

SMS
SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



PREFEITURA DE
LAGARTO



PLANO PLURIANUAL DE SAÚDE 2022-2025

MUNICÍPIO DE LAGARTO

Hilda Rollemberg Ribeiro
Prefeita Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Marlysson Talluanno Magalhães de Souza
Secretário Municipal de Saúde

Jacqueline Carvalho de Almeida
Chefe de Gabinete

Rodrigo Macedo Dantas
Procuradoria Geral do Município

Anne Caroline dos Santos
Diretor do Núcleo de Administração em Saúde e Finanças

Joacir Souza Santos
Diretor do Núcleo de Logística

Daniela de Souza Silva
Diretora Geral do Núcleo da Atenção Básica

Alane Rocha Ramos
Gerência da Estratégia Saúde da Família

Camila Martins Oliveira
Gerência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Ana Carla Oliveira Santos
Área Técnica da Saúde da Mulher e da Criança

Eva Cristiane de Moura Carvalho
Programa Saúde na Escola

Fabio Clécio Lima de Matos
Diretor do Núcleo de Saúde Bucal

Renata Nayara Costa Santos
Diretora do Núcleo de Atenção Especializada Ambulatorial

Sara da Costa Sandes
Gerência de Regulação e Auditoria

Sara Santos Vieira
Gerência do Centro Especializado em Reabilitação- CER III

Tatiane Batista Rocha
Gerência Executiva de Saúde Mental

Iargo Henrique Santana
Gerência do CAPS AD

Tatiane Batista Rocha
Gerência do CAPS II Aconchego

Greice Kelly de Souza Santos
Gerência do Centro de Especialidades Médicas

Josefa Telma dos Santos Santana
Gerência do Centro Humanizado da Mulher e da Criança

Maria Eduarda dos Santos Neta
Programa Melhor em Casa

Patrícia Fontes França
Gerência do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST

Thiago dos Santos Valença
Diretor do Núcleo de Vigilância Epidemiológica

Carlos Carvalho da Silva
Gerente de Rede de Frios e Imunização

Girlandia Vania Medeiros Gois
Gerência do Centro de Zoonoses

Annanda Nascimento Menezes
Gerência do Centro de Testagem e Aconselhamento-CTA

Vagner Rolino Andrade
Diretora do Núcleo da Vigilância Sanitária

Tamires de Melo Lima Siqueira
Diretora do Núcleo de Assistência Farmacêutica

Jamiliclei Santana dos Santos
Gerência de Compras

Amanda Menezes de Oliveira
Gerência de Contratos E Prestação de Contas

Riviane Correia dos Santos
Gerência de Recursos Humanos

Amanda Regina Carvalho Reis Borges
Gerência de Licitação

Danilo de Santana Menezes
Gerência Almoxarifado

Jose Valter Batista de Oliveira
Gerência de Patrimônio

Jaqueline Dias dos Santos Souza
Gerência Executiva de Equipamentos de Assistência à Saúde

Raquel Oliveira Cruz
Gerência de Serviço Social em Saúde Pública

Michael Douglas Lima de Santana
Gerência de Tecnologia e Informática

Gleide Anne Fraga Doria
Gerência do Centro de Saúde Josefa Barbosa dos Reis Romão

Edivana Leal
Gerência do Centro de Saúde Leandro Maciel

Regina Sérvulo Silva Freitas
Gerência da Clínica de Saúde da Família Dr. Davi Marcos de Lima

Meiriele de Jesus
Gerência da Clínica de Saúde da Família José Antônio Maroto

Renilson de Carvalho Correia
Gerência da Unidade Básica de Saúde Raimunda Reis

Anísio Jose dos Santos
Gerência da Unidade Básica de Saúde Pedro Felix

José Santiago Irmão
Gerência Unidade Básica de Saúde Pé da Serra

Andreia Marques Costa
Gerência da Unidade Básica de Saúde Padre Almeida

José Alisson Nascimento Garcia
Gerência da Unidade Básica de Saúde Margarida do Espírito Santos

Adriana Nascimento Santana

Gerência da Unidade Básica de Saúde José Serafim dos Santos

Fatima Araújo Dos Santos

Gerência da Unidade Básica de Saúde Givalda dos Santos Almeida

Gildásio Moreira Costa

Gerência da Unidade Básica de Saúde José Antônio Menezes- Meroba

Cátia Maria da Costa Santos

Gerência da Unidade Básica de Saúde José Bispo de Souza

Renato Gomes da Silva

Gerência da Unidade Básica de Saúde Alto da Boa Vista

Elaiane Cristina Santos de Santana

Gerência da Unidade Básica de Saúde Alcino Correia

Daniela Santos Pereira

Coordenadoria de Informações e Estatísticas

Joselaine Marilia Melo Fontes Nascimento

Coordenação da Educação Permanente em Saúde

Jéssica Rocha Campos

Ouvidora

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Thauane Fontes Correia

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Fabiane Nascimento Prado

Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde

“É importante ter metas, mas também é fundamental planejar cuidadosamente cada passo para atingi-las.”

Bernardinho

SUMÁRIO

Lista de Figuras Lista de Gráficos Lista de Quadro Lista de Tabelas

APRESENTAÇÃO.....	13
ANÁLISE SITUACIONAL	15
DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	15
Aspectos Socioeconômicos	16
Condições de Vida e Ambiente	16
CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	17
Panorama Demográfico	17
Panorama Epidemiológico	19
Mortalidade Geral	19
Acidentes e Violências – Causas Externas	22
Mortalidade Infantil	25
Mortalidade materna	27
Mortalidade Proporcional	30
Agravos Transmissíveis	33
Doenças e Agravos não transmissíveis	47
ESTRUTURA, AÇÕES, PROCESSOS DE TRABALHO E POLÍTICAS DE SAÚDE	52
Atenção Primária à Saúde	52
Atenção à Saúde Bucal	60
Atenção Especializada Ambulatorial	61
Atenção à Saúde Mental	63
Atenção à Saúde do Trabalhador	64
Centro de Testagem e Aconselhamento	65
Atenção Hospitalar	68
Assistência Farmacêutica	69
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	74
Regulação do Sistema de Saúde	75
Contratualização dos serviços de saúde	76
Rede de Atenção à saúde	76
Vigilância em Saúde	81

Imunização	90
Controle dos Agravos Transmissíveis	91
Práticas Integrativas	95
GESTÃO EM SAÚDE.	96
Intersetorialidade	97
Relações Interfederativas.	97
Planejamento	98
Financiamento	99
Auditoria	104
Judicialização da saúde	104
Humanização	105
Gestão do Trabalho	106
Educação Permanente	109
Ouvidoria	110
Participação e Controle Social	111
DIRETRIZES, OBJETIVOS, INDICADORES E METAS.	113
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	126
GLOSSÁRIO	128
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.	130

ANEXO

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do município de Lagarto	15
Figura 2 – Populações Chaves.....	67
Figura 3 – Populações Prioritárias.	67
Figura 4 – Processo de Regulação	75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Pirâmide etária de Lagarto, 2000 e 2010.....	19
Gráfico 02 – Taxa de Natalidade em Lagarto/SE entre os anos de 2015 e 2019....	22
Gráfico 03 – Coeficiente de Mortalidade Geral (CGM).....	22
Gráfico 04 – Taxa de Mortalidade Geral e número de óbito.....	23
Gráfico 05 – Coeficientes de Mortalidade por tipo de causa externa.....	24
Gráfico 06 – Número de óbito por acidente de trânsito.....	25
Gráfico 07 – Número de Vítimas dos principais acidentes de trânsito.....	26
Gráfico 08 – Taxa de mortalidade Infantil.....	26
Gráfico 09 – Distribuição percentual dos componentes neonatal precoce, neonatal tardio e pós neonatal na composição do coeficiente de mortalidade infantil no município de Lagarto/SE entres os anos 2015 - 2019.....	28
Gráfico 10 – Proporção dos principais grupos de causas da Mortalidade Infantil..	29
Gráfico 11 – Número de óbitos maternos no município	30
Gráfico 12 – Proporção de nascidos vivos	31
Gráfico 13 – proporção de partos cesáreos	31
Gráfico 14 – proporção de óbito por sexo	32
Gráfico 15 – proporção de registro de óbito com causas básicas.....	33
Gráfico 16 - Taxa de incidência da sífilis congênita.....	36
Gráfico 17 – Proporção de casos da TB com teste de HIV.....	37
Gráfico 18 – Taxa de incidência da AIDS.....	38
Gráfico 19 – Número de óbitos por HIV.....	39
Gráfico 20 – Taxa de detecção de HIV em gestante.....	41
Gráfico 21 – Distribuição dos casos de sífilis.....	42
Gráfico 22 – Distribuição dos casos de Sífilis em Gestante e Sífilis congênita notificada por ano de diagnóstico.	43

Gráfico 23 - Coeficiente geral de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes e número de casos novos.....	44
Gráfico 24 - Distribuição dos casos de hanseníase por faixa etária.....	46
Gráfico 25 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) e número de óbitos pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis - DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	48
Gráfico 26 – Cobertura da Atenção Básica e Saúde Bucal.	61
Gráfico 27 – Distribuição dos casos prováveis Notificados e Confirmados de Dengue.....	85
Gráfico 28 – Índice de infestação (IF) por ciclo trabalhado	87
Gráfico 29 – Percentual de aplicação municipal em saúde em Lagarto	102

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Perfil do município por IDH.....	16
Quadro 2 – Distribuição populacional por idade e sexo, Lagarto.....	18
Quadro 3 – Número de casos notificados segundo critério de confirmação HIV+ por ano de diagnóstico e município de residência.	40
Quadro 4 – Serviços especializados ambulatoriais e formas de acesso e regulação	62
Quadro 5 – Demonstrativo das especialidades disponíveis no Centro de Especialidades Médica.....	63
Quadro 6 – Demonstrativo dos Estabelecimentos e número de leitos disponível....	69

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Informações sobre moradia. Lagarto	16
Tabela 2 - Nomenclatura Legendada dos Grupos de Causas CID 10	19
Tabela 3 - Óbitos por capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID - 10ª revisão), mortalidade proporcional e taxa de mortalidade (por 100.000 hab.), por sexo	31
Tabela 4 – Distribuição dos casos de Dengue, Zika e Chikungunya notificados e confirmados.	47
Tabela 5 – Distribuição dos casos notificados por município de residência.....	51

Tabela 6 – Demonstrativo do número de ações desenvolvidas pelo Programa Municipal de Chagas.....	52
Tabela 7 – Indicadores do programa Municipal de Esquistossomose.....	53
Tabela 8 – Cobertura vacinal em crianças menores de 2 anos	55
Tabela 9 – Número de UBS na Atenção Primária.....	60
Tabela 10 – Número de atendimentos pelos profissionais das ESFs.....	62
Tabela 11 – Número de internações por causas sensíveis a Atenção Básica.....	64
Tabela 12 – Número de notificações relacionadas ao trabalho.....	70
Tabela 13 – Demonstrativo de Unidades Dispensadoras de Medicamento e Hórus implantado.	77
Tabela 14 – Demonstrativo dos medicamentos dispensados para tratamento da Hipertensão.	77
Tabela 15 – Demonstrativo dos medicamentos dispensados para tratamento da Diabetes.	78
Tabela 16 – Demonstrativo de medicamentos dispensadas com alta demanda.....	79
Tabela 17 – Demonstrativo dos medicamentos dispensados da Portaria 344/98...	80
Tabela 18 – Demonstrativo de usuários atendidos e receitas dispensadas.....	82
Tabela 19 – Internação em maiores de 60 anos	85
Tabela 20 – Número de internações em maiores de 60 anos por causas.....	85
Tabela 21– Razão de mamografia e citologia em mulheres da faixa etária.....	87
Tabela 22 – Demonstrativo do número de ações desenvolvidas no Programa Municipal de Chagas.....	91
Tabela 23 – Indicadores do Programa Municipal de Esquistossomose.	92
Tabela 24 – Cobertura vacinal em crianças menores de 2 anos.	96
Tabela 25 – Distribuição do número de profissionais por tipo de gestão.....	111
Tabela 26 – Tabela 18 Profissionais do SUS.....	113

APRESENTAÇÃO

O município de Lagarto através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem a atribuição de coordenar e executar a Política Municipal de Saúde em consonância com as diretrizes definidas pelo SUS explicitadas na Lei Orgânica do Município.

A Política Municipal de Saúde tem como missão promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando à redução do risco de agravos e o acesso universal e igualitário às ações para a sua promoção, proteção e recuperação, assegurando a equidade na atenção, diminuindo as desigualdades e promovendo serviços de qualidade, observando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas ações e nos serviços de saúde, ênfase em programas de ação preventiva, humanização do atendimento e gestão participativa do Sistema Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Saúde orienta a definição do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual se consolidando como fundamental instrumento de planejamento. É o instrumento que norteia todas as medidas e iniciativas para o cumprimento dos preceitos do SUS na esfera municipal, coerentes e devidamente expressadas nas Programações Anuais de Saúde tendo seus resultados avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com a participação e controle da comunidade a partir do Conselho Municipal de Saúde e da realização das Conferências Municipais de Saúde.

O PMS de Lagarto apresenta as diretrizes, os objetivos e as metas para a gestão da saúde no período de 2022 a 2025 tendo como base as orientações da Portaria nº 2135, de 25 de setembro de 2013 e do Decreto 7508/2011 que estabelecem o sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde. É o resultado de um amplo processo de diálogo, caracterizado pelo esforço de fortalecimento do planejamento integrado da saúde objetivando a identificação das necessidades da população. As propostas de campanha e o plano de governo da então candidata Hilda Ribeiro também foram inseridas contemplando as prioridades e os desafios no campo da saúde.

Esse PMS apresenta análise situacional do município proporcionando informações gerais das condições em que vive a população lagartenses, os principais indicadores demográficos, de morbimortalidade, de estrutura e acesso.

Os serviços assistenciais de saúde estão apresentados pela forma como estão organizados partindo da base do sistema até os serviços mais complexos ofertados à população dentro do Sistema Único de Saúde desde os serviços públicos e os contratados pelo SUS. Também estão contempladas as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Na área de gestão da saúde estão apresentadas informações sobre

o Financiamento da Saúde no município, questões do Trabalho e Educação em Saúde, Assistência Farmacêutica e Participação Popular.

A análise de todos esses indicadores de saúde proporcionou o planejamento de programas e ações nas áreas da gestão da saúde, promoção e assistência à saúde e investimentos em infraestrutura.

Este plano se propõe a desenvolver ações combinadas a partir da noção ampliada de saúde, interdisciplinaridade nos processos de trabalho, e humanização das práticas e da atenção, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida.

Para o alcance do objeto será necessário o contínuo esforço no sentido de aprimorar o funcionamento das Redes já implantadas, de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança e ainda, de implementar o pleno funcionamento de serviços e ações em áreas ainda incipientes como da Atenção à Saúde Mental; Atenção às Doenças Crônicas; Saúde do Idoso e à Pessoa com Deficiência.

ANÁLISE SITUACIONAL

A análise situacional ofereceu uma descrição transversal da situação de saúde da população de Lagarto e da estrutura, ações, processos de trabalho e políticas dos serviços de saúde. Aborda também indicadores do meio ambiente na relação com a saúde da população.

DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

Lagarto é um município brasileiro localizado no estado de Sergipe, na Região Nordeste do país. Encontra-se na região centro-sul e é a maior cidade do interior do estado em extensão territorial, com uma população estimada em 2020 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 105.221 habitantes. Sendo o terceiro município mais populoso de Sergipe, a cidade fica localizada a 75 km da capital, Aracaju. Ostenta uma área de 969,2 km², e densidade demográfica de 97,84 hab./km² e há mais de 100 povoados que compõem o município.

Figura 1 – Mapa do município de Lagarto



FONTE: IBGE

Lagarto é uma das maiores e mais próspera cidade do Estado de Sergipe. Tem uma localização geográfica privilegiado sendo um Polo Multirregional (Regiões Centro Sul, Centro Agreste, Sul e parte da Bahia) com aproximadamente

500 mil habitantes num raio de 50 km. O Produto Interno Bruto (PIB) – 2018 do município foi de R\$ 14.239,60 (Quatorze mil, duzentos e trinta e nove reais, sessenta centavos).

Aspectos Socioeconômicos

As atividades econômicas estão expressivamente pautadas nos produtos agrícolas, com destaque no cultivo de Tabaco e plantas cítricas. A industrialização do Tabaco movimenta a economia do município em que mais da metade de sua produção é exportada para outros estados. Destaca-se ainda neste setor as indústrias de embalagens, concessionárias de veículos, fábricas de móveis, fábricas de velas, indústrias de produtos químicos e indústrias do gênero alimentício. A cidade também se destaca no plantio da Mandioca, por este motivo é realizado no mês de junho o Festival da Mandioca que atrai dezenas de milhares de pessoas para a cidade no período festivo.

Índice de Desenvolvimento Humano

O Brasil ficou em 85º lugar na classificação pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Global 2012, com IDH de 0,730. Sergipe está em 20º lugar entre os estados do país, com IDHM de 0,665. Lagarto está na 14ª posição no IDH Municipal, com índice de 0,525.

Quadro 1 – Perfil do município por IDH. Lagarto, 2013.

IDH M	IDHM Renda	IDHM Longevidade	IDHM Educação
0,625	0,613	0,775	0,515

Fonte: Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (em <http://cod.ibge.gov.br/7JQ>)

1.1.1. CONDIÇÕES DE VIDA E AMBIENTE

O município de lagarto no censo demográfico/2010 apresentou 27.614 domicílios.

Tabela 1 – Informações sobre moradia. Lagarto.

INDICADORES	NÚMERO	%
Total de domicílios	27.614	-
Domicílios com energia elétrica	27.268	98,75
Domicílios com destinação adequado do lixo – coleta pública	21.258	76,98
Domicílios com abastecimento de água – rede geral	20.294	73,49
Domicílios com abastecimento de água – poço ou nascente	4.781	17,31

FONTE: IBGE, Censo Demográfico 2010. (em <http://cod.ibge.gov.br/AVP0>)

Apesar da infraestrutura de energia elétrica estar acima dos 98%, a cidade ainda apresenta localidades em condições de moradia precárias, com esgoto e destinação de lixo a céu aberto e consumo de água de não tratada.

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

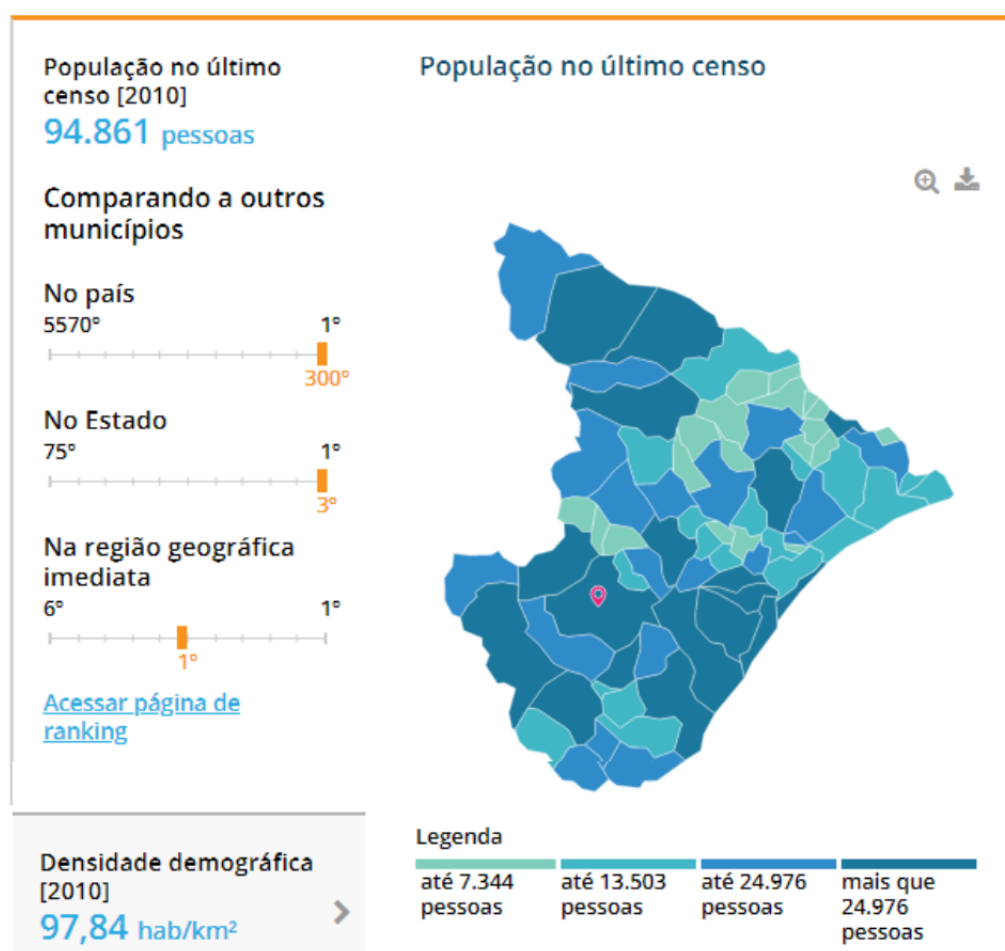
PANORAMA DEMOGRÁFICO

Os censos demográficos são realizados a cada dez anos. Desta forma o último censo realizado no Brasil foi no ano de 2010. No intervalo entre dois censos demográficos, realiza-se a contagem da população e os resultados são usados no desenvolvimento de políticas públicas e na destinação dos fundos governamentais para as Unidades Federativas. A população residente em Lagarto no ano de 2010 era de 94.861 habitantes (IBGE, 2010). Para o ano de 2012 e 2015 foram utilizadas projeções intercensitárias, segundo faixa etária, sexo (IBGE/MS/SGEP/RIPSA) ficando o município com 96.602 e 102.259 habitantes respectivamente.

