem cumpridas de acordo com os indicadores do SISPACTO, além de ser feitas através do **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. A ocorrência de casos novos de uma doença (transmissível ou não) o agravo (inusitado ou não), passível de prevenção e controle pelos serviços de saúde, indica que a população está sob-risco e pode representar ameaças à saúde e precisam ser detectadas e controladas ainda em seus estágios iniciais. A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados na Portaria, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes. Além disso, alguns eventos ambientais e doenças ou morte de determinados animais também se tornaram de notificação obrigatória. É obrigatória a notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública constantes nas **Portarias nº 204 e Portaria 205**, de fevereiro de 2016, do Ministério da Saúde. As notificações são feitas através do **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN** (BRASIL, 2016).

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).

Dentre esses agravos notificáveis AS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VIRUS merecem uma atenção especial, a Covid – 19 e a **Dengue**, por ser doenças com sintomas, transmissão e prevenção. A **dengue** é uma doença viral transmitida

pelo mosquito *Aedes aegypti*. A infecção por **dengue** pode ser assintomática, leve ou causar doença grave, levando à morte,

A Hanseníase visto ser uma doença endêmica o município de Monte Alegre com o intuito necessário de intensificar campanhas para orientar e conscientizar, bem como diagnosticar precocemente essas pessoas para iniciar tratamento imediatamente, fazer o bloqueio nos comunicantes através da administração da vacina BCG e com isso interromper a cadeia de transmissão e minimizar as possíveis sequelas deixadas pela doença.

O Sistema de **Informação de Agravos de Notificação (SINAN)** é alimentado, semanalmente de acordo com as semanas epidemiológicas, principalmente pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (**Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**), embora não havendo agravos para notificação, deve-se fazer a notificação negativa. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento de suma relevância para auxiliar o planejamento da saúde, definir e redefinir estratégias e metas, bem como dar prioridade de intervenção, além disso, permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

Tabela - Número de casos notificados e confirmados no ano de 2020.

Casos	Covid 19	Dengue	Chikungunya	Zika Vírus
Notificados	448	0	0	0
Confirmados	94	0	0	0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

Tabela - Notificação dos agravos no exercício de 2020.

Agravos	NOTIFICAÇÃO
Acidente Animais Peçonhentos	03
Acidente Trabalho exposição a material biológico	0
Acidente Trabalho grave	0
Atendimento Anti-rábico	10
Caxumba	0
COVID 19	448
Chikungunya	0
Dengue	10
Doença Aguda pelo Zika Vírus	0
Doenças Exantemáticas	0
Esquistossomose	0
Hanseníase	01
Hepatites virais	0
HIV/AIDS	02
Intoxicação Exógena	03
Leishmaniose visceral	0
Rubéola	0
Sarampo	0
Sífilis congênita	03

Sífilis em adulto	02
Sífilis em gestante	06
Síndrome do corrimento uretral	0
Tentativa de suicídio	0
Toxoplasmose em Gestante	0
Tuberculose	01
Varicela	0
Violência Inter/Auto Prov. Doméstica	04
Zika Vírus	0
TOTAL	493

Fonte: SINAN, 2020

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO.

A cobertura vacinal para crianças de 1 ano e menos em Feira Nova Sergipe é considerada **satisfatória** pelo Ministério da Saúde (MS), ainda que historicamente o município apresentou dificuldade para alcançar a meta de cobertura mínima, em todas as vacinas, preconizada pelo MS, que é imunizar no mínimo 95% dessa população.

CAMPANHA DE VACINAÇÃO INFULENZA, 2020

Tabela – Quantitativos de Vacinados na Campanha de Influenza, 20.

BOLETIM DE DOSES APLICADAS			
Vacinação Influenza	Metas	Vacinados	%
Crianças	90	439	88,69%
Trabalhador de Saúde	90	73	100%
Gestantes	90	70	111,11%
Puérperas	90	13	130%
Idosos	90	535	100,19%
Adultos 55 a 59 anos	90	157	77,72%
Geral	90	1.287	93,46%

Tabela - Cobertura Vacinal em menores de 01 ano em 2020.