Conforme estimativa do IBGE realizada em 2017, a população de Lagarto é composta de 104.099 habitantes, um acréscimo em torno de 8,87% em relação à população recenseada em 2010 (IBGE, 2017).

A pirâmide etária do município tem-se aproximado gradativamente de um formato retangular, como pode ser observado nos gráficos das pirâmides etárias para os anos de 2000 e 2010, representando uma transição demográfica. Na pirâmide 2010 nota-se um estreitamento na base, indicando redução na natalidade e o inverso no ápice representando um aumento no número de adultos e consequentemente da expectativa de vida.

População



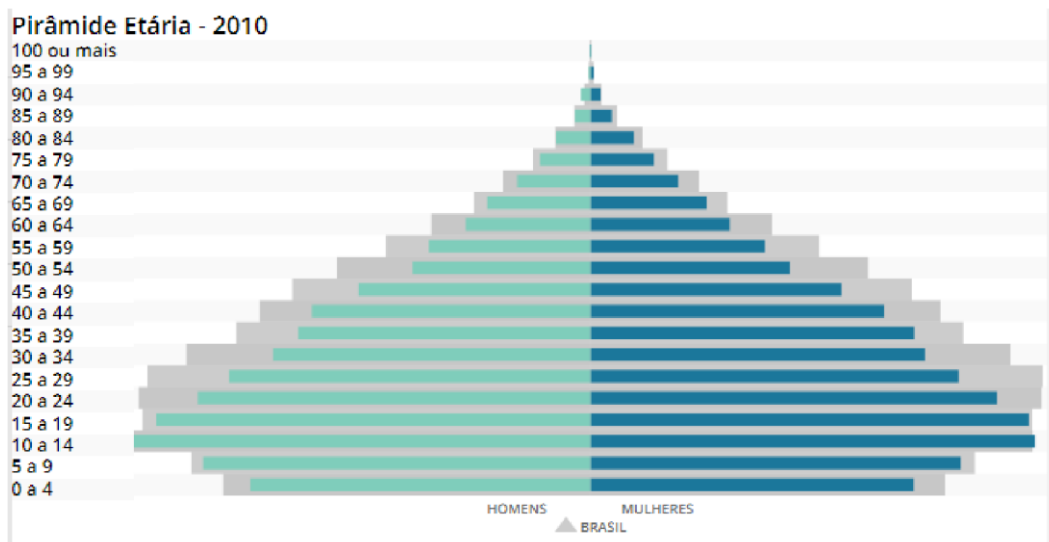
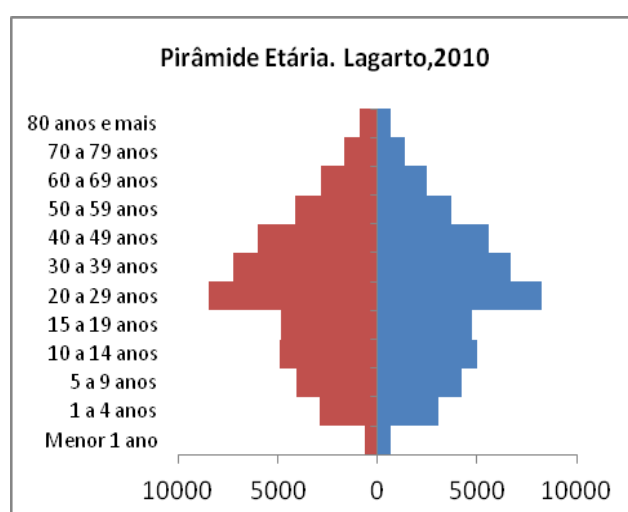
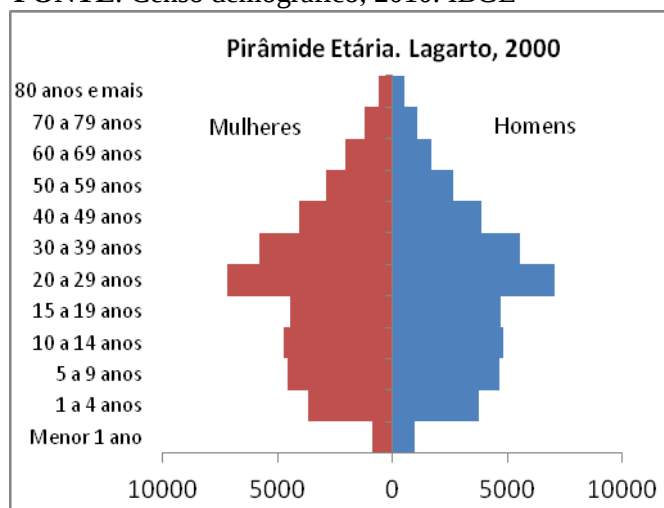


Gráfico 1 – Pirâmide Etária de Lagarto, 2000 e 2010.

FONTE: Censo demográfico, 2010. IBGE



Quadro 2 – Distribuição populacional por idade e sexo, residentes de Lagarto, 2021.

Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária				
Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf	Total
Menos de 01 ano	352	339	1	692
01 ano	534	586	3	1123
02 anos	731	636	1	1368
03 anos	666	633	2	1301
04 anos	680	641	1	1322
05 a 09 anos	3819	3701	8	7528
10 a 14 anos	4003	3878	8	7889
15 a 19 anos	4335	4295	13	8643
20 a 24 anos	4671	5144	17	9832
25 a 29 anos	4219	4866	13	9098
30 a 34 anos	3829	4568	6	8403
35 a 39 anos	3813	4349	11	8173
40 a 44 anos	3499	4097	9	7605
45 a 49 anos	3241	3786	12	7039
50 a 54 anos	2920	3362	10	6292
55 a 59 anos	2649	3060	9	5718
60 a 64 anos	2004	2393	8	4405
65 a 69 anos	1746	2005	7	3758
70 a 74 anos	1382	1584	8	2974
75 a 79 anos	966	1217	2	2185
80 anos ou mais	1240	1759	4	3003
Não informado	0	0	0	0
Total:	51299	56899	153	108351

FONTE: e-SUS/2021

Salário médio mensal
dos trabalhadores
formais [2019]

1,8 salários mínimos

Comparando a outros
municípios

No país



No Estado

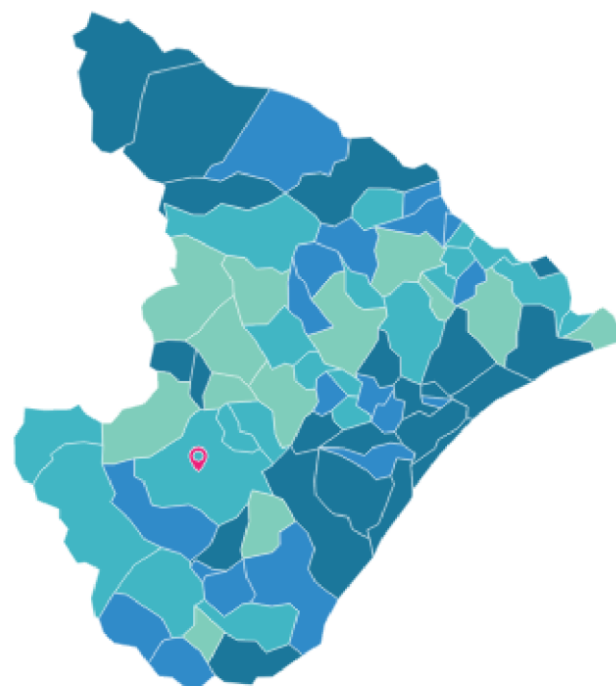


Na região geográfica
imediate



[Acessar página de
ranking](#)

Salário médio mensal dos trabalhadores
formais



Pessoal ocupado [2019]

14.724 pessoas >

População
ocupada [2019]

14,1 % >

Percentual da
população com
rendimento
nominal mensal
per capita de até 1/2
salário mínimo
[2010]

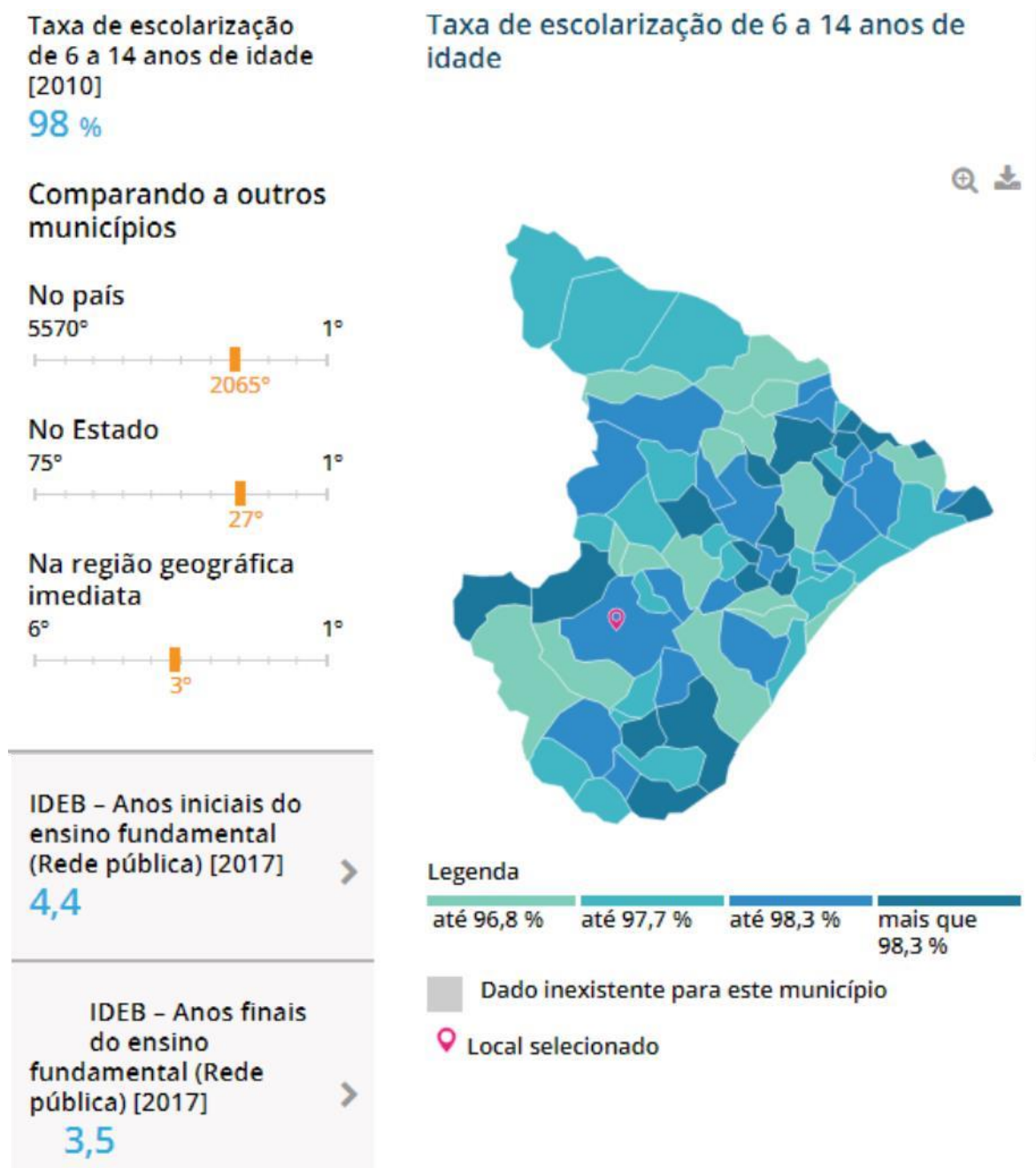
46,1 % >

Legenda

até 1,8 salários mínimos	até 2 salários mínimos	até 2,3 salários mínimos	mais que 2,3 salários mínimos
--------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

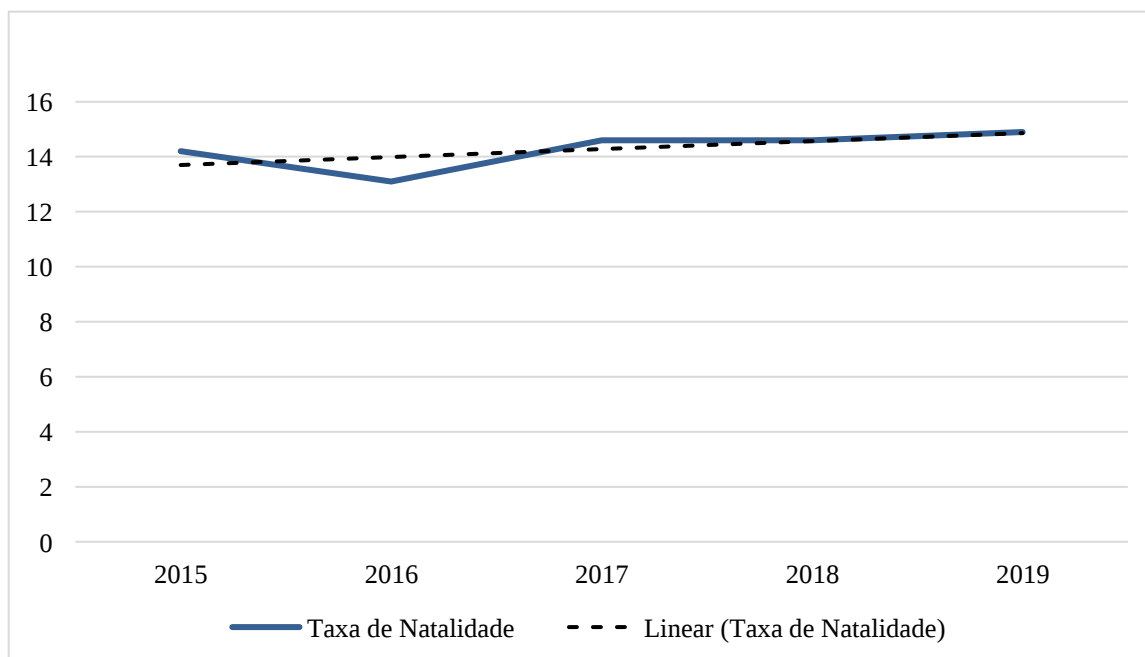
Dado inexistente para este município

Local selecionado



Observa-se no gráfico 2 uma tendência estacionária na taxa de natalidade, principalmente entre os anos de 2017 e 2019.

Gráfico 2 – Taxa de Natalidade em Lagarto/SE entre os anos de 2015 e 2019.



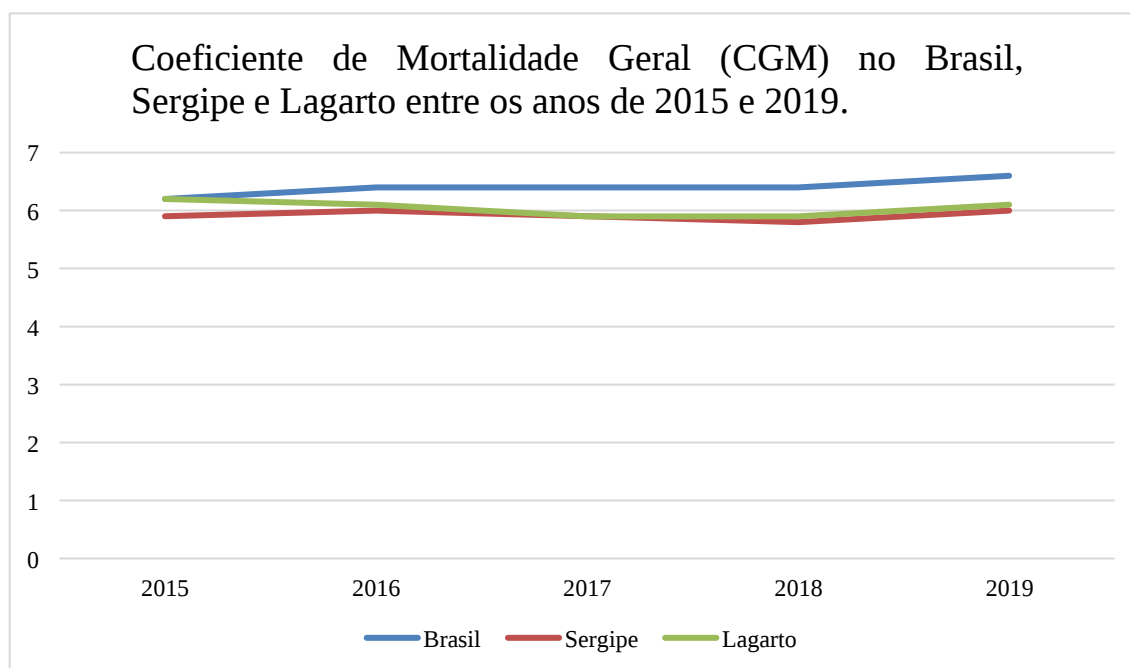
Taxa de Natalidade em Lagarto/SE entre os anos de 2015 e 2019.

FONTE: SINASC/IBGE/DATASUS

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Mortalidade Geral

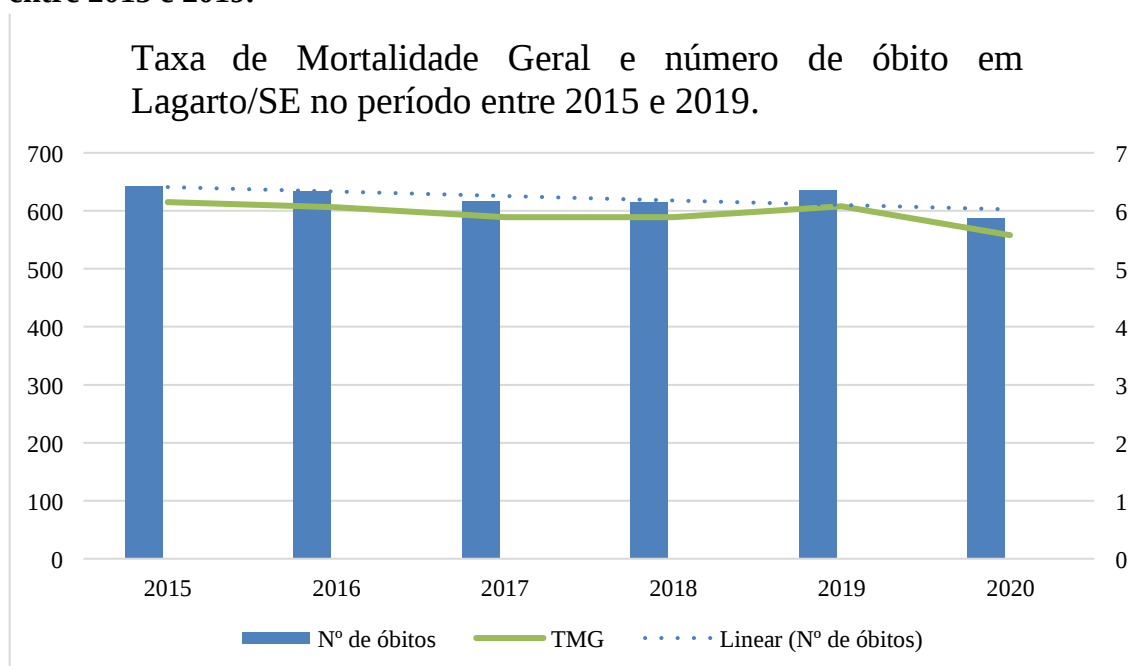
Gráfico 3 - Coeficiente de Mortalidade Geral (CGM) no Brasil, Sergipe e Lagarto entre os anos de 2015 e 2019.



FONTE: IBGE/DATASUS

Nos últimos anos o número de óbitos demonstrou uma tendência crescente. Em 2020, o coeficiente de mortalidade geral foi de 6,1/1.000 habitantes, o maior no triênio de 2017 a 2019, refletindo aumento na captação do registro de óbito. Entre os anos de 2015 e 2019 apresentou a média de 6,00/1.000 de Taxa Bruta de Mortalidade, superior à TBM estimada.

Gráfico 4 – Taxa de Mortalidade Geral e número de óbito em Lagarto/SE no período entre 2015 e 2019.

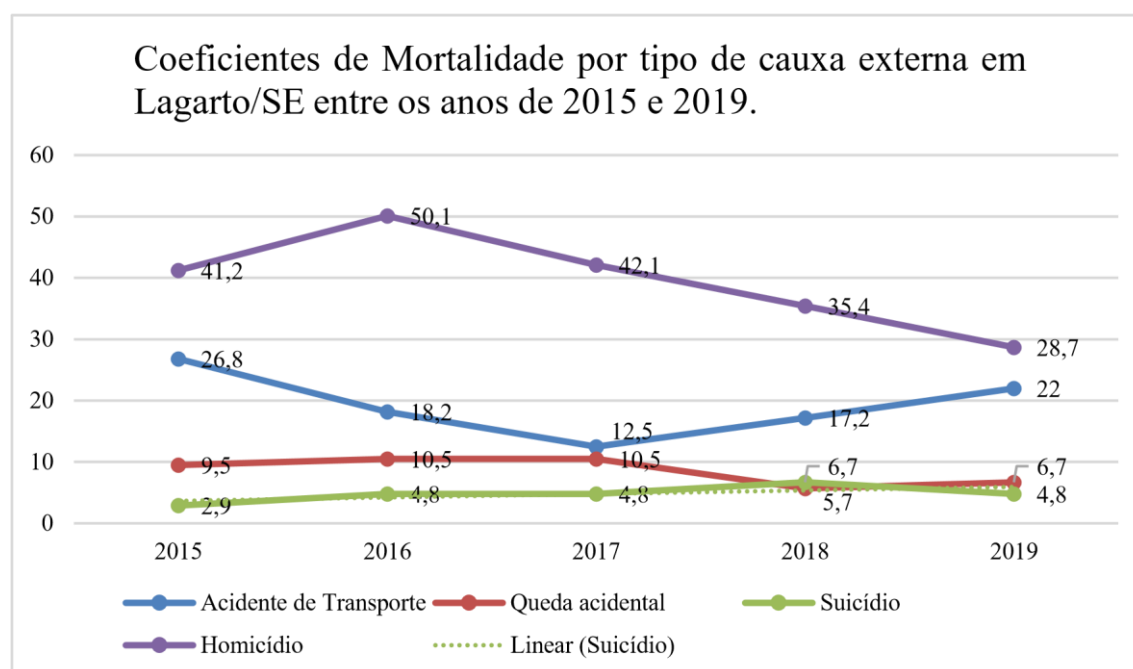


FONTE: SIM/DATASUS

Acidentes e Violências – Causas Externas

No tocante as causas externas os homicídios e os acidentes de transportes predominam como causa básica em todos os anos analisados. A violência homicida apresenta uma tendência decrescente no período observado. Em paralelo a violência autoprovocada apresenta uma tendência crescente ao longo do tempo, panorama que sinaliza a necessidade de implementação de novas políticas públicas.

Gráfico 5 - Coeficientes de Mortalidade por tipo de causa externa em Lagarto/SE entre os anos de 2015 e 2019.



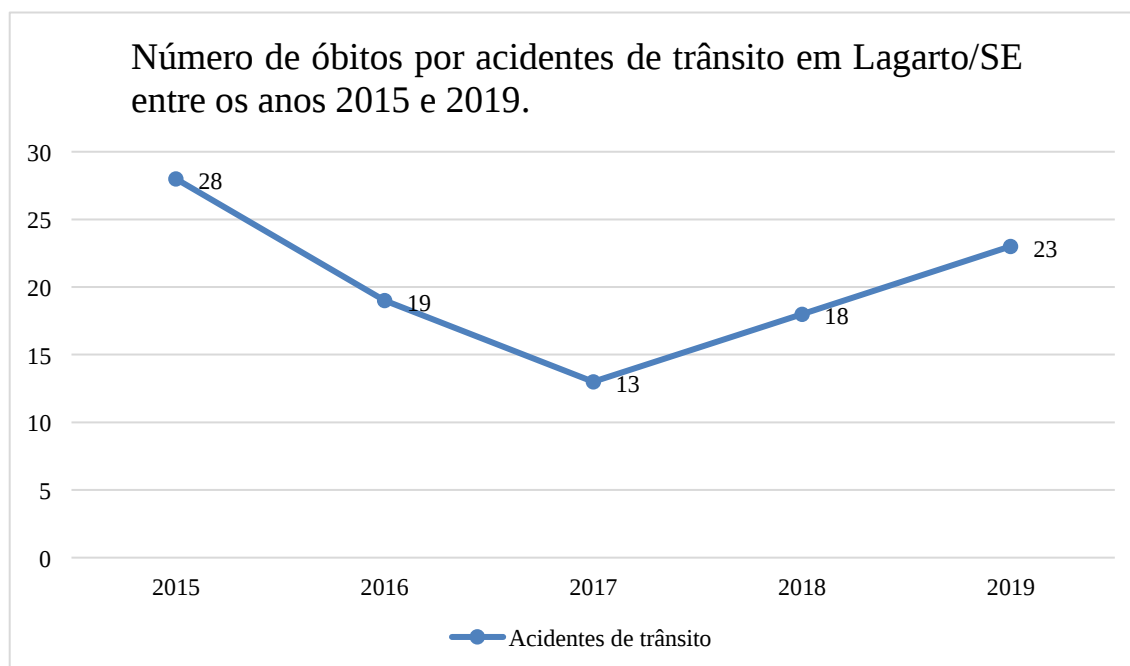
FONTE: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/DATASUS.

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Segundo estimativas da OMS, cerca de 1,2 milhão de pessoas perdem a vida no trânsito, anualmente, e o número de feridos graves situa-se entre 20 milhões a 50 milhões (Peden et al., 2004; WHO, 2009, 2013 e 2015). O processo de urbanização e modernização da sociedade contribui para esse panorama de morbimortalidade.

Em Lagarto, os acidentes de trânsito foram a segunda causa de óbito por causas externas entre os anos 2015 e 2019, com taxa de mortalidade de 22 óbitos/100.000habitantes e representam a primeira causa de internação em serviço de urgência e emergência. Os gráficos abaixo demonstram a magnitude do problema e o desafio para reverter esse panorama.

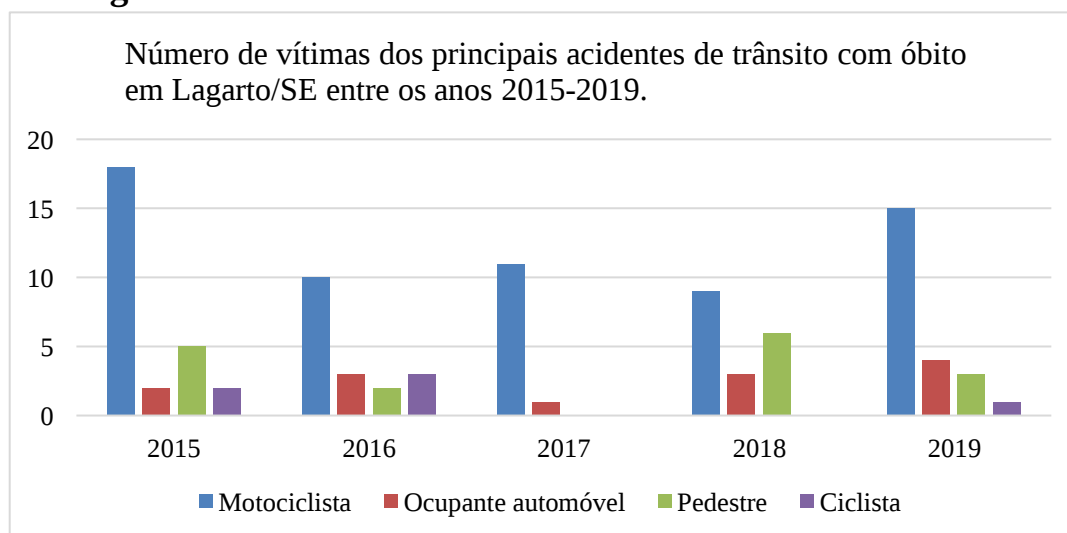
Gráfico 6- Número de óbitos por acidentes de trânsito em Lagarto/SE entre os anos 2015 e 2019.



FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Observa-se uma tendência de crescimento no número de óbitos por acidentes de trânsito nos últimos anos. Grave problema de saúde pública pelo impacto econômico, social e previdenciário, com principais vítimas em todo o período observado – 2015-2019 - motociclistas e pedestres (gráfico 10) e maior ocorrência no grupo etário economicamente ativo (gráfico 11).

Gráfico 7. Número de vítimas dos principais acidentes de trânsito com óbito em Lagarto/SE entre os anos 2015-2019.



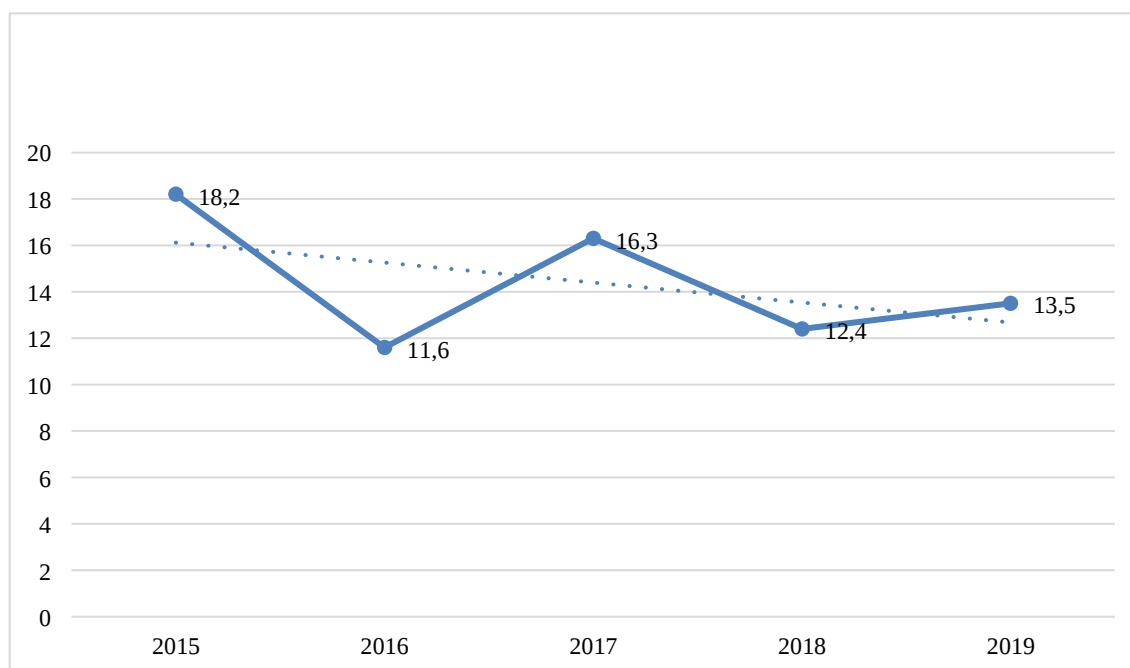
FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil é obtida por meio do número de crianças que morrem antes de completar 1 ano, a cada mil nascidas vivas. Esse dado é um aspecto de fundamental importância para avaliar a qualidade de vida, pois, por meio dele, é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, entre outros (Francisco, 2016).

Em Lagarto, as taxas de mortalidade infantil nos últimos entre os anos 2015 e 2019 (Gráfico 12) apresenta uma tendência decrescente, saindo de 18,2 para 13,5 por 1.000 nascidos vivos em 2019. Em 2019 o município obteve resultado abaixo da meta do Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD) seguindo o objetivo do milênio que é reduzir a mortalidade infantil a menos de 17,9/1.000 nascidos vivos.

Gráfico 8 - Taxa de Mortalidade Infantil por (/1.000 nascidos vivos) em Lagarto/SE entre os anos 2015 e 2019.

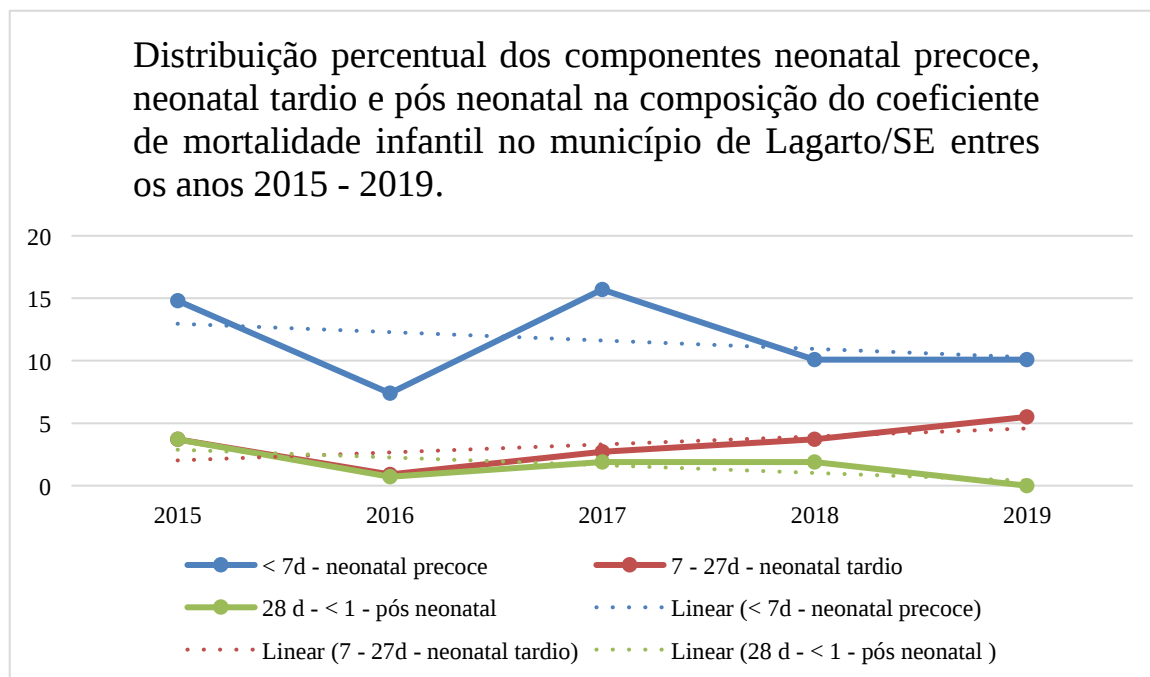


FONTE: Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM/DATASUS.

Analizando as taxas de mortalidade infantil por componente é verificado que maior parte dos coeficientes apresentam tendência de queda, exceto no componente neonatal tardio onde é verificada a tendência crescente.

O coeficiente da mortalidade neonatal precoce e tardio estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida e reflete, de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. A mortalidade pós-neonatal, denota o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário (RIPSA 2010).

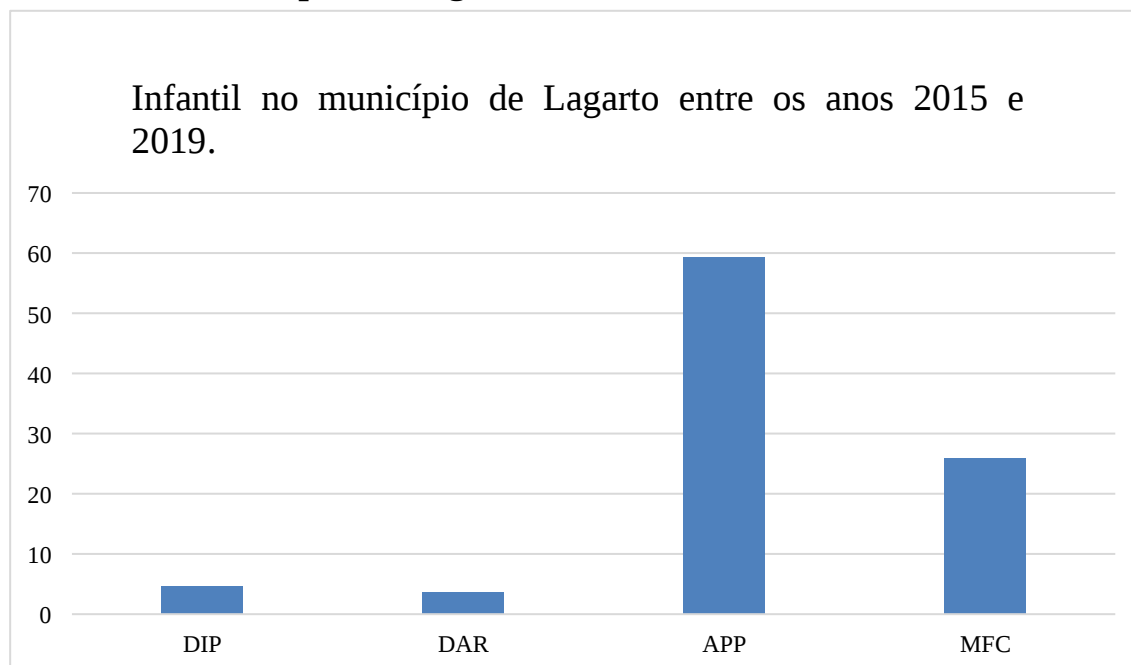
Gráfico 9 - Distribuição percentual dos componentes neonatal precoce, neonatal tardio e pós neonatal na composição do coeficiente de mortalidade infantil no município de Lagarto/SE entres os anos 2015 - 2019.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM/DVS/SES.

Mais da metade das crianças que foram a óbito no período analisado - 2015 a 2019 -teve como grupo principal de causas do óbito as afecções do período perinatal, com destaque: asfixia ao nascer, septicemia bacteriana do recém-nascido e as relacionadas às afecções maternas (hipertensão e outros). No segundo grupo de causas, destacam-se as malformações congênitas, em especial as cardíacas. Entre as doenças respiratórias, o maior destaque é para as pneumonias. Em último lugar estão as doenças infecciosas e parasitárias com destaque para diarreia e gastroenterite.

Gráfico 10 - Proporção dos principais grupos de causas da Mortalidade Infantil no município de Lagarto entre os anos 2015 e 2019.



Proporção dos principais grupos de causas da Mortalidade

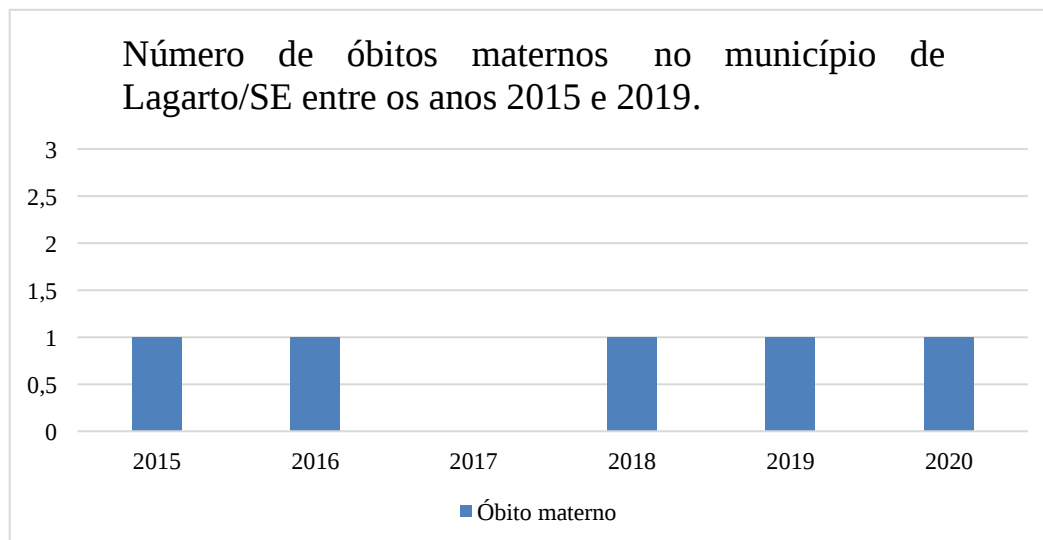
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM/DVS/SES. Legenda: DIP – Doenças infecciosas e parasitárias, DAR – doenças do aparelho respiratório, APP – afecções do período perinatal, MFC – malformação congênita.