Vacinas aplicadas	Dose	Cobertura
BCG * MATERNIDADE	8	8,5%
Poliomielite (< ano)	85	90,4%
Pneumocócica (< ano)	98	104,3%
Meningocócica Conjugada (< ano)	87	92,6%
Rotavírus Humano	95	101,1%
Pentavalente (<ano)	87	92,6%

Fonte: SIPNI - Programa Nacional de Imunizações

Tabela - Coberturas Vacinais em maiores de 1 ano de idade em 2020.

Vacinas aplicadas	Dose	Cobertura
Hepatite A	77	18,9%
Tríplice D1	92	97,9%
Tríplice D2	74	78,7%
Varicela	74	78,7%

Fonte: SIPNI - Programa Nacional de Imunizações

Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)

DESCRIÇÃO DA DOENÇA

A diarreia aguda é uma síndrome causada por diferentes bactérias, vírus e parasitas ou outros agentes entéricos, e são conhecidas como gastroenterites. Pode ocorrer em outras doenças infecciosas como a malária e o sarampo. Agentes químicos, fungos, antibióticos, ou toxinas produzidas por determinados microorganismos também causam diarreia. Em geral é auto-limitada, dura alguns dias e sua gravidade depende da presença e intensidade da desidratação ou do tipo de toxina produzida pelo patógeno.

AGENTE ETIOLÓGICO

São vários os agentes que causam a diarreia, e dependendo deles, a doença pode ser caracterizada por denominações distintas como **salmoneloses**, **criptosporidioses**, **ciclosporíases**, **enteroviroses** provocadas pelos vírus **Norovírus** ou **Rotavírus**, entre outras. Destacam-se as diarreias sanguinolentas, em geral mais graves causada pela *E.coli* O157:H7 e por outras bactérias produtoras de toxina tipo **Shiga**, as quais podem evoluir para síndromes gravíssimas como a síndrome **hemolítico-urêmica** (SHU) e a púrpura **trombocitopênica** trombótica (PTT)

MODO DE TRANSMISSÃO

Em geral transmitidas por água ou alimentos contaminados, ou por objetos levados à boca contaminados com fezes ou vômitos ou fezes de pessoas doentes.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

É feito a partir do isolamento e identificação do agente etiológico, por técnicas convencionais e ou moleculares, em material clínico do paciente (fezes, sangue, vômito, urina) e dos alimentos suspeitos de terem veiculado a infecção.

TRATAMENTO

Varia de acordo com o agente, no geral, o tratamento deve ser de suporte, com reidratação e reposição de eletrólitos, sempre que possível por via oral.

Vigilância da Diarreia e o Programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)

O Programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) foi estabelecido para todo o território nacional, pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, e é um importante instrumento para detectar alterações no padrão local das doenças diarreicas, apontando em tempo oportuno surtos e epidemias.

OBJETIVOS

O objetivo da MDDA é dotar as unidades locais de saúde que atendem a diarreia em seus municípios com instrumentos ágeis e simplificados que permitam uma análise semanal dos episódios de doença para a busca de relação entre os eventos (local comum das diarreias, fontes comuns de transmissão, grupos de pessoas envolvidas, gravidade da doença, etc.) o que permite detectar em tempo oportuno um surto ou epidemia, ou doenças sob notificação compulsória e outros agravos inusitados à saúde, possibilitando a investigação o mais precoce possível de suas causas e assim impedindo seu alastramento.

UNIDADES PARTICIPANTES DA – MDDA

O ideal na MDDA seria que todas as unidades de saúde que atendem diarreia participassem do programa registrando seus dados, analisando e enviando-os aos níveis do sistema de vigilância epidemiológica. Esta prática poderia permitir conhecer a incidência da diarreia nas pessoas que procuram serviços de saúde. Também é importante em nível local a integração da MDDA com os programas: Materno-Infantil, Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, onde os agentes de saúde ao detectar casos de diarreia nas populações, estariam encaminhando às unidades de saúde e registrando aqueles que necessitam de atendimento médico.