MORTALIDADE MATERNA

O Coeficiente de Mortalidade materna permite estimar a frequência de óbitos femininos atribuídos às causas em questão em relação ao número de nascidos vivos, refletindo a qualidade da assistência à saúde da mulher (OPAS, 2002).

No período avaliado – 2015 a 2020 – verifica-se a ocorrência de óbito materno em maior parte do período. Na grande maioria são por causas evitáveis, relacionados a doenças da mãe, levando à reflexão sobre a rede materna no município e região, a linha de cuidado da gestante e as ações desenvolvidas pela atenção básica tendo como foco as gestantes.

Gráfico 11 - Número de óbitos maternos no município de Lagarto/SE entre os anos 2015 e 2019.

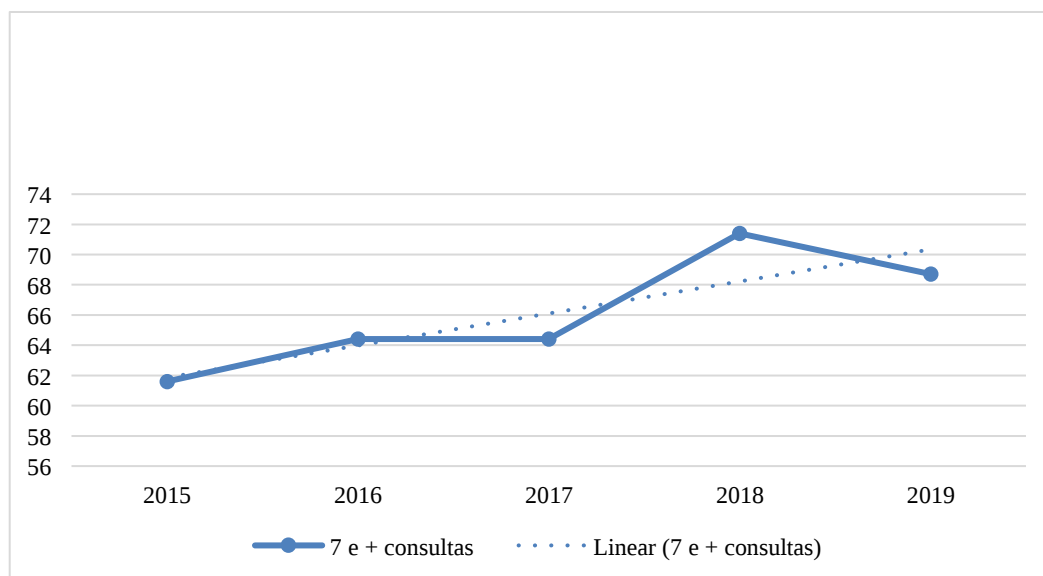


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para saúde da mulher e do bebê. (Leal, ET AL, 2004).

O Ministério da Saúde recomenda um modelo de atenção pré-natal com o mínimo de seis consultas para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência de atendimento às mulheres. Em Lagarto, a proporção de 7 ou mais consultas vem apresentando uma tendência linear crescente, alcançando índice adequado em 2018 (acima de 70%), mas com redução em 2019.

Gráfico 12 - Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal no município de Lagarto entre os anos de 2015 e 2019.

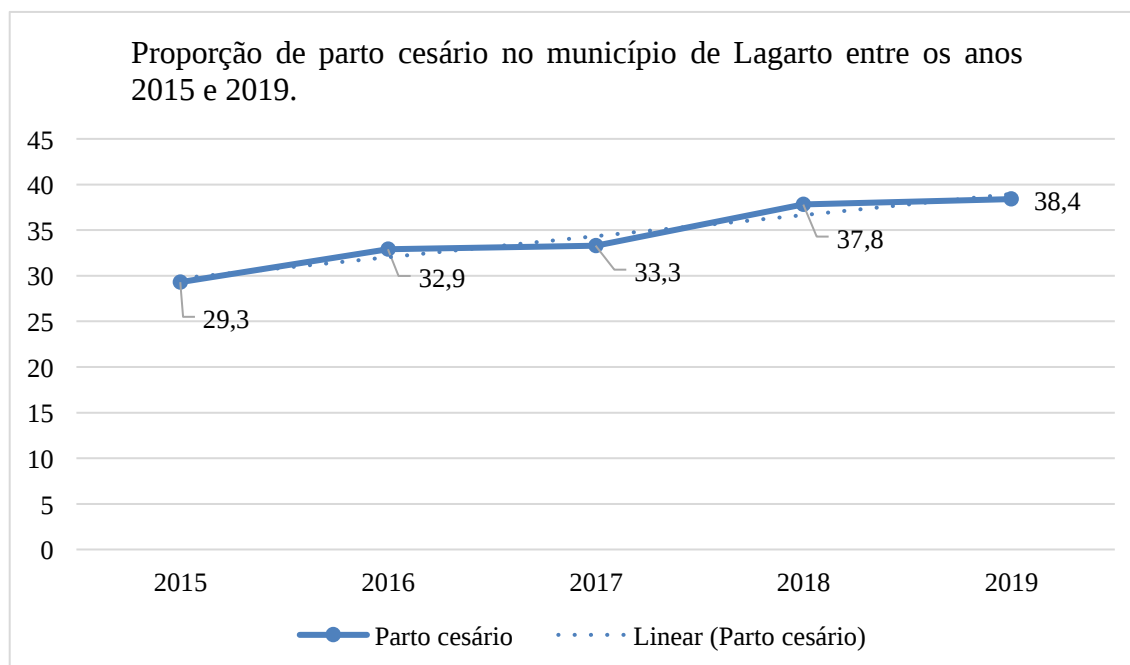


Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos-SINASC/DATASUS.

O parto cesáreo é outro fator associado ao maior risco para a morte materna. A OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e as Nações Unidas (ONU) recomendam que somente 15% dos nascimentos ocorram por procedimento cirúrgico, percentual no qual devem estar incluídas intercorrências que coloquem em risco a vida da mãe ou a do bebê.

O município visualiza esse fator como preocupante em virtude de a realização de cesáreas apresentarem uma tendência crescente como demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 13 – Proporção de parto cesáreo no município de Lagarto entre os anos 2015 e 2019.



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC/DATASUS

A política da gestão é ampliar o acesso das gestantes ao atendimento clínico e realização de exames, investigar todos os óbitos maternos, com realização de visita domiciliar e hospitalar, para apurar as necessidades de melhorias, além de fortalecer o Comitê Municipal de Mortalidade Materno Infantil, ampliando as discussões com setores da rede materna municipal e estadual, monitorar as orientações e recomendações quando solicitadas às maternidades, proceder com devolutivas da avaliação das investigações analisadas à Diretoria da Atenção Básica a fim de contribuir com a elaboração de estratégias para a sua redução.

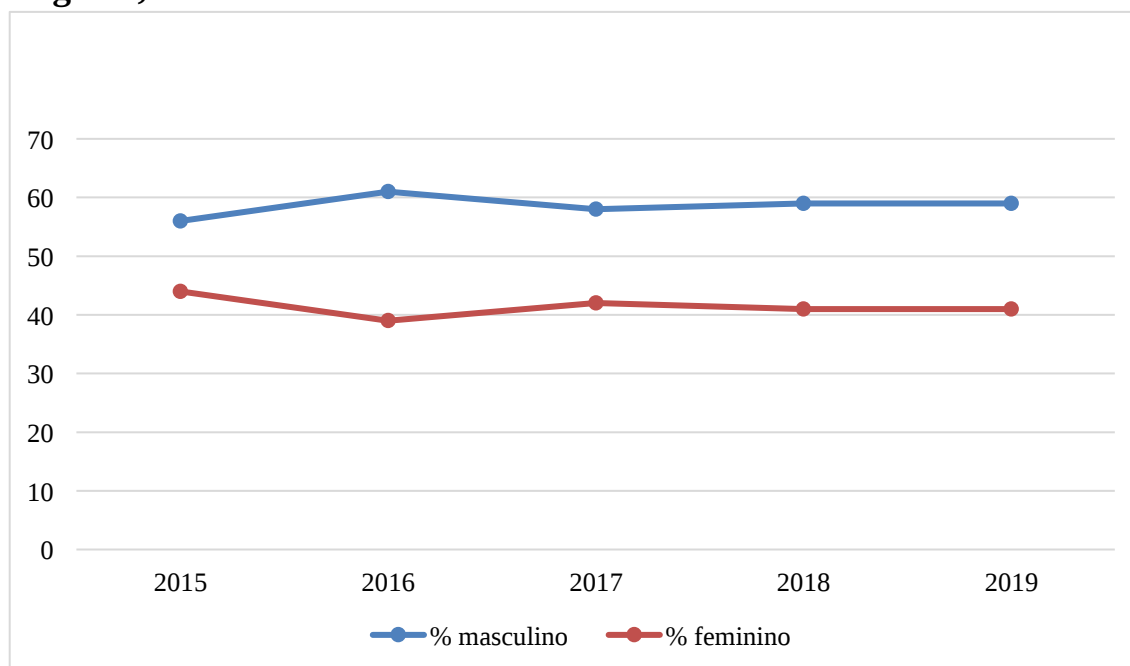
Mortalidade Proporcional – Homens e Mulheres

Nos últimos anos proporcionalmente a população masculina morreu mais que a população feminina como demonstra o gráfico 19.

Na tabela 3, você pode notar que, em ambos os sexos, em Lagarto, a primeira causa de óbito são as doenças do aparelho circulatório, sendo a mortalidade proporcional por esta causa maior no sexo feminino (22,6%) do que no sexo masculino (28,6%).

O risco de morrer por doenças do aparelho circulatório é maior no sexo masculino do que no feminino. O menor peso da proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório verificado no sexo masculino pode ser explicado pela alta proporção de óbitos por causas externas verificadas entre os homens, o que não ocorre entre as mulheres.

Gráfico 14 - Proporção de óbito por sexo por município de residência. Lagarto, 2015 a 2019.



Proporção de óbito por sexo no município de Lagarto/SE entre os anos 2015 e 2019.

FONTE: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/DATASUS

Tabela 3 - Óbitos por capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID - 10ª revisão), mortalidade proporcional e taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes), por sexo, Lagarto, 2020.

Capítulo CID-10	Feminino		Masculino	
	Óbito	Mortalidade proporcional (%)	Óbito	Mortalidade proporcional (%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	36	17,3	60	19,3
II. Neoplasias (tumores)	27	12,9	40	12,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	02	1,0	03	1,0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	13	6,2	17	5,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	06	2,9	21	6,7
VI. Doenças do sistema nervoso	11	5,3	09	2,9
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	00	0,0	00	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	47	22,6	88	28,3
X. Doenças do aparelho respiratório	26	12,5	24	7,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	08	3,8	21	6,7
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	04	1,9	02	0,6
XIII. Doenças do sist osteomuscular e tec conjuntivo	01	0,5	00	0,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	06	2,9	09	2,9
XV. Gravidez parto e puerpério	01	0,5	00	0,0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	07	3,4	07	2,2

XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	01	0,5	01	0,3
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	12	5,8	09	2,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	00	0,0	00	0,0
Total	208	100%	311	100%

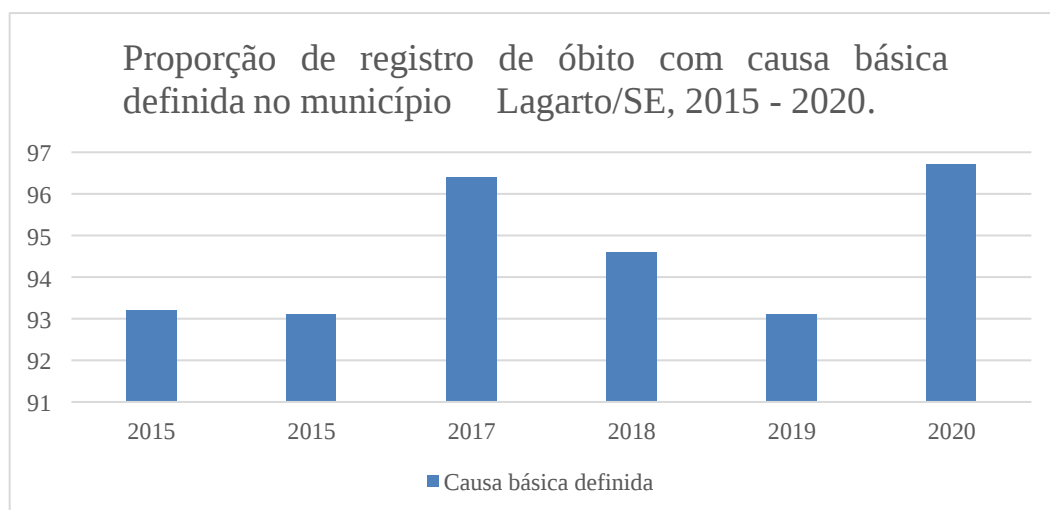
FONTE: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Óbito com causa básica definida

A Proporção de registro de óbitos não fetais com causa básica definida mede a qualidade das informações sobre causa de mortalidade, com base na aferição da participação dos óbitos com causa definida no total de óbitos não fetais notificados. É parâmetro internacional que um sistema de informação sobre mortalidade deve ter pelo menos 90% dos óbitos com causa definida (Ministério da Saúde, 2015), em Lagarto este percentual foi ultrapassado, conforme gráfico 20.

Dentre os fatores que influenciaram na qualificação das informações de mortalidade no município, estão os processos de coleta, crítica, análise das declarações de óbito e o processo de investigação do óbito no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar pelos profissionais da atenção primária.

Gráfico 15 – Proporção de registro de óbito com causa básica definida no município de Lagarto/SE, 2015 - 2020.



Fonte: SIM/SMS

AGRAVOS TRANSMISSÍVEIS

Tuberculose

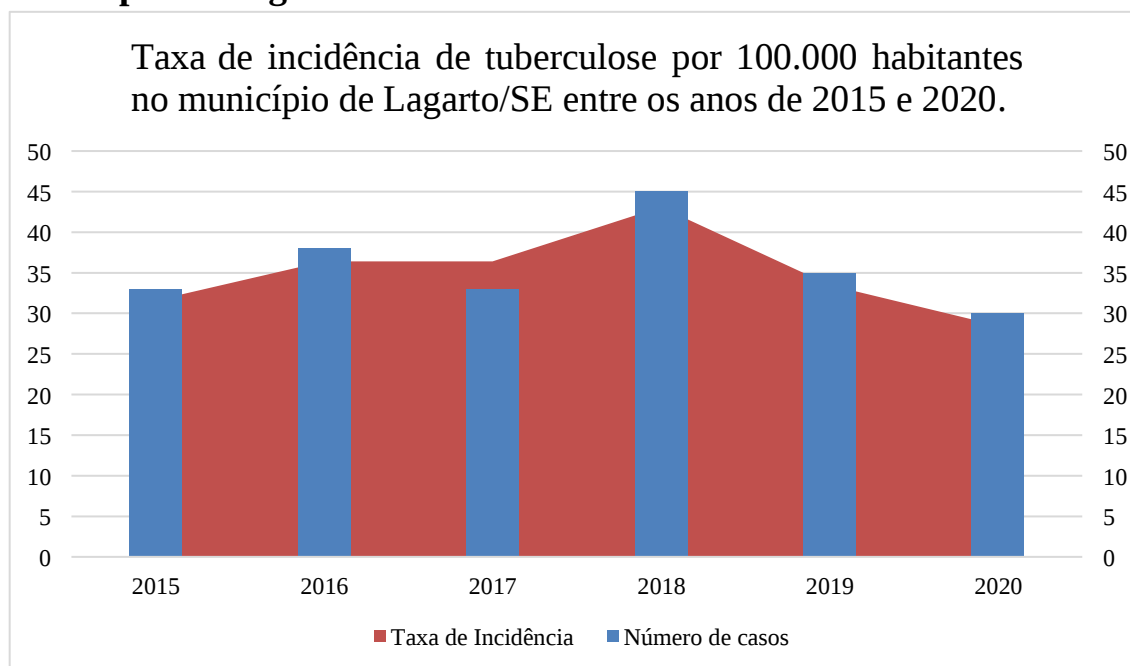
A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões. No Brasil, a tuberculose é sério problema de saúde pública, com profundas raízes sociais.

A tuberculose em Lagarto vem mantendo sua endemicidade, com uma média de 35,6 casos novos/ano no período de 2015 a 2020. Em 2020 foram diagnosticados 30 casos novos de todas as formas clínicas.

A Taxa de Incidência da Tuberculose no mesmo no período avaliado demonstra uma oscilação, chegando a atingir a maior taxa no ano de 2018 – 43,1/100.000 habitantes. O último triênio (2018 – 2020) demonstra tendência decrescente no número de casos. (Gráfico 21).

Os dados observados posicionam Lagarto com incidência em alguns anos acima das taxas no Estado e País.

Gráfico 16 - Taxa de incidência de tuberculose por 100.000 habitantes no município de Lagarto/SE entre os anos de 2015 e 2020.



Fonte: SINAN/SMS

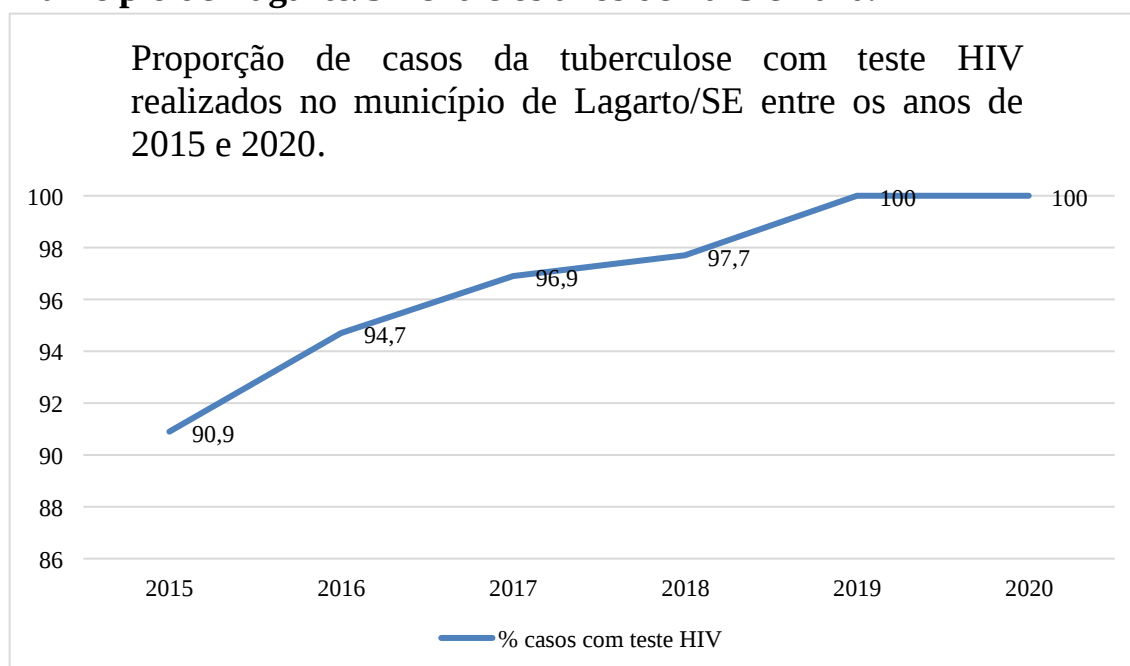
Nos últimos anos os índices de cura apresentam oscilação, e em alguns anos apresentou o percentual de cura abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde que corresponde a 85%. A mortalidade por tuberculose ainda apresenta números alarmantes no país.

A coinfeção HIV/tuberculose vem causando grande impacto na mortalidade por Aids e por Tuberculose no país. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que as pessoas vivendo com HIV estejam 31 a 34 vezes mais propensas a desenvolver TB quando comparadas à população geral.

Frequentemente o diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre durante o curso da tuberculose. Entre as intervenções preconizadas pelo Ministério da Saúde para controle da coinfeção TB-HIV, destaca-se a testagem oportuna para HIV para todos os portadores de TB, por meio do teste rápido. Em lagarto, o teste rápido para HIV foi inserido na Atenção básica em 2013, anterior ao período os exames para diagnóstico do HIV eram realizados no CTA municipal.

O gráfico mostra o avanço na testagem para HIV nos pacientes com tuberculose, considerando que em 2015 alcançou a proporção de 90,9% e em 2020 alcançou a meta 100%.

Gráfico 17 - Proporção de casos da tuberculose com teste HIV realizados no município de Lagarto/SE entre os anos de 2015 e 2020.