Na impossibilidade de implantação do registro semanal dos eventos em todas as unidades, o município deverá escolher as unidades de saúde com a maior representatividade nos atendimentos da doença observando-se essa representatividade por bairros ou distritos ou por determinadas áreas. Assim devem ser selecionadas, além das Unidades Básicas de Saúde, os Serviços de Pronto Atendimento ou Pronto Socorro de instituições públicas, conveniadas ou mesmo privadas, em função da representatividade da demanda de diarreia.

PLANILHAS

Impresso I - Planilha de Casos de Diarreia – MDDA

Os casos de diarreia atendidos na unidade de saúde participante da MDDA deverão ser registrados diariamente no Impresso I - Planilha de Casos de Diarreia, o registro de casos de uma mesma semana epidemiológica, de acordo com o calendário de semanas epidemiológicas (SE) SVS/MS no **SIVEP-DDA**.

Plano A: Diarreia sem desidratação, paciente atendido e dispensado com orientações de cuidados domiciliares levando sais hidratantes para casa;

Plano B: Diarreia com desidratação, paciente em observação na sala de TRO;

Plano C: Diarreia com desidratação grave e com reidratação endovenosa.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária tem suma importância, pois suas ações constituem atividades múltiplas na área da saúde, é também um instrumento da organização econômica da sociedade, inclusive com responsabilidades mais agravadas, pois vivemos em uma sociedade de risco.

A Lei Orgânica da Saúde 8080/90, definiu a Vigilância Sanitária como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesses da saúde. Está incluído, nestas ações, o controle de bens de consumo, direta ou indiretamente relacionados com a saúde bem como todas as etapas e processos, que vão da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

1- DESCRIÇÃO DAS AÇÕES:

O Departamento de Vigilância Sanitária orientou o Secretário de Obras sobre a **Nota Técnica nº22/2020/SEI/COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA**, a qual recomenda e alerta sobre procedimentos de desinfecção em locais públicos realizados durante a pandemia da COVID-19.

- A Prefeitura de Feira Nova realizou desinfecção das ruas, mercado municipal, rodoviária etc.
- Vigilância Sanitária também deu início às barreiras sanitárias na entrada e saída do município, todos com os devidos equipamentos de proteção individual (EPIS), aferindo temperatura dos condutores e passageiros.
- Foi realizada ações de promoção e prevenção em feira livre, orientando a população a se proteger do novo coronavírus.
- Feito rastreamento com testagem rápida IgG e IgM na população da Zona Rural e Zona Urbana.
- Feito Inspeção nos estabelecimentos e entrega do Decreto Municipal com medidas de restrição para combate ao novo coronavírus.

VISAGUA

A coleta das amostras de água é realizada com a finalidade de avaliar o grau de contaminação da água para o consumo humano no município. No ano de 2020, são 19 pontos que os fiscais realizam a coleta de amostras de água da rede de distribuição da **DESO**. Esses locais são selecionados mediante os fatores de risco à saúde da população, os quais podem ser remanejados em qualquer necessidade maior. O que também ocorre na coleta dos veículos

transportadores de água potável para consumo humano (carros pipas) que abastecem a região e alguns estabelecimentos. A periodicidade da coleta de ambos é mensal.

Tabela - pontos de coletas de água para controle de qualidade 2020.