FONTE: SINAN/SMS

Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Humana – HIV/AIDS

O HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Ter o HIV não representa estar com AIDS (Síndrome da Imunodeficiência adquirida). Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença, mas, podem transmitir o vírus de forma vertical – de mãe para filho durante a gravidez – na amamentação, através das relações sexuais desprotegidas, e pelo compartilhamento de seringas contaminadas.

Em 2014 o Ministério da Saúde através da Portaria 1.271 de 6 de junho de 2014 amplia a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública e inclui a Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tornado sua notificação obrigatória na periodicidade semanal. A obrigatoriedade era restrita aos casos de infecção em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do vírus, ou, para os outros casos, após a confirmação do diagnóstico.

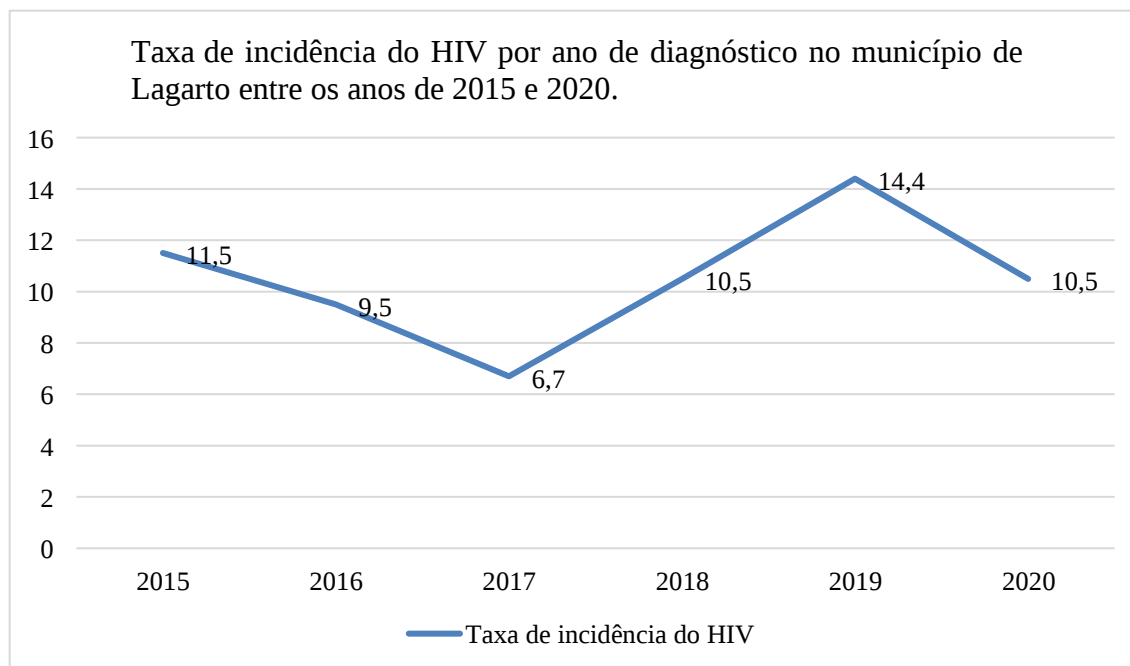
Em dezembro de 2014, no evento “Fast Track Cities: Ending the Aids Epidemic by 2030”, a UNAIDS em parceria com o Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (UN-Habitat), a Associação Internacional de Assistência à Aids (IAPAC) declararam o compromisso em atingir um objetivo de:

Erradicar a epidemia de AIDS nos próximos 15 anos.

Em recente revisão da evidência do sucesso das intervenções de prevenção demonstrou que, entre as ferramentas biomédicas de prevenção avaliadas até o momento, a terapia antirretroviral eficaz oferece maior efeito preventivo. Nesta situação, as chances de transmissão de HIV se reduzem em 96%.

O perfil epidemiológico da aids em Lagarto apresenta uma oscilação na taxa de incidência (gráfico 24). Quando comparado ao Estado observa-se que houve um movimento similar.

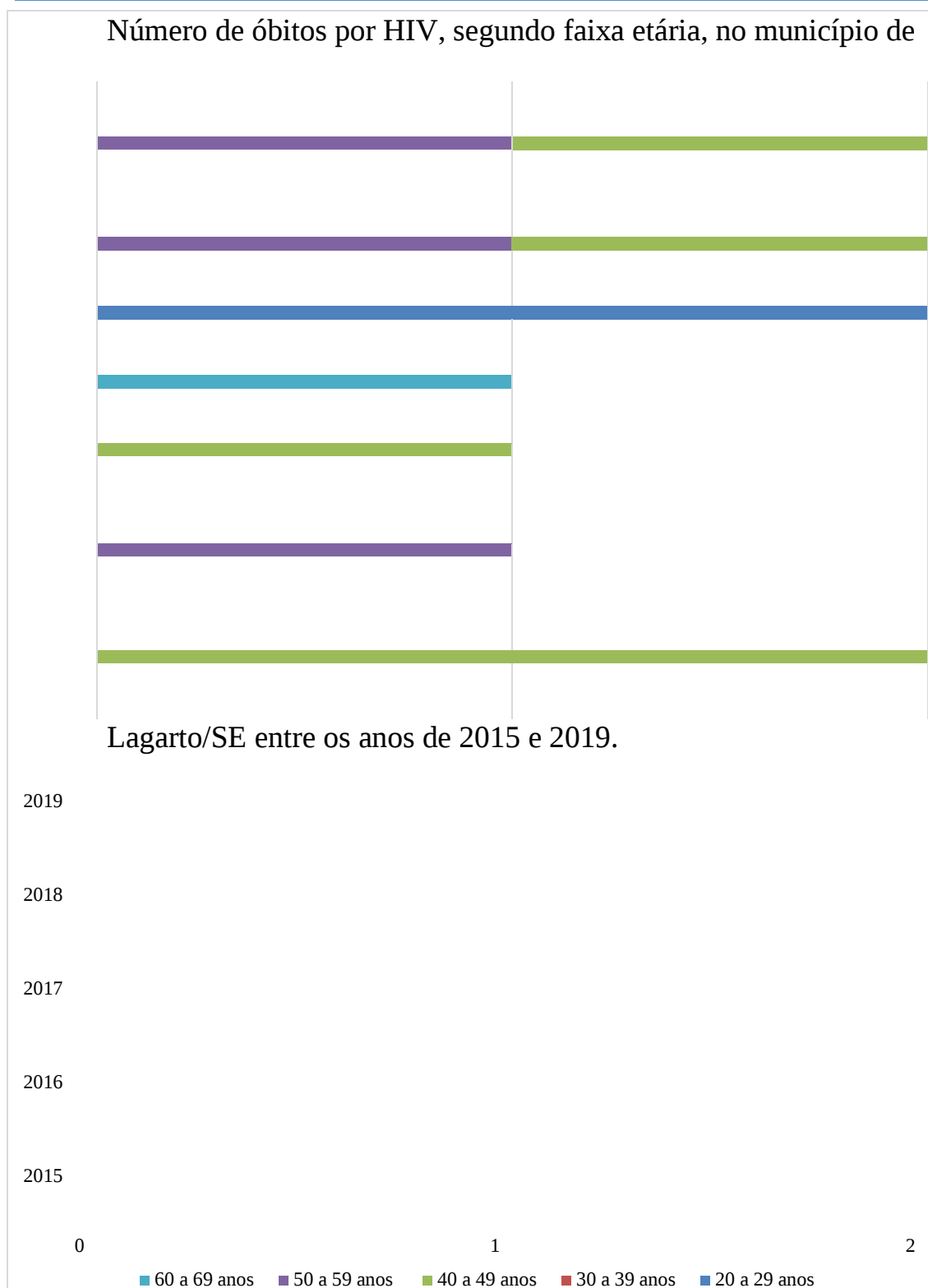
Gráfico 18 - Taxa de Incidência da AIDS por ano de diagnóstico. Lagarto, 2015 a 2020.



FONTE: SINAN/IBGE/SMS

O reflexo do diagnóstico tardio pode ser visualizado na ocorrência dos óbitos.

Gráfico 19 - Número de óbitos por HIV, segundo faixa etária, no município de Lagarto/SE entre os anos de 2015 e 2019.



FONTE: SINAN / SIM / IBGE

Quando analisada a distribuição dos casos de Aids em adulto, segundo a faixa etária, notificados no período de 2015 a 2019, nota-se uma concentração na faixa etária de 40 a 49 anos em todos os anos. Mas é importante destacar a necessidade de estratégias específicas direcionadas para a população mais jovem. Além disso,

observa-se uma flutuação da doença pelos diversos grupos etários, sinalizando sua magnitude e a necessidade de implementar políticas públicas municipais para seu controle.

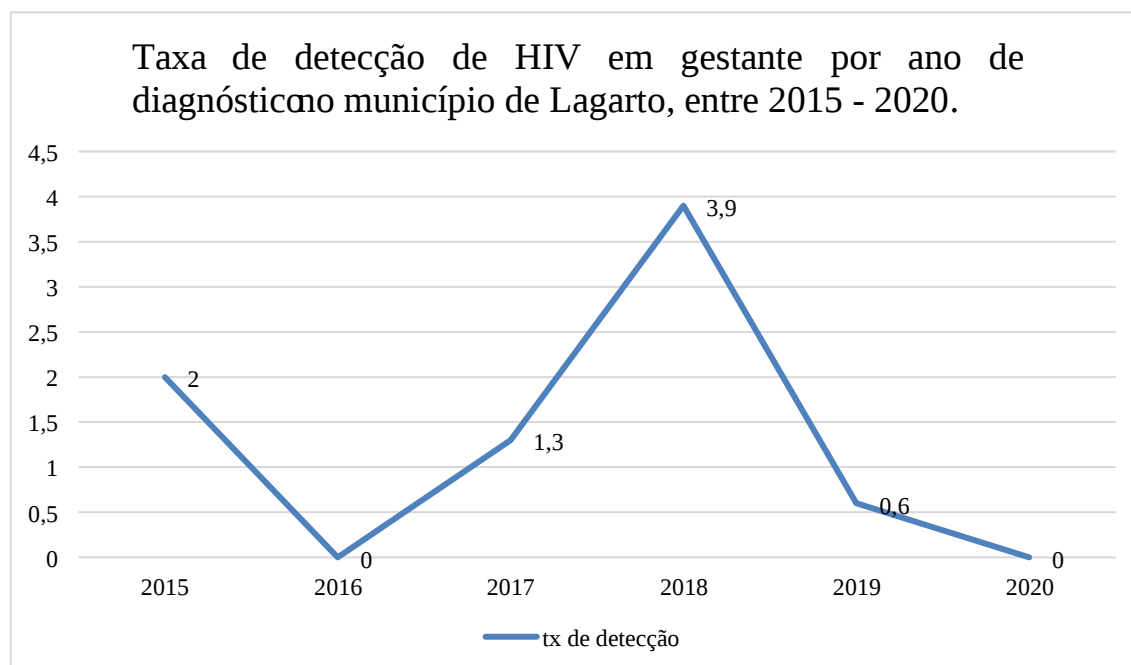
O município não apresentou caso de aids em menores de 5 anos nos últimos anos.

Transmissão Vertical do HIV

A vigilância da gestante HIV positiva e da criança exposta atua ao longo do período pré-natal e do parto e no acompanhamento da criança exposta até o desfecho de sua exposição. De 2015 a 2020, foram acompanhadas 12 gestações de mulheres com HIV.

A taxa de detecção de casos de HIV em gestantes no município de Lagarto apresenta variações, tendo no ano de 2018 a maior taxa do período, sendo está 3,9 por 1.000 nascidos vivos (gráfico 29).

Gráfico 20 – Taxa de detecção de HIV em gestante por ano de diagnóstico no município de Lagarto, entre 2015 - 2020.



FONTE: SINAN/SINASC/SMS

SÍFILIS

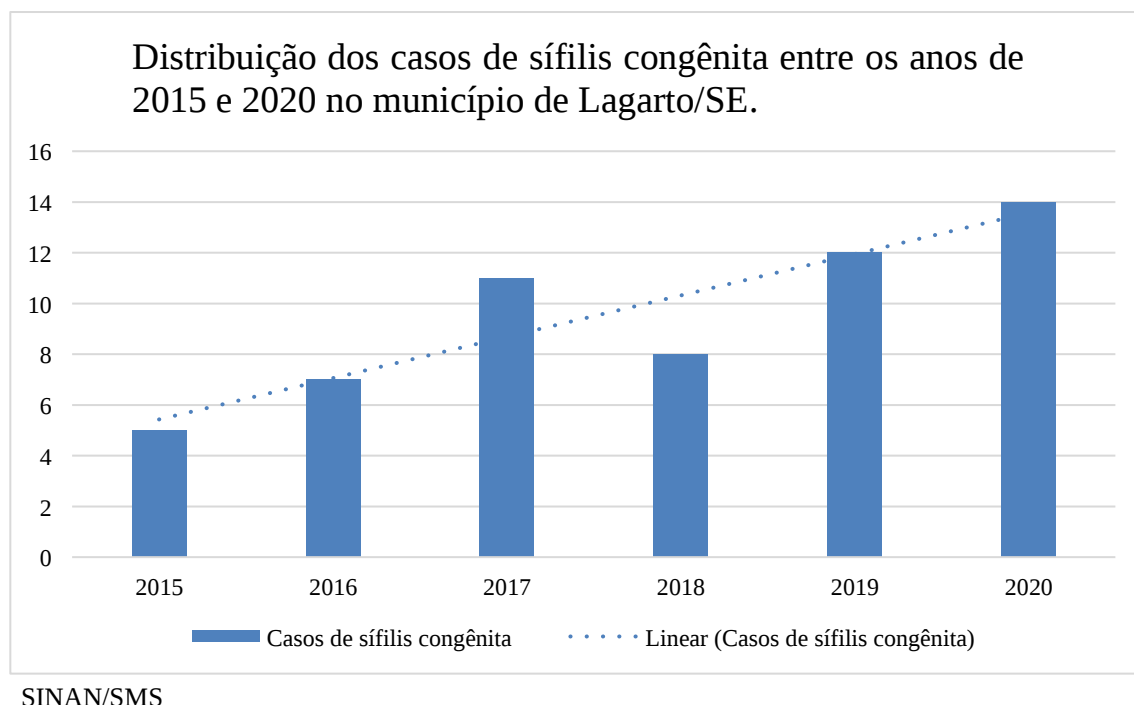
Sífilis Congênita

A vigilância da sífilis congênita em Lagarto foi implementada em 2010 com a Política Estadual de Redução da Sífilis Congênita. Em 2018 foi implementada a investigação da sífilis congênita, promovendo o fortalecimento da notificação da sífilis em gestante, com uma vigilância mais ativa, com busca de casos nos relatórios dos hospitais, das fontes notificadores – laboratórios - e cobrança de notificações por parte de profissionais e instituições.

A meta de eliminação da sífilis congênita associada à transmissão vertical do HIV preconiza uma taxa de 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos.

Gráfico 21 – Distribuição dos casos de sífilis congênita entre os anos de 2015 e 2020 no município de Lagarto/SE.

Fonte:



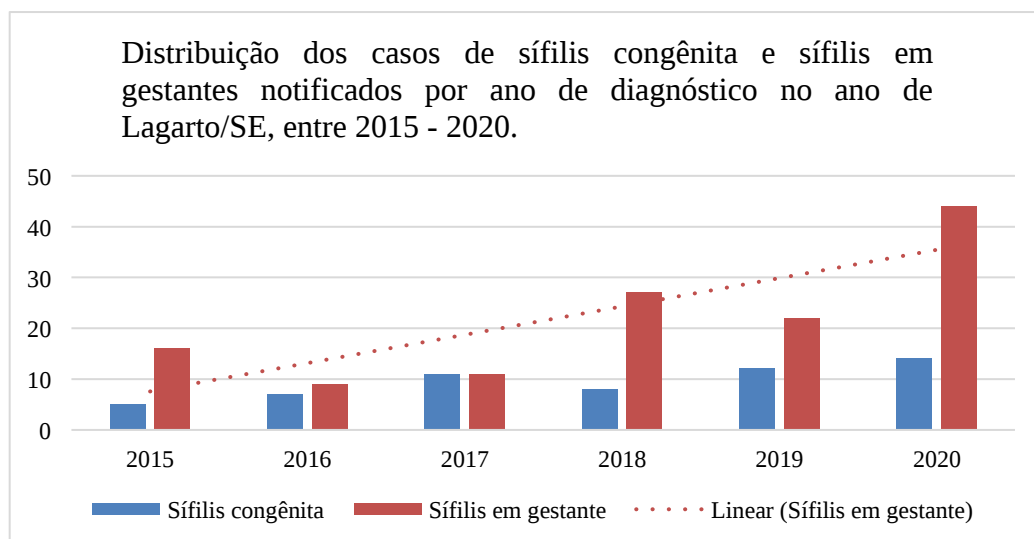
A distribuição dos casos de sífilis congênita apresenta uma tendência de aumento ao longo dos últimos anos em Lagarto. Torna-se importante destacar que

os casos de recém-nascido de mães não tratadas adequadamente durante a gravidez também são considerados caso de sífilis congênita.

Em 2015 ocorreram 05 novos casos, aumentando para 14 em 2020. Fatores como a não adesão ao pré-natal ou não adesão ao tratamento por parte da gestante ou da parceria, bem como o não uso do preservativo e outros fatores são determinantes para a ocorrência dos casos.

A sífilis em gestantes mostra tendência de aumento ao longo do período analisado (2015 – 2020), e se mantém superior ao número de casos de sífilis congênita, sendo esta uma relação esperada.

Gráfico 22 - Distribuição dos casos de sífilis congênita e sífilis em gestantes notificados por ano de diagnóstico no ano de Lagarto/Se, entre 2015-2020.



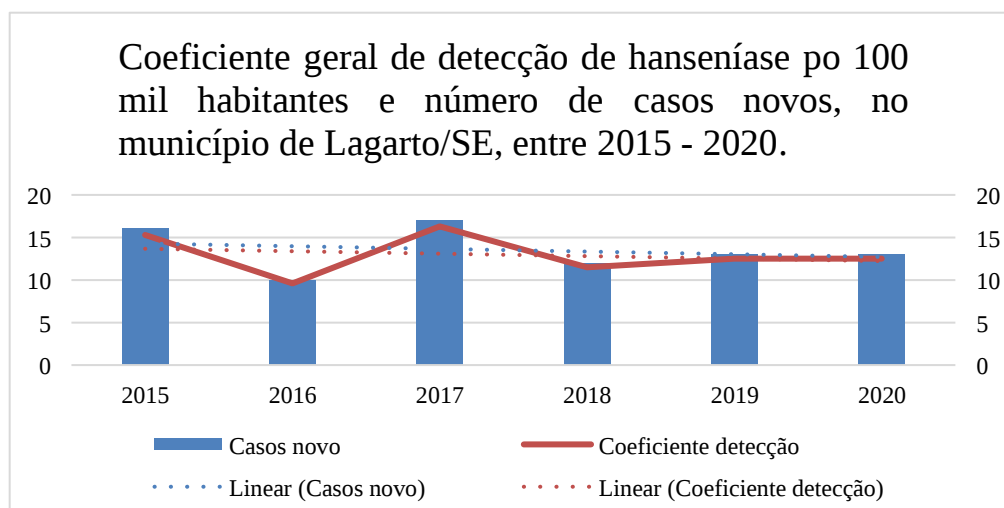
FONTE: SINAN/SMS

HANSENÍASE

A Hanseníase continua sendo um problema de saúde pública no País, Estado e município. O número de casos novos por ano no município demonstra sua importância epidemiológica no território.

O número de casos novos apresenta uma tendência decrescente, essa observação não demonstra sua eliminação e é importante considerar a hipótese de subdiagnóstico.

Gráfico 23 - Coeficiente geral de detecção de hanseníase por 100 mil habitantes e número de casos novos, no município de Lagarto/SE, entre 2015 - 2020.



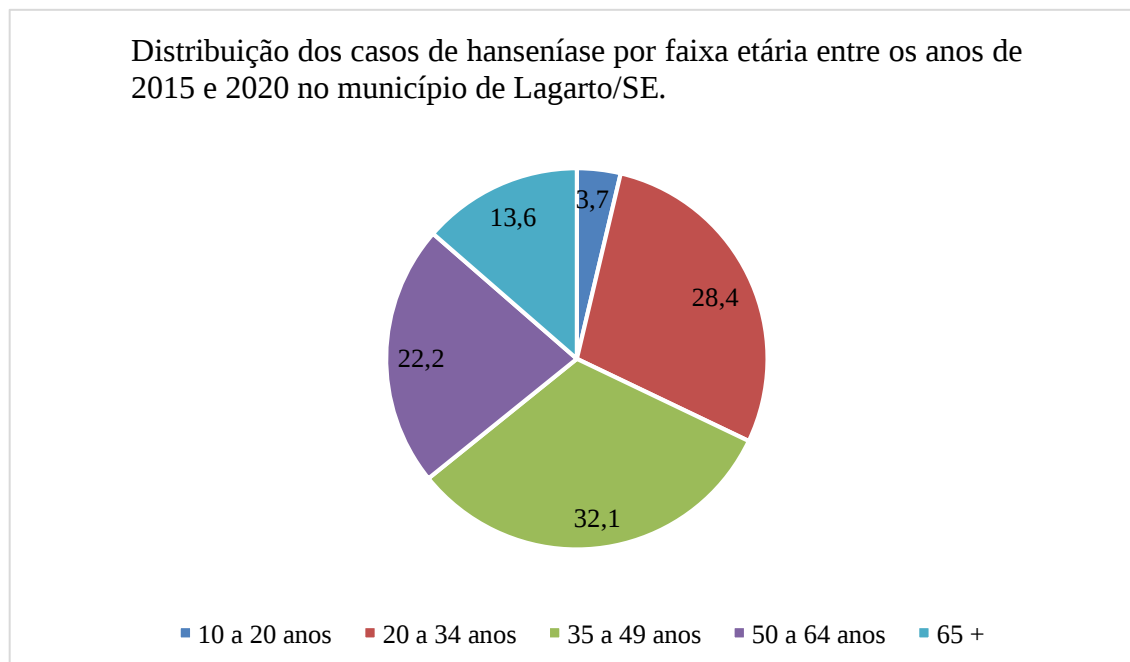
FONTE: SINAN/SMS

Dois fatores que merecem destaque e estratégias específicas é o percentual de cura, que representa o êxito no tratamento e a consequente diminuição da transmissão da doença, e o exame de contatos de hanseníase permite rastrear a doença, com maior probabilidade de detecção precoce de lesões, que poderão progredir para estágios mais avançados.

Considerado que o comunicante é o indivíduo que apresenta um risco maior de adquirir a doença e sua importância na cadeia epidemiológica da doença, as atividades relacionadas ao controle dos mesmos devem ser valorizadas pelos serviços e profissionais de saúde. O desafio é analisar a qualidade da assistência prestada aos pacientes e os processos de trabalho na atenção básica objetivando avaliar a efetividade do tratamento e fortalecer as ações de controle da hanseníase no município.

Na distribuição dos casos por faixa etária percebe-se que permeia pelos diversos grupos etários, mas com uma maior concentração na faixa etária de 35 a 49 anos (32,1%), e chama atenção para a ocorrência em menores de 15 anos, representando a circulação ativa da doença (gráfico 34).

Gráfico 24 - Distribuição dos casos de hanseníase por faixa etária entre os anos de 2015 e 2020 no município de Lagarto/SE.



FONTE: SINAN/NVE/SMS

DOENÇAS ENDÊMICAS

Os arbovírus têm sido motivo de grande preocupação em saúde pública em todo o mundo (Donalisio, 2017). Dengue, chikungunya e Zika são os arbovírus que estão circulando concomitantemente no Brasil, colocando a saúde pública em alerta.

O vírus dengue circula no Estado e nos municípios desde 1996 causando epidemias, sendo até o momento a mais grave registrada no Estado foi em 2008 com 25.076 casos confirmados e 56 óbitos, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN. Em Lagarto as ações de controle da dengue foram iniciadas em 1998.

A circulação do vírus Zika, provavelmente, ocorreu no estado desde o início de 2015, quando houve uma epidemia de doença exantemática inespecífica, mas o isolamento só aconteceu no início de 2016. Em Lagarto, em 2020, 56 casos foram notificados e 5 tiveram confirmação laboratorial.

O vírus da febre de Chikungunya teve autoctonia detectada em 2015 no

Estado e no município, com casos notificados e em 2020 a confirmação de 56 casos.

Tabela 4 - Distribuição dos casos de Dengue, Zika e Chikungunya notificados e confirmados. Lagarto, 2018 a 2020.

Dengue, Chikungunya e Zika vírus

	2018		2019		2020	
AGRAVO	NOT	CONF	NOT	CONF	NOT	CONF
DENGUE	2	0	514	348	181	60
CHIKUNGUNYA	5	0	8	5	68	56
DOENÇA AGUDA PELON VÍRUS ZIKA	0	0	1	0	52	5

FONTE: SINAN- SINAN-ONLINE/DVS/SES

Doenças e Agravos não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o maior problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade geral (WHO, 2013).

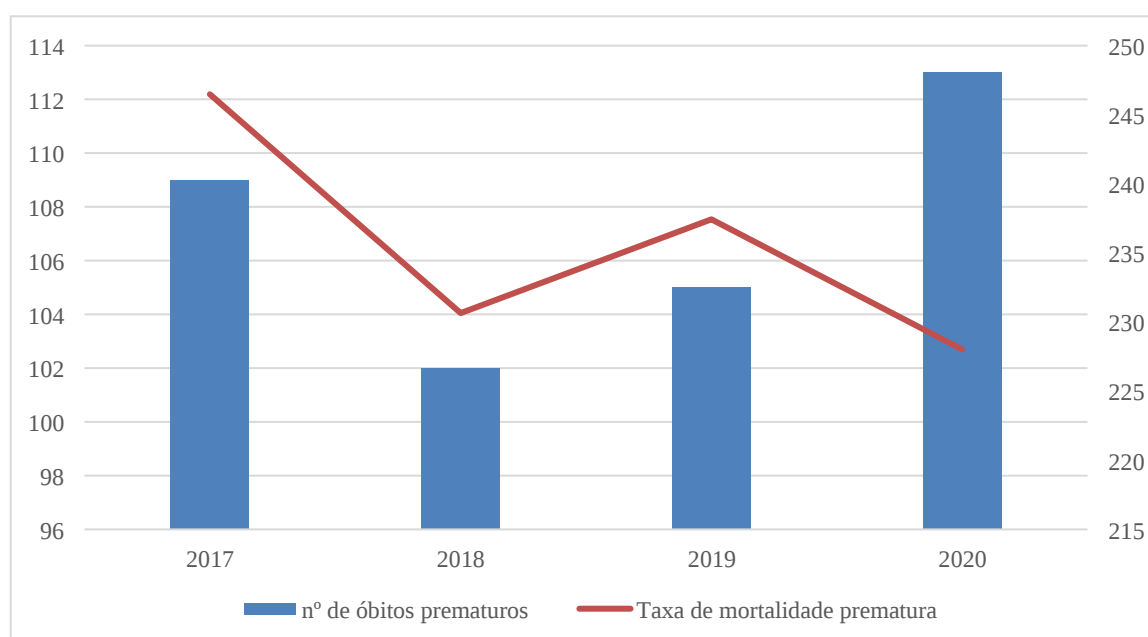
No Brasil, assim como em outros países, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por 72% das mortes, com destaque para os quatro grupos de causas de morte enfocados pela OMS: cardiovasculares; câncer; respiratórias crônicas; e diabetes. (DUNCAN, 2011)

Entre as doenças cardiovasculares a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). A HAS apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos (ZAITUNE et al., 2006).

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

No gráfico 25 nota-se a tendência crescente dos óbitos prematuros pelas DCNT. A meta do Ministério da Saúde é reduzir 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura (menores de 70 anos) pelas DCNT.

Gráfico 25 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) e número de óbitos pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis - DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Lagarto, 2006 a 2015.



FONTE: SIM/IBGE

AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Entende-se por notificação compulsória a comunicação oficial às autoridades sanitárias sobre a ocorrência de uma doença ou agravo à saúde, feita por qualquer profissional de saúde ou cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. A notificação compulsória constitui importante precursor dos serviços de vigilância em Saúde Pública, sendo utilizada até hoje como estratégia para melhorar o conhecimento do comportamento de doenças na comunidade (Teixeira et al).

A notificação de doenças aumenta a oportunidade e a sensibilidade do sistema de vigilância ao garantir que a maioria dos casos verdadeiros seja notificada, mesmo que, posteriormente, alguns sejam descartados. Embora seja desconsiderada por alguns serviços e profissionais, a notificação eficaz gera novas estratégias de trabalho.

Diversos agravos considerados de notificação compulsória têm ocorrido no município de Lagarto, alguns com uma frequência regular como os acidentes por animais peçonhentos, atendimento antirrábico, violência interpessoal e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) já detalhadas anteriormente (Tabela 3).

Tabela 5 - Distribuição dos casos notificados por município de residência. Lagarto, 2020.

AGRAVO	2020
Acidente por Animais Peçonhentos	64
Atendimento antirrábico	276
Criança exposta ao HIV	0
Coqueluche	0
Febre Tifoide	0
Febre de Chikungunya	68
Hepatites Virais	1
Leishmaniose Visceral	3
Leptospirose	0
Meningite	0
Sífilis não especificada	55
Toxoplasmose Congênita	1
Varicela	0
Violência Interpessoal/ Autoprovocada	113

FONTE: SINAN/NUVEP/SMS

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O reconhecimento da Vigilância em Saúde como responsabilidade indelegável e como um componente indissociável do SUS é a base estratégica do SUS Municipal. Cabe aos componentes da Vigilância em Saúde atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população.

A vigilância em saúde atualmente se encontra dividida em equipes nas seguintes áreas:

- Epidemiológica – com a Vigilância de Doenças Transmissíveis, Vigilância de Doenças Agudas, Doenças Endêmicas, Vigilância do Óbito e de Imunizações; vigilância de zoonoses – vigilância de vetores.
- Sanitária e Ambiental – Vigilância de Alimentos, Serviços e Produtos de Interesse à Saúde, Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano,
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Esta área é responsável por ações no âmbito das doenças transmissíveis, doenças agudas, endêmicas e imunizações e eventos vitais. Exemplos de ações são descritas a seguir.

Controle vetorial do Aedes Aegypt

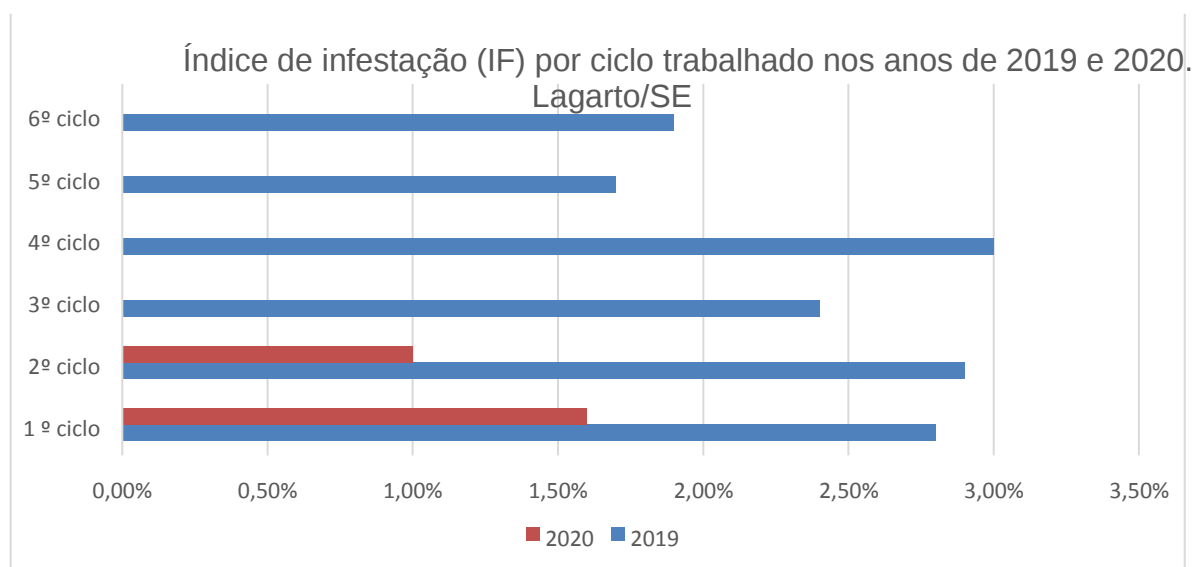
O quadro epidemiológico atual da dengue no país caracteriza-se pela ampla distribuição do Aedes aegypti em todas as regiões, com uma complexa dinâmica de dispersão do seu vírus, provocando a ocorrência de epidemias nos principais centros urbanos do país, infligindo um importante aumento na procura pelos serviços de saúde, com ocorrência de óbitos.

A Dengue tem sido uma prioridade no município. E no intuito de manter a infestação do município menor que 1% e reduzir o risco de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito, o programa municipal exerce uma constante vigilância associada a ações de prevenção e atenção adequada aos casos suspeitos deve ser mantida, especialmente nos períodos de alta transmissão.

No Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) são previstas as visitas bimestrais em, no mínimo, 80% dos imóveis da cidade para eliminar e evitar o surgimento de novos focos do mosquito *Aedes aegypti*, sendo analisado o fechamento ao final do período. As ações desenvolvidas são: pesquisas larvárias para o Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti*-LIRAA com o objetivo de detectar a infestação por localidade e em toda a cidade; as visitas aos pontos estratégicos cadastrados (ferros velhos, borracharias, cemitérios, dentre outros); o bloqueio de transmissão dos casos suspeitos de Dengue utilizando UBV Portátil e UBV Pesado “Fumacê” quando há notificação, visando rápida interrupção da circulação viral e a redução do índice Predial; e o agendamento para retorno do agente de combate a endemias aos imóveis fechados para a redução do índice de pendência.

São executadas também ações de controle ambiental através do recolhimento dos pneus inservíveis nas borracharias cadastradas, e de mutirões de limpeza para retirada de possíveis criadouros.

Intensamente são desenvolvidas as atividades de comunicação, mobilização e educação em todo o município a fim de propiciar a adesão das pessoas e da sociedade organizada, de maneira consciente e voluntária, para o enfrentamento da proliferação do *Aedes aegypti* e consequentemente redução da ocorrência dos agravos transmitidos por este vetor (dengue, zika e chikungunya).



Fonte: SISPNCD

Observa-se uma redução do IF do *Aedes aegypti* nos ciclos realizados nos anos de 2019 e 2020. No entanto, no ano de 2020, houve a suspensão da realização do LIRAA a partir do 3º ciclo, devido ao contexto da pandemia da COVID-19.

AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS ZOONOSES

As zoonoses são doenças que podem acometer tanto seres humanos quanto animais: ambos podem contaminar um ao outro. Isso ocorre porque alguns microrganismos, como vírus, bactérias ou fungos, têm a capacidade de afetar tanto as células de animais como as dos humanos.

O município possui um Centro de Controle de Zoonoses e Endemias, ligado diretamente a Diretoria de Vigilância Epidemiológica, responsável pelo controle e manejo de animais domésticos e sinantrópicos (morcegos, pombos, escorpião, cobras, caramujos), visando o controle das doenças transmitidas por estes animais aos seres humanos. Além das zoonoses monitoradas por programas de vigilância e controle do Ministério da Saúde (Doença de Chagas, febre de chikungunya, dengue), o município executa também ações de prevenção e controle para zoonoses de relevância municipal (leishmaniose visceral, esquistossomose)

Controle da Doença de Chagas

A doença de Chagas é uma infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* e transmitida pelos triatomíneos da família Reduviidae, através de sua picada, conhecidos no Brasil como barbeiro. Mas a picada por si só não transmite a doença, pois o protozoário é eliminado nas excreções dos barbeiros. Depois de se alimentar, o barbeiro defeca. Em geral, ocorre uma leve ardência ou coceira no local afetado, assim, quando a pessoa se coça, acaba por introduzir os tripanossomídeos contidos nas excreções do barbeiro no organismo, causando a infecção. Outras formas identificadas de transmissão são a transfusão de sangue, a via congênita, e mais recentemente, as que ocorrem via oral, pela ingestão de alimentos contaminados. O município não é endêmico para a doença, mas tem ações voltadas para seu controle. O Programa Municipal de Controle da Doença de Chagas realizar visita domiciliar em imóveis na área rural. Durante a visita é feita a busca e a captura dos barbeiros nos domicílios existentes nas localidades programadas e onde foram encontrados barbeiros, dentro ou fora dos domicílios realiza-se a borrifação.

A tabela abaixo apresenta o número de localidades trabalhadas, o número de imóveis e os anexos domiciliares trabalhados no período de 2014 a 2016. Observa-se uma redução no número de ações do Programa Municipal. Além das ações de campo são efetuadas ações educativas com a comunidade e parceria com a equipe saúde da família do território onde estão executando as ações do programa.

Tabela 06 – Demonstrativo do número de ações desenvolvidas no Programa Municipal de Chagas, Lagarto 2018 a 2020.

ANO / AÇÃO	2018	2019	2020
Número de localidades trabalhadas	07	12	01
Número de imóveis inspecionados	936	1.467	09
Número de anexos domiciliares inspecionados	356	544	5

FONTE: Programa Municipal de Chagas/SMS/NUVEP/CCZE

Controle da Leishmaniose Visceral

A leishmaniose visceral (LV) é uma protozoonose crônica, sistêmica, caracterizada em humanos por febre de longa duração, perda de peso, astenia, anemia, entre outras manifestações. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos. No cão, principal reservatório e fonte de infecção no meio urbano, a doença caracteriza-se por febre irregular, apatia, emagrecimento, descamação furfurácea e úlceras na pele (em geral, no focinho, nas orelhas e extremidades), Conjuntivite, paresia do trem posterior, fezes sanguinolentas e crescimento exagerado das unhas.

A enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães tem sido mais prevalente que no homem. As estratégias de controle dessa endemia no município estão centradas na pesquisa do vetor, diagnóstico e no tratamento precoce dos casos humanos, redução da população de flebotomíneos e nas atividades de educação em saúde.

Na suspeita clínica de cão, a área a ser delimitada para investigação do foco por meio de teste rápido TR-DPP® (Biomanguinhos/FIOCRUZ), distribuído pelo Estado. Os animais reagentes ao teste de triagem são indicados para coleta de amostra de soro para realização de teste confirmatório, enviada ao Laboratório Central de Saúde Pública.

Entre as ações voltadas para controle populacional de cães e gatos está às orientações sobre posse responsável, adoção responsável.

Controle da Esquistossomose

A esquistossomose é considerada ainda um grave problema de saúde pública no Brasil porque acomete milhões de pessoas, provocando um número expressivo de formas graves e óbitos. Causada por um parasita chamado *Schistosoma mansoni*, sua transmissão depende da existência de determinadas espécies de caramujos em rios, lagoas, córregos, represas e mangues, entre outras coleções hídricas contaminadas por esgoto sem tratamento.

O tratamento é feito com medicamento seguro e efetivo, via oral em dose única e prescrito pelo médico quando os exames tiverem resultados positivos. O remédio é gratuito e é ministrado na própria unidade de saúde.

A esquistossomose é endêmica no município, com uma média de 406 casos diagnosticados por ano. O programa municipal realiza Inquérito coproscópico censitário e tratamento de todos os portadores, a cada 2 (dois) anos, até a interrupção da transmissão. Objetiva prevenir a ocorrência de formas graves de esquistossomose; reduzir a proporção de exames positivos, por localidade, a níveis inferiores a 5%; diagnosticar, notificar, investigar e tratar os casos; levantamento de possíveis casos entre os conviventes no domicílio; controle de caramujos (hospedeiros intermediários); educação em saúde e mobilização comunitária.

Tabela 7 – Indicadores do Programa Municipal de Esquistossomose. Lagarto, 2018 a 2020

INDICADORES OPERACIONAIS	2018	2019	2020
Número de localidades trabalhadas	7	4	1
Número de Visitas domiciliares realizadas	6.408	2.782	328
Número de exames realizados	3.204	1.572	164
Número de usuários diagnosticado com <i>Schistosoma mansoni</i>	565	404	249
Número de usuários tratados para <i>Schistosoma mansoni</i>	568	345	273
Percentual de positividade para esquistossomose:	17,63%	25,69 %	151,8 %
Palestras educativas	5	7	1
Malacologia	6	11	5
Número de Coleções pesquisadas	23	35	9
Número de Caramujos capturados	548	273	30

FONTE: SISPCE

VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A Vigilância em Saúde Ambiental consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. É também atribuição da Vigilância em Saúde Ambiental a vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana, associados a contaminantes ambientais (BRASIL, 2017). A seguir, descrevem-se algumas ações realizadas.

Fiscalização em Ambiente de Trabalho

A Vigilância em Saúde do Trabalhador está voltada para a vigilância da saúde humana exposta a riscos do ambiente natural poluído e a riscos dos ambientes de trabalho. Tem como objetivo geral identificar e monitorar fatores de riscos biológicos e não biológicos nos ambientes de trabalho, de forma a minimizar os danos causados por doenças e agravos decorrentes da exposição da população. No que diz respeito ao ambiente de trabalho, desenvolve um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção à saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos gerados pelas atividades produtivas.