Pontos	LOCAIS DE COLETAS
01	Prefeitura Municipal de Feira Nova
02	Delegacia de Polícia
03	Clínica de Saúde da Família
04	Secretária Municipal de Saúde
05	Secretária de Educação
06	Escola Dernival Joaquim Santos
07	Colégio Estadual Maria Montessori
08	Mercado Municipal
09	Rodoviária
10	Conselho Tutelar
11	Escola Estadual Maria Edinalva Santo
12	Escola Erinaldo Francisco
13	Biblioteca Municipal
14	Casa Lotérica
15	Igreja Assembleia de Deus Missão
16	Igreja Batista Betel
17	Igreja Católica
18	Cras
19	Deso

Fonte: VISA

O laudo do **Setor de Controle de Qualidade da Água do Departamento** da rede distribuidora - Companhia de Saneamento de Sergipe (**DESO**)

NÚCLEO DE ENDEMIAS
PLANO DE AÇÃO: 2020
RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E METAS ATINGIDAS

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 combate ao mosquito transmissor da **Dengue, Zika Vírus e Chikungunya**.

No dia a dia as visitas domiciliares faz parte do trabalho do 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 dos indicadores, bem como eliminar os criadouros dos mosquitos, portanto, esse papel não é somente dos ACE, mas de toda sociedade juntos para combater o vetor que transmite a doença.

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 a imóveis como postos de saúde, pontos comerciais, cemitérios, borracharia, praças e ferro velho; com o objetivo de prevenir a população e 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 6 agentes, e 1 Supervisor, que atuam realizando inspeções, orientando 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.

PONTO ESTRATÉGICO

São realizadas visitas aos (PE) a cada quinzena, eliminamos os focos e orientamos os proprietários como manter os recipientes limpos e em um local adequado.

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNCD DO MUNICÍPIO DE FEIRA NOVA SERGIPE

CICLO ANO	Se ma na	Sem ana	IMÓVEIS					%
	Inici al	Final	Prog.	Visit. /Infom	Trab.	Insp. (LI+T)	Pos.	Pend.
1º ciclo / 20	1ª	9ª	2.781	2.295	2.119	0	0	20%
2º ciclo / 20	10ª	18ª	2.781	2.230	2.079	0	0	6,77%
3º ciclo / 20	18ª	26ª	2.781	2.288	2.121	0	0	7,29%
4º ciclo / 20	27ª	35ª	2.781	2.235	1.953	0	0	12,6%
5º ciclo / 20	36ª	44ª	2.781	2.277	2.039	0	0	10,4%
6º ciclo / 20	45ª	52ª	2.781	2.343	2.105	0	0	10,1%

QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DO SISPNCD DOS MUNICÍPIOS DE SERGIPE								
IMÓVEIS E ÍNDICES DO LIRAA ou LIAA								
Obs. Pred.							Obs.:	
CICLO / ANO	Prog. Sistem	Ins p.	Pos.	I.I.P.	I.B	Dep. pred	IM.FEC	IM.REC
1º ciclo / 20	225	189	04	2,1	2,1	A2	-	-
2º ciclo / 20	225	238	03	1,3	1,3	A2	-	-

Justificativa:

No ano de 2020 devido a pandemia do novo coronavírus foram suspensos o 3º 4º 5º e 6º ciclos do Lira.

CAMPANHAS DE VACINA ANTIRRÁBICA.

A campanha de vacinação antirrábica é realizada anualmente, com o objetivo de fazer o levantamento de animais domésticos existente no município, bem como, prevenir a transmissão da raiva Canina e Felina. A campanha é realizada pelos Agentes de Combate a Endemias.

Tabela – quantitativa do levantamento dos Caninos e Felinos vacinados no município na Campanha de 2020.

VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA			
Vacinados	1º	3º	
2020	QUADRIMESTRE	QUADRIMESTRE	TOTAL
Caninos	-	863	863
Felinos	-	176	176
TOTAL	-	1.039	1.039

VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

5 - REDE FÍSICA PRESTADORA DE SERVIÇOS AO SUS

REDE FÍSICA DE SAÚDE

Tabela – Demonstrativo e relação das Unidades Pública e Privadas Prestadores de Serviço de Saúde Pública no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2020.

UNIDADES DE SAÚDE	CNES
Clínica de Saúde da Família	2477173
Unidade Básica de Saúde da Família	5149843

6 - PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – PAS

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde - CMS para apreciação e votação, o mesmo sendo aprovado dia 11/04/2018, em reunião ordinária, através da Resolução de nº 027.

A Secretaria Municipal de Saúde de Feira Nova Sergipe tem como missão planejar, executar e gerir os serviços de saúde em consonância com os princípios do SUS, buscando excelência nas ações direcionadas a integridade da saúde e qualidade de vida dos cidadãos. Em concordância com a **Lei**

Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), que apresenta como princípios e diretrizes a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e a igualdade da assistência à saúde.

O Plano Municipal de Saúde, além de constituir-se numa exigência legal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS, visto que, através dele, busca-se explicitar o caminho a ser seguido pela Secretaria Municipal de Saúde para atingir a sua missão.

No processo de formulação do PMS 2018-2021, foram considerados os resultados apresentados nos Relatórios de Gestão (RAG), referente aos anos 2014, 2015 e 2016, visto que estes apresentaram os resultados e indicadores do município. Considerou os resultados do Sistema de Pactuação de **Indicadores do Pacto pela Saúde (SISPACTO)** de 2017, as audiências públicas realizadas nas comunidades, propostas da Conferência Municipal de Vigilância em Saúde de 2017, os compromissos do Plano de Governo e outros instrumentos de pactuação do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Sergipe.

Este plano foi construído pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Feira Nova 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 Feira Nova Sergipe.

7.5 DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES.

COMPROMISSO DA GESTÃO:

- **Diretrizes, Objetivos, Metas e Estratégias de Ação.**

DIRETRIZ: Visa ampliação do acesso, qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)

OBJETIVO: Organizar os modelos de atenção à saúde com foco no acesso, humanização, integralidade e resolutividade, tendo a Atenção Primária a Saúde (APS) como principal porta de entrada e ordenadora do sistema.

8- AUDITORIAS

A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos e conceitualmente é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal.

O SNA tem como competência precípua a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS. As ações de auditoria estão voltadas para o diagnóstico e a transparência, com estímulo ao controle social.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus/Ministério da Saúde), órgão central do SNA, tem se caracterizado como um órgão relevante de controle interno no âmbito do SUS, a partir de mudanças conceituais, normativas e operacionais, em consonância com seus princípios e diretrizes, alterando a lógica da produção/ faturamento para a lógica da atenção aos usuários cidadãos e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e análise dos resultados.

ESTADOS E MUNICÍPIOS

A concretização do **Sistema Informatizado de Auditoria (SNA)** se dá de forma descentralizada, por meio dos órgãos estaduais, municipais e da representação do Ministério da Saúde em cada estado da Federação, expressando assim a sua dimensão técnica e política.

Por isso, o componente estadual e municipal do SNA deve ser instituído por ato formal no organograma da secretaria de saúde, com estrutura físico-financeira e logística definida e equipe multiprofissional. Bem como aquele que utiliza sistema informatizado e procedimentos padronizados na realização da ação de auditoria. A equipe multiprofissional deve ser capaz de desenvolver ações técnicas e administrativas de auditoria.

A estrutura do componente de auditoria deve variar conforme a complexidade da rede de serviços de saúde. Recomenda-se a adoção do Sistema Informatizado de Auditoria do SUS (**SISAUD/SUS**) para garantir a padronização de procedimentos, rotinas, fluxos e geração de relatórios. Isto possibilita a atuação uniforme das equipes e a sistematização e acompanhamento das atividades de auditoria no SNA.

EDIVANIA DOS SANTOS
Secretária Municipal de Saúde

Feira Nova: Sergipe / SE

2020

ANEXOS

COMBATE AO COVID-19



ANEXOS

OUTUBRO ROSA / NOVEMBRO AZUL



ANEXOS

ANTI RABICA



ANEXOS

CAMPANHA TRÍPLICE VIRAL