Imunização

A vacinação é a maneira mais eficaz de evitar diversas doenças imunopreveníveis, como poliomielite (paralisia infantil), sarampo, tuberculose, rubéola, gripe, hepatite B, febre amarela, entre outras.

O calendário de vacinação brasileiro é aquele definido pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS) e corresponde ao conjunto de vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública do país. Atualmente é constituído por 12 imunobiológicos recomendados à população, desde o nascimento até a terceira idade, e distribuídos gratuitamente nos postos de vacinação da rede pública.

A avaliação da cobertura vacinal inclui um conjunto de indicadores que informam a potencial proteção de crianças menores de um ano para algumas doenças

Imunopreveníveis, como a tuberculose, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, difteria, tétano, coqueluche, meningites e outras doenças invasivas por *Haemophilus influenza*, doença por rotavírus, pneumonia e meningite por pneumococo, meningite meningocócica C e poliomielite.

O município em consonância com o Programa Nacional de Imunizações objetiva uma vacinação segura, garantindo a utilização de vacinas de qualidade; aplicação das boas práticas de imunização; monitoramento dos eventos adversos pós- vacinação (EAPV), divulgação nos meios de comunicação sobre a importância da vacinação.

Entretanto foi observado que apesar de estratégias realizadas pelos serviços de saúde, as metas de cobertura vacinal de algumas vacinas não foram atingidas, com tendência decrescente ao longo do tempo. Diversos fatores estão relacionados com os resultados, a exemplo de divergências no lançamento dos dados (subregistro) e baixa adesão em decorrência do contexto pandêmico. Desta forma, observa-se a necessidade de aprimoramento das estratégias de vacinação na população em questão.

Tabela 8 – Cobertura vacinal em crianças menores de 2 anos. Lagarto, 2017 a 2020

Imunobiológicos	2017	2018	2019	2020
BCG	94,96	196,94	100	129,5
Meningocócica Conjugada C	89,06	97,09	90,2	79,4
Penta (DTP/Hib/HB)	85,09	95,71	87,9	73,8
Pneumocócica	92,34	99,56	90,9	81,3
Poliomielite	85,16	95,71	87,0	73,7
Rotavírus Humano	89,12	97,45	89,4	77,9
Tríplice Viral (1ª dose - D1)	90,63	102,77	91,0	80,2

FONTE: SIPNI/SES – Cobertura Vacinal 2020 em análise.

Controle dos Agravos Transmissíveis:

HIV/AIDS

Lagarto apresenta uma taxa de detecção de casos de Aids com tendência de ascensão. Com o objetivo de diminuir os casos de Aids e controlar a epidemia, foram implementadas diferentes estratégias, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, dentre elas:

- descentralização da testagem para o HIV (2014) com a implantação do uso do teste rápido (por punção digital) na atenção básica. Englobou a disponibilização de teste rápido para sífilis, a capacitação de 100% dos profissionais da AB, com recomendação da realização do teste rápido por livre demanda e sem necessidade de territorialização.
- realização de eventos de testagem em grande escala em eventos municipais de maior fluxo de pessoas – Outubro Rosa, Novembro Azul, Parque de exposição, Festival da mandioca, entre outros, objetivando a ampliação do diagnóstico precoce para o HIV.
- CTA Itinerante com oferta dos testes em eventos pontuais, em áreas distantes e O CTA também realiza a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) seguindo o novo protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral no qual a escolha pela utilização do esquema profilático passou a ser baseada na avaliação do risco da exposição e não na categoria de exposição (sexual ou por acidente com material biológico)). Também realiza distribuição gratuita de insumos de prevenção (preservativos masculinos e gel lubrificante), para profissionais do sexo.

Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita

A eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV constitui uma prioridade para a região da América Latina e do Caribe e está contida no documento Iniciativa da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis nas Américas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do UNICEF (PAHO, 2014).

Em 2014, a OPAS criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, certificando os países que alcançarem cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes 95% e taxa de transmissão vertical do HIV $\leq 2\%$, ou taxa de incidência de até 0,3 caso/mil nascidos vivos; taxa de incidência

de sífilis congênita de $\leq 0,5$ caso/ mil nascidos vivos; cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$; cobertura de TARV $\geq 95\%$ em gestantes HIV positivas e cobertura $\geq 95\%$ de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis.

O Ministério da Saúde tem desenvolvido ações e recomendações para aprimorar a prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância da sífilis, dentre as quais: a possibilidade de o teste rápido ser realizado por técnicos e auxiliares de saúde, sob supervisão de enfermeiro; a priorização do uso de penicilina benzatina para gestantes e parcerias sexuais, já que esta é a única opção de tratamento seguro e eficaz na gestação para a prevenção da sífilis congênita; e a realização de oficinas regionais do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2016b), tendo como prioridade o manejo da sífilis.

Atendendo a outra recomendação do MS, o município criou um Grupo de Trabalho (GT) para Investigação de Transmissão Vertical de sífilis congênita e HIV. Objetivando a detectar os possíveis fatores que contribuíram para sua ocorrência e as ações que podem ser realizadas para evitar casos novos.

Sífilis Adquirida

A proposta é investir em capacitação sobre manejo clínico da sífilis para médicos e enfermeiros da Atenção Básica. Em 2014, devido à diminuição da oferta de penicilina benzatina – medicação recomendada para o tratamento por ser a mais eficaz –, foram criados critérios de prioridade para tratamento com esta medicação, contemplando as gestantes e suas parcerias sexuais como populações prioritárias. No entanto, ainda se faz necessário revisar estes critérios, com vistas ao tratamento da sífilis adquirida na população em geral.

Hepatites Virais

Em 2011, o Ministério da Saúde introduziu os testes rápidos para triagem de hepatites virais B e C, sendo uma das estratégias adotadas para o enfrentamento desses agravos. A testagem rápida para HV foi implantada em 2014 no CTA. Os resultados reagentes exigem confirmação por testes moleculares para a detecção de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA), comprovando a presença do vírus. Estes testes são disponibilizados no LACEN e em laboratórios conveniados.

A prevenção da hepatite C, para a qual atualmente não há vacina, se dá pela adoção de medidas como o sexo protegido, o não compartilhamento de objetos que contenham sangue ou secreção de outras pessoas, a adoção de medidas de biossegurança nos estabelecimentos de saúde, bem como o diagnóstico precoce e o tratamento dos que vivem com a doença. Assim, as estratégias de prevenção prioritárias incluem a qualificação do acesso à informação a realização de teste rápido para as hepatites B e C (juntamente com o teste rápido para sífilis e HIV). Outra medida necessária é a disponibilização da vacinação para a hepatite B para todas as faixas etárias.

Tuberculose

A tuberculose é considerada uma doença socialmente determinada, pois sua ocorrência está diretamente associada à forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, assim como à implementação de políticas de controle da doença. Os processos de produção e reprodução estão diretamente relacionados ao modo de viver e trabalhar do indivíduo. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravamento em saúde pública, ou seja, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública (BRASIL, 2011d). e apresenta relação de comorbidade com a AIDS, além de um vínculo expressivo com situações de pobreza extrema e uso de drogas.

O Programa Municipal de Controle da Tuberculose – PMCT foi descentralizado em 2008, quando as ações deste passaram a ser de responsabilidade da Atenção Primária. Para o diagnóstico de TB o município dispõe de laboratório que realiza baciloskopias e teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB). Para isso foi realizada capacitação de médicos, enfermeiros, na busca ativa do sintomático respiratórios - SR, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com tuberculose, avaliação dos contatos.

Hanseníase

A Hanseníase continua sendo um problema de saúde Pública. O programa Municipal de Controle da Hanseníase tem suas ações baseadas nas diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase do Ministério da Saúde. Desenvolve ações de orientação, avaliação e diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes visando atender suas necessidades.

A avaliação sistemática dos indicadores epidemiológicos e operacionais Atualmente, além das ações, vem priorizando a busca ativa de casos novos, busca dos pacientes em atraso da dose mensal de medicamento e a avaliação dos comunicantes.

O tratamento é descentralizado e desenvolvido por todas as equipes saúde da família, tendo uma referência no Centro de Especialidades Médicas para atender as intercorrências e as demandas que a atenção básica não consegue resolver.

ESTRUTURA, AÇÕES, PROCESSOS DE TRABALHO E POLÍTICAS DE SAÚDE.

Atenção Primária à Saúde

Atenção Primária é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por promover e proteger a saúde, prevenir agravos, ampliar diagnóstico, oportunizar tratamento, facilitar reabilitação, reduzir danos e desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

São atributos essenciais da APS: acessibilidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade e abrangência do cuidado. E cada um deles visa garantir a adequada atenção prestada aos seus usuários. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem a principal porta de entrada dos usuários e o centro de integração com toda a Rede de Atenção à Saúde. Construída territorialmente onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, facilitando o acesso e garantindo uma assistência de qualidade.

Quando este usuário está na APS cabe a esta não somente atendê-lo em suas principais demandas, mas também garantir a continuidade (longitudinalidade) do cuidado. A coordenação do cuidado implica na articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, o bem da pessoa assistida, ofertando ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada.

A rede de serviços de Atenção Primária à Saúde de Lagarto é composta pelas Unidades de Saúde de Atenção Primária e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) detalhada na tabela 7.

A cobertura populacional estimada pela atenção básica no município, na competência de dezembro/2016, era de 62,11% da população. Se contabilizada somente a cobertura populacional pelas ESF, com 18 equipes completas, a cobertura será equivalente a 60,73%. A cobertura populacional estimada por agente comunitário de saúde (ACS) foi de 70,85% e a cobertura populacional pela saúde bucal foi de 33,45% (Gráfico 37).

Tabela 9 - Número de unidades de saúde da Atenção Primária, de Equipes de Saúde da Família, de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, julho/2021

ESTABELECIMENTO	NÚMERO ESF	NÚMERO ACS	NÚMERO EACS	NÚMERO ACS
C S JOSEFA BARBOSA DOS REIS ROMÃO	04	24	0	0
CLINICA DE SAUDE DA FAMILIA DR DAVI MARCOS DE LIMA	03	19	-----	-----
CLINICA DE SAUDE DA FAMILIA JOSE ANTONIO MAROTO	03	20	-----	-----
U B S ALTO DA BOA VISTA	03	21	-----	-----
U B S LEANDRO MACIEL	-----	-----	02	25
U B S ALCINO CORREIA DOS SANTOS	01	10	-----	-----
U B S RAIMUNDA REIS	02	13	-----	-----
U B S JOSÉ BISPO DE SOUZA	01	08	-----	-----
U B S JOSÉ ANTONIO DE MENEZES MEROBA	01	07	-----	-----
U B S GIVALDA DOS SANTOS ALMEIDA	02	18	-----	-----
U B S JOSE SERAFIM DOS SANTOS	01	07	-----	-----
U B S MARGARIDA DO ESPIRITO SANTO	01	06	-----	-----
U B S PADRE ALMEIDA	03	20	-----	-----
U B S PE DA SERRA	01	08	-----	-----
U B S PEDRO FELIX DOS SANTOS	01	06	-----	-----

FONTE: CNES Julho 2021

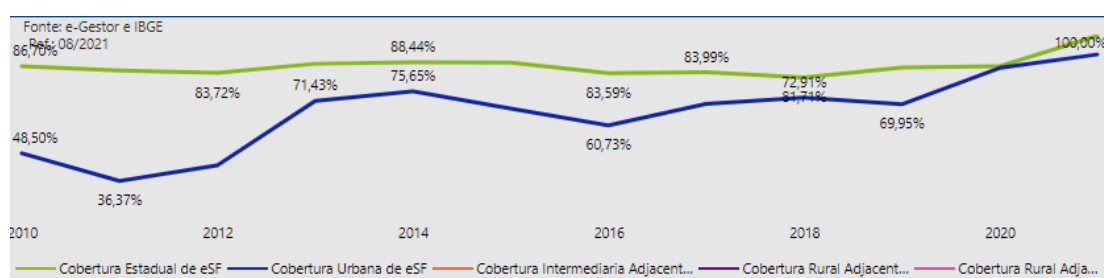
Em torno de 90% das demandas de saúde (em diversos países a média é de 95%) trazidas para a APS devem ser solucionadas na APS, para isso, esta deve ser polivalente, pautada pela abordagem centrada na pessoa, em que conjuntamente o usuário e o profissional de saúde irão cogерir as decisões.

Os usuários devem ter todas as suas condições atendidas no serviço mais adequado para a sua realização, portanto o que pode e carece ser solucionado na APS não deve ser encaminhado para outros pontos da rede de atenção em saúde. A Atenção Primária em Lagarto demonstra uma fragilidade quando avaliada pelas coberturas da atenção básica e saúde bucal ao longo dos últimos seis anos. A linha de declínio implica na quebra de alguns princípios do SUS – universalidade, acessibilidade.

Em 2014 com a implantação do Programa Mais Médico (PMM) houve um incremento na cobertura, mas, em contrapartida posteriormente, houve redução de outras equipes que não estavam na modalidade do PMM.

Na Saúde Bucal a redução da cobertura foi superior, atingindo os processos de trabalho multiprofissional que são preconizados na estratégia saúde da família e contribuindo para o esfacelamento de ações de promoção e prevenção da saúde bucal.

Gráfico 26 – Cobertura da Atenção Básica Lagarto, 2010 a 2020.



FONTE: MONITORA APS/SES

Unidade Básica de Saúde/ Unidade de Saúde da Família (UBS, USF)

A rede está constituída com 15 UBS/USF, que estão localizadas em diversos pontos da cidade e são a porta de entrada para o nosso sistema de saúde. Nestas Unidades os usuários recebem atendimentos básicos e gratuitos em clínico geral, enfermagem e odontologia.

Surge como desafio coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrar as ações programáticas e demanda espontânea; articular as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhar de forma

multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizar a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

Os principais serviços oferecidos por estas Unidades são consultas médicas, consultas de enfermagem, nebulizações, administração de medicamentos, curativos, vacinação, tratamento odontológico, triagem pré-natal, triagem neonatal, exame de Papanicolau, fornecimento de medicação básica para o tratamento de doenças crônicas: hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase.

Tabela 10 - Número de atendimentos individuais realizados pelos profissionais das ESF/2021

Profissional	2018	2019	2020
Médico (a)	58.611	66.361	52.763
Enfermeiro (a)	41.462	39.861	38.504
Dentistas	13.556	20.904	8.161
ACS	246.611	285.964	246.702

FONTE: Sistema e-SUS 2021

Nas Unidades de Saúde, além da Estratégia Saúde da Família, também existem os Núcleos de Apoio a Saúde Família – NASF.

Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF

A organização dos processos de trabalho do NASF, que tem como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde ao utilizar metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo desenvolver o trabalho compartilhado com as equipes de referências, visando a construção e ativação de espaços para comunicação, compartilhamento de conhecimentos e co-responsabilização dos casos com a ESF, sendo esta última, a equipe de referência do usuário (CAMPOS, DOMITTI, 2007). Composto como equipe multiprofissional que atua de maneira integrada com as equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes.

Assim, a lógica do apoio matricial desempenhado pelo NASF é a organização da clínica e do cuidado em saúde a partir da integração e cooperação entre as equipes responsáveis pelo cuidado de determinado território.

Em Lagarto, cada NASF atende em média 08 ESF's e está constituído pelos seguintes profissionais: Clínico Geral, Ginecologista, Pediatra, Psicólogo, Fisioterapeuta e Assistente Social.

Atividades Desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família

- Grupos de apoio em saúde mental;
- Grupos de Prática corporais e atividade física;
- Grupos de estímulo a práticas corporais para redução do sedentarismo e alimentação saudável;
- Apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família nos grupos de hipertensão e diabetes;
- Matriciamento às equipes da Estratégia Saúde da Família;
- Ações junto à comunidade nas datas comemorativas como: outubro rosa, na prevenção do câncer de colo de mama e útero; agosto azul, na prevenção de câncer de próstata e prevenção de doenças crônicas aos homens e controle do tabagismo; mês do idoso, prevenção de quedas e envelhecimento saudável;
- Atividades de práticas corporais junto aos polos da Academia da Saúde;
- Visitas Domiciliares;
- Discussões de casos e planejamento de ações de acordo com as demandas do território;
- Ações intersetoriais com CRAS, CREAS, Secretaria do Idoso, Grupos da Comunidade Local, Escolas;

O resultado das 10 equipes saúde da família e da equipe NASF que aderiram ao programa e participaram do segundo ciclo do PMAQ foi:

- 05 apresentaram desempenho abaixo da média (50%).
- 05 equipes foram classificadas acima da média (50%).

- 01 equipe NASF apresentou desempenho abaixo da média

Na APS, a abrangência do cuidado está associada ao recurso instrumental e tecnológico; e ao conhecimento técnico dos profissionais, que devem trabalhar em equipe, com ação empática, visando ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação entre o profissional e o usuário, às necessidades singulares dos sujeitos, construindo o cuidado centrado na pessoa, com olhar sobre a família e a comunidade, e desta forma garantindo a resolutividade da APS.

Da mesma forma, o monitoramento do acolhimento, as atualizações dos territórios adscritos, a informatização e a ampliação do rol de procedimentos ofertados pelas Unidades de Saúde ainda não são suficientes para diminuir as iniquidades de acesso aos serviços.

A vinculação dos cidadãos às equipes de saúde da APS se dá preferencialmente por área adscrita pelo endereço de residência dos mesmos. Deve haver uma preocupação cada vez maior dos gestores e profissionais de saúde em oferecer a maioria dos serviços necessários para as pessoas na própria unidade de saúde. O acesso de não residente no território de uma unidade de saúde é limitado ao acesso por demanda espontânea de urgência.

No que se refere as condições sensíveis à atenção básica, estas são um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiria o risco de internações. A proporção de ICSAB irá refletir a efetividade do cuidado na atenção básica, assim como o desenvolvimento de ações de regulação do acesso às internações hospitalares.

Pressupões que internações para tratamento clínico de uma gama de afecções são necessárias, mas existe um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da atenção básica e que, portanto, essas internações devem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas nesse nível da atenção à saúde.

Nos últimos anos, houve aumento no número e na proporção de internações por condições sensíveis às ações da atenção primária (Tabela 8), particularmente as relacionadas ao grupo CID-10: IX. Doenças do aparelho circulatório, X. Doenças do aparelho respiratório, XI. Doenças do aparelho digestivo, XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo.

Tabela 11 - Número e proporção de Internações por condições sensíveis à atenção básica por ano, Lagarto, 2018 a 2016.

Município	2018	2019	2020	Total
280350 Lagarto	1.492	1.709	988	4.189
Total	1.492	1.709	988	4.189

FONTE: DATASUS/SIH

Os processos de trabalho e regulação contribuem para o cenário de ICSAB. O município não possui outros programas voltados para populações vulneráveis e ou situações específicas (pessoas com dificuldades temporárias ou definitivas de locomoção ou necessitam de atenção domiciliar). A forma de marcação de consultas e atendimentos é somente presencial, exceto para idosos e pessoas com deficiências.

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Bolsa Família é um programa federal de transferência de renda destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, que associa à transferência do benefício financeiro do acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social. Possui três eixos principais: a transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza; as condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e as ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade. Em relação ao setor saúde, o foco principal é o acompanhamento das crianças menores de sete anos e das gestantes.

A SMS possui uma Comissão Intersetorial para Acompanhamento do Programa Bolsa Família, formada pela Secretaria Municipal da Saúde e Secretaria Municipal da Educação, que tem centrado esforços para promover o acompanhamento mais adequado possível para os beneficiários do programa.

PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO

Esse programa tem como objetivo realizar e monitorar ações de prevenção da iniciação ao uso de tabaco, estimular e promover a criação os ambientes 100% livres da fumaça do tabaco e os programas de apoio à cessação do tabagismo. Articula

intersetorialmente ações para o controle do Tabagismo com outras secretarias, instituições e entidades governamentais.

Atenção à Saúde Bucal

A Política de Saúde Bucal da SMS proporciona atenção odontológica integral à população lagartense garantindo a realização de atividades coletivas e individuais de promoção e prevenção da saúde bucal.

A Atenção à Saúde Bucal no município tem sua oferta na atenção básica, através das equipes de saúde bucal, e a utilização da Unidade Móvel Odontológica. Na atenção especializada através do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.

Na competência dezembro/2016 a Saúde Bucal do município de Lagarto contava com seis equipes de Saúde Bucal composta por odontólogos e auxiliar em saúde bucal (ASB), as quais atuam na área rural e em algumas unidades na cidade, com oferta de atendimentos na área preventiva e curativa.

Todas as seis equipes participaram do 2 ciclo do PMAQ e 100% tiveram resultado abaixo da média.

As Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família desenvolvem:

- Ações de promoção e proteção de saúde
- Ações de recuperação
- Prevenção e controle de câncer bucal
- Atendimento de urgência básica

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) são realizados procedimentos preventivos, curativos e exodontias (extrações dentárias), sendo a porta de entrada obrigatória para os serviços da atenção secundária quando necessário.

As equipes da atenção primária realizam programas preventivos e educativos (UBS, atenção domiciliar e escolas), visando proporcionar a adoção de corretas práticas de higiene bucal e redução da incidência das patologias bucais.

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e ou pelas equipes de

saúde bucal da estratégia saúde da família. Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos.

No CEO é ofertado diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral com Bucomaxilofacial, endodontia, odontopediatria, atendimento aos portadores de necessidades especiais. E realização de raio X.

Atenção Especializada Ambulatorial

Os serviços especializados ambulatoriais devem prestar atenção complementar à APS, proporcionando ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ ou assistência, com tecnologia compatível à sua capacidade de resolução. Devem estar integrados à rede de atenção e ainda inseridos em linhas de cuidado, podendo utilizar metodologias que apoiem e/ou ampliem a capacidade resolutiva da APS.

Pela especificidade de cada um, no município existem diferentes tipos de serviços especializados ambulatoriais:

- Os previstos em portarias federais, com incentivo mensal específico (saúde, Centro de Especialidades Odontológicas);
- Os previstos em portarias federais e com recurso específico (Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA);
- Os que funcionam como ambulatórios de especialidades médicas e não médicas (como fonoaudiologia e nutricionista) e com pequena capacidade de apoio diagnóstico;
- os ambulatórios de equipe multidisciplinar para uma população ou agravo específico (Ambulatório de Diabetes);

Outros serviços especializados não hospitalares, que por ser a única referência na respectiva área de atuação e especialidade, assumem o papel regionalizado e atendem todos os municípios da região de saúde é o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST.

Quadro 4 - Serviços especializados ambulatoriais e formas de acesso e regulação

Tipos de Serviços	Regionalizado	Sistema de Regulação	Via de Acesso
CEO	Não	Não	Atenção básica
CTA	Não	Não	Direto
CEREST	Sim	Não	Direto
Ambulatório de Práticas Integrativas	Não	Não	Atenção básica
Ambulatório Especializado	Sim	ACONE	Atenção básica

Quadro 5 – Demonstrativo das especialidades disponíveis no Centro de Especialidades Médicas. Lagarto, 2016.

Ambulatório especializado	Forma de regulação	Número de profissionais
Cardiologista	ACONE	2
Cirurgião geral	ACONE	3
Dermatologista	ACONE	2
Médico do trabalho	Agendamento presencial	1
Endocrinologista	Agendamento presencial	1
Gastroenterologista	ACONE	1
Mastologista	ACONE	1
Neurologista	ACONE	1
Ortopedista	ACONE	3
Otorrinolaringologista	ACONE	3

Psiquiatra	Agendamento presencial	2
Urologista	ACONE	2
Fonoaudiólogo	Agendamento presencial	1
Fisioterapeuta geral	Agendamento presencial	6
Nutricionista	Agendamento presencial	1
Psicólogo clínico	Agendamento presencial	6
Psicopedagogo	Agendamento presencial	1

FONTE: Diretoria de Atenção especializada

Atenção à Saúde Mental

A Política de Atenção Psicossocial tem como fundamento legal a Lei Federal nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a), e a Portaria MS/GM nº 3.088/2011/13 (BRASIL, 2011c), que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

No novo modelo de atenção em Saúde Mental Portaria nº 3.088/GM/2011, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são um ponto de atenção do componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes

A Rede de Atenção Psicossocial em Lagarto oferece múltiplos serviços com o objetivo de oferecer cuidado integrado às pessoas em sofrimento psíquico e/ou portadoras de transtornos mentais. Tem como premissa o cuidado integral, a ênfase no cuidado ambulatorial, a desinstitucionalização, a atenção às urgências e a hospitalização apenas quando estritamente necessária, além da reabilitação psicossocial.

Entendendo o papel estruturante da APS no cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, há necessidade do fortalecimento das ações de saúde mental na atenção básica a fim de que casos leves e moderados possam ser conduzidos pelo médico generalista e pela equipe da atenção primária, melhorando e qualificando o encaminhamento ao especialista.

O desenvolvimento de estratégias de apoio matricial às equipes e descentralização das ações ambulatoriais no núcleo de psiquiatria são imprescindíveis.

Para tanto, a RAPS Lagarto conta com 15 unidades de atenção primária, 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 CAPS II, 01 CAPS AD, 01 Unidade de Acolhimento (UAA) e residência terapêutica e em fase de implantação o CAPS Infantil. Além disso, contam com atendimento de urgência nas demais portas de urgência, leitos de saúde mental em hospitais gerais, disponibilizando um total de 08 vagas.

Atenção à Saúde do trabalhador

A caracterização do perfil de morbimortalidade da população de trabalhadores de Lagarto foi realizada com base no banco do SINAN, obtida das Fichas de Investigação de Notificação Compulsória, no período de 2009 a 2016.

A Tabela 9 mostra as notificações compulsórias realizadas entre os anos de 2009 e 2016. Observa-se que de forma geral, houve um aumento do número de notificações relacionadas ao trabalho. Algumas com maior frequência e o destaque para os acidentes com exposição a material biológico.

Em 2015 houve o maior número de notificações – 78 – e a maior diversidade de agravos – acidente de trabalho grave, intoxicação exógena, LER/DORT. Esse crescimento provavelmente ocorreu em virtude do fortalecimento das ações do CEREST.

Tabela 12 – Número de notificações relacionadas ao trabalho por município de notificação.

Agravos Saúde Trabalhador	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico	0	6	31	27	47	31	13	17
Acidente de Trabalho Grave	0	0	0	3	2	5	16	10
Câncer Relacionado ao Trabalho	0	0	0	0	0	0	1	1
Dermatoses Ocupacionais	0	0	1	0	1	0	2	1
Intoxicações Exógenas	0	4	1	1	0	0	22	1
LER DORT	0	0	0	4	1	5	21	4
PAIR	0	0	6	0	0	0	3	0
Pneumoconiose	0	0	0	0	0	0	0	0
Transtorno Mental	0	0	0	1	0	1	0	0

Total	0	10	39	36	51	42	78	34
--------------	---	----	----	----	----	----	----	----

FONTE: SINANNET/DVS/SES

Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA

O incentivo a estruturação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), ocorreu na década de 80 como resposta à epidemia do HIV/aids e tinha como objetivo a oferta da testagem gratuita, confidencial e anônima e do aconselhamento em IST/aids, a partir de uma abordagem de educação em saúde e de redução de riscos e vulnerabilidades. A inclusão da testagem sorológica das hepatites virais nos CTA se deu a partir de 2004.

O objetivo principal da estruturação da oferta da prevenção e do aconselhamento para o HIV/aids era interromper a cadeia de transmissão do vírus, o que deveria ser promovido pela realização de diagnóstico precoce das pessoas infectadas e seus(as) parceiros(as); pela oferta do aconselhamento; pela distribuição de insumos de prevenção e informações apropriadas e cientificamente embasadas; e pelo encaminhamento das pessoas com resultado positivo para o HIV aos serviços de referência e aos grupos de base comunitária das organizações da sociedade civil que trabalhavam com o tema (BRASIL, 2010)

As ações de testagem e aconselhamento passaram a ocupar lugar privilegiado entre as estratégias ofertadas no campo da prevenção. Ao longo do tempo a infecção pelo HIV foi desenvolvendo características de uma condição crônica e, em paralelo, o avanço do cuidado e a simplificação do tratamento incidiram na mudança do modelo de prevenção, a fim de responder a uma concepção de cuidado não mais centrada apenas nas ações de atenção e tratamento, mas, sobretudo, que incorporasse a promoção da qualidade de vida e a intervenção em fatores de vulnerabilidade.

Esse movimento demonstra a necessidade de ampliação de acesso às ofertas no campo da prevenção com incorporação de ações programáticas mais abrangentes.

Segundo a pesquisa de 2011 Novas Tecnologias para Acesso ao Diagnóstico em CTA – Instituto de Saúde – SP (MERCEDES et al., 2013), as pessoas mais expostas ao risco de infecção pelo HIV: procuram com menor frequência o diagnóstico, mesmo quando oferecido por meio de campanhas e pelo serviço de saúde; não estão vinculadas aos serviços de saúde e tendem a não revelar as situações de exposição ao

HIV, mesmo em serviços especializados em HIV/aids; não chegam ou demoram a chegar aos serviços de tratamento imediatamente após o diagnóstico do HIV; e nem sempre utilizam o preservativo, porque não querem ou não conseguem.

Diante das possibilidades de conjugação das intervenções de Prevenção Combinada do HIV, o CTA, enquanto serviço especializado na prevenção do HIV, das IST e das hepatites virais, tem um papel estratégico para as ofertas das ações de Prevenção Combinada, o que demanda articulação e incorporação dessas intervenções nas RAS.

Entendendo que as ações de Prevenção Combinada devem ser voltadas especialmente às pessoas que pertencem aos segmentos populacionais considerados mais vulneráveis à infecção. Tais segmentos são denominados e considerados populações-chave e populações prioritárias para as ações de prevenção e cuidado contínuo e integral.

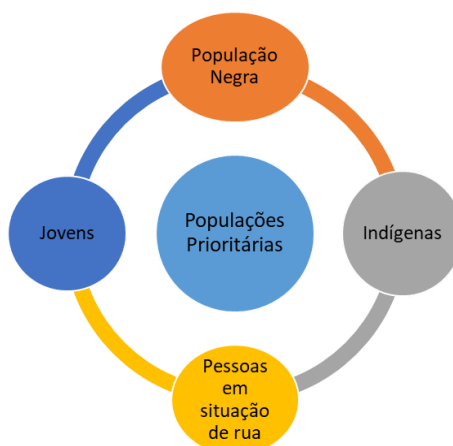
Figura 2 – Populações Chaves



FONTE: DIAHV/SVS/MS

A concepção de população-chave considera-se todos os aspectos em seus contextos sociais e estruturais que os colocam em situações de maior vulnerabilidade para os agravos.

Figura 3 – Populações prioritárias



Fonte: DIAHV/SVS/MS

O CTA de Lagarto tem o desafio que reorganizar o serviço, redefinir seu papel, contemplando as diferentes realidades, a capacidade de resposta, buscando sempre ofertar o maior nível de resolubilidade possível em relação às necessidades das populações prioritárias atendidas nos serviços. Bem como a integralidade no cuidado.

ATENÇÃO HOSPITALAR

O acesso à atenção hospitalar em Lagarto ocorre de maneira referenciada (via complexo regulador: Central Estadual de Regulação de Internações Hospitalares, SAMU) ou espontânea, através de serviços eletivos ou de emergência. A regulação de leitos hospitalares é realizada pela Central de Regulação de Internações Hospitalares (SIGAU) e está Integrado em tempo real com todos os serviços hospitalares.

Os estabelecimentos que compõe a rede hospitalar e o número de leitos por Unidade Hospitalar descrito no Quadro 5.

Dos dois Hospitais Gerais existentes, gestão Estadual, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, atualmente referência para cirurgias eletivas e realização de exames de média complexidade e o Hospital Regional é referência para urgências, e média e alta complexidade.

A Maternidade Zacarias Junior, atenção materno-infantil de média complexidade, sob gestão Estadual Possui o título de Hospital Amigo da Criança desde 2000 e atua em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH).

Quadro 6 – Demonstrativo dos Estabelecimentos e número de leitos disponíveis.

Estabelecimento	Tipo de Leito	Existentes	SUS	Não Sus
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Cirúrgico – Cirurgia Geral	39	24	15
Hospital Regional de Lagarto	Cirúrgico – Cirurgia Geral	10	10	-
	Clínico – Clínica Geral	54	54	-
	UTI Adulto – Tipo II	10	10	-
	Pediatria Clínica	12	12	-
	Crônicos	10	10	-
	Psiquiatria	8	8	-
Maternidade Zacarias Junior	Ginecologia	2	2	-
	Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	5	0	5
	Obstetrícia Cirúrgica	29	29	-
	Pediatria Clínica	1	1	-
IOSE	Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico	1	1	1
TOTAL		181	161	21
SAMU – UNIDADE MOVEL TERRESTRE		1	-	-
SAMU – UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRÉHOSPITALAR NA AREA DE URGÊNCIA		2	-	-

FONTE: CNES

Assistência Farmacêutica

“Assistência Farmacêutica é um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e eficácia terapêutica de medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde,

do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”. (Política Nacional de Medicamentos, 1998).

O objetivo da Assistência Farmacêutica (AF) no município é apoiar as ações de saúde promovendo o acesso da população aos medicamentos padronizados e seu uso racional.

• Financiamento da assistência farmacêutica

a. Componente Básico da Assistência Farmacêutica

A Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013 dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o Art. 3º desta portaria, o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

I União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulín dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e

III Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulín dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.

b. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

A Portaria nº 1554 de 30 de julho de 2013 dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o Art. 3º desta portaria, os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas:

- Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em:
 - a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
 - b) Grupo 1B: medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; (Alterado pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 11 de setembro de 2013).
 - Grupo 2: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
 - Grupo 3: medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação e que está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
- c. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica Este componente disponibiliza medicamentos para pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, meningite, oncocercose, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, HIV/AIDS, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, além de vacinas, soros e imunoglobulinas.

Gestão dos medicamentos-organização da assistência farmacêutica no município

a. Seleção de medicamentos

A seleção de medicamentos é considerada o eixo do Ciclo da Assistência Farmacêutica, sendo que as demais atividades desse ciclo são desenvolvidas com base no elenco selecionado. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS (Art. 25 do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011). O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela Comissão Intergestores Tripartite (Art. 26 do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011).

A Secretaria Municipal da Saúde de Lagarto possui a Farmácia Básica Municipal composta por medicamentos para distribuição aos usuários e para uso interno nas Unidades de Saúde. A lista de medicamentos composta por medicamentos já estabelecidos e a partir da análise dos atendimentos prestados pelas Unidades Municipais de Saúde.

O Município avançou na consolidação da AF com a implantação do Sistema de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica – Hórus. O sistema permite fazer uma melhor Programação e aquisição de medicamentos, reduz o descarte por perda de validade, possibilita o controle contínuo e sistemático do estoque, e o controle da dispensação contribuindo para minimizar a prática dos estoques domésticos. Atualmente dispensação de medicamento acontece em 13 Unidades Básicas de Saúde e com o Hórus implantado.

Tabela 13 – Demonstrativo de Unidades Dispensadoras de Medicamento e Hórus implantado.

Dispensadora	Hórus Implantado
UBS Padre Almeida	Sim
CSF Dr. Davi Marcos de Lima	Sim
UBS Leandro Maciel	Sim
CSF Antônio Maroto	Sim
UBS Alto da Boa Vista	Sim
UBS Artur de Oliveira Reis	Sim

UBS Jeronimo Reis	Sim
UBS Josefa Barbosa Reis Romão	Sim em 2017
UBS Cidade Nova	Sim
UBS Alcino Correia	Sim em 2017
UBS José Antônio Menezes - Meroba	Sim em 2018
UBS Margarida do Espírito Santo	Sim em 2018
UBS José Serafim dos Santos	Sim
CAF (Central de Abastecimento Farmacêutica)	Sim em 2014

FONTE: Planilha Gerencial da Diretoria de Assistência Farmacêutica

A tabela acima demonstra a ampliação do acesso à medicação com inserção de novas UBS dispensadoras.

Abaixo o demonstrativo de medicações dispensadas para tratamento da hipertensão e diabetes melitus, bem como o número de usuários atendidos.

Tabela 14 – Demonstrativo dos medicamentos dispensados para tratamento da Hipertensão.

Medicamentos Anti-Hipertensivo	2017	2018	2019	2020
ANLODIPINO 10 MG COMPRIMIDO	43.000	37.970	142.710	177.030
ANLODIPINO 5 MG COMPRIMIDO	72.000	53.780	161.860	128.150
ATENOLOL 100 MG COMPRIMIDO	22.235	6.180	33.800	33.785
ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO	112.595	41.905	90.895	125.800
CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO	158.617	91.300	189.500	247.390
CARVEDILOL 25 MG COMPRIMIDO	6.183	7.807	33.260	38.190
ENALAPRIL 10 MG COMPRIMIDO	115.070	81.290	20.930	72.600
ENALAPRIL 20 MG COMPRIMIDO	115.590	59.020	121.600	163.580
FUROSEMIDA 40 MG COMPRIMIDO	80.500	28.940	70.500	118.360
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMPRIMIDO	324.540	119.640	276.900	265.400
LOSARTANA POTÁSSICA 50 MG COMPRIMIDO	563.545	158.425	704.800	520.010

METILDOPA 250 MG COMPRIMIDO	23.900	13.000	20.000	13.530
METILDOPA 500 MG COMPRIMIDO	15.880	1.700	59.000	44.400
NIFEDIPINO 10 MG COMPRIMIDO	39.470	12.100	39.700	34.120
NIFEDIPINO 20 MG COMPRIMIDO	14.000	14.370	2.700	
PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO	59.900	24.440	86.100	89.750

Fonte: Scaweb Hórus

Tabela 15 - Demonstrativo dos medicamentos dispensados para tratamento da Diabetes.

Medicamentos Anti-Glicêmico.	2017	2018	2019	2020
GLIBENCLAMIDA 5 MG COMPRIMIDO	344.730	210.575	216.615	148.140
GLICAZIDA 30MG COMPRIMIDO		1.920	4.960	11.310
GLICAZIDA 60MG COMPRIMIDO		210	5.000	9.300
INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL 10 ML	9.560	9.310	7.948	6.820
INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL 3ML			1.680	9.310
INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL 10 ML	750	1.325	1.848	1.374
INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL 3ML			475	2.175
LANCETA AÇO INOXIDÁVEL ULTRA FINA, DESCARTÁVEL ESTÉRIL	52.350	137.200	183.700	116.400
METFORMINA 500 MG COMPRIMIDO	20.000	41.800	150.400	426.730
METFORMINA 850 MG COMPRIMIDO	429.980	126.200	573.540	694.020
TIRA REAGENTE PARA MEDIR GLICEMIA	34.700	20.000	88.650	269.850

Fonte: Scaweb Hórus

Tabela 16 – Demonstrativo de medicamentos dispensadas com alta demanda.

Medicamentos básicos	2017	2018	2019	2020
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG COMPRIMIDO	144.000	53.900	106.130	145.830
ÁCIDO FÓLICO 5 MG COMPRIMIDO	110.320	35.060	21.290	12.620
AMOXICILINA 500 MG CÁPSULA	85.206	45.023	19.515	64.510
AMOXICILINA 50 MG/ML PÓ PARA SUSPENSÃO 60 ML	3.506	64	2.105	1.952
CEFALEXINA 500 MG CÁPSULA	46.959	10.400	500	150.952
DIPIRONA SÓDICA 500 MG COMPRIMIDO	93.320	38.650	101.000	55.620
NIMESULIDA 100 MG COMPRIMIDO	37.472	15.240	44.704	65.181
OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA	206.840	95.618	235.640	307.768
PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDO	75.100	37.580	91.370	106.410
SINVASTATINA 10 MG COMPRIMIDO	29.740	8.960	41.040	23.400
SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO	161.904	30.010	191.000	151.780
SINVASTATINA 40 MG COMPRIMIDO	38.160	20.900	73.100	137.640
VITAMINAS DO COMPLEXO B (B1,B2,B3,B6,B12) DRÁGEA	65.400	5.753	43.500	47.700

Fonte: Scaweb Hórus

Tabela 17 - Demosntrativo dos medicamentos dispensados da portaria 344/98.

Medicamentos Psicotrópicos	2017	2018	2019	2020
ÁCIDO VALPRÓICO 250 MG COMPRIMIDO	18.800	5.900	30.000	25.271
ÁCIDO VALPRÓICO 50 MG/ML XAROPE 100 ML	739	665	5.044	959
ÁCIDO VALPRÓICO 500 MG COMPRIMIDO	15.580	997	49.700	30.000
AMITRIPTILINA 25 MG COMPRIMIDO	183.815	80.510	190.000	256.880

BIPERIDENO 2 MG COMPRIMIDO	113.280	21.450	107.000	246.250
CARBAMAZEPINA 20 MG/ML SUSP. ORAL 100 ML	1.037	361	1.161	796
CARBAMAZEPINA 200 MG COMPRIMIDO	139.600	50.840	158.600	255.800
CARBAMAZEPINA 400 MG COMPRIMIDO	6.000	14.200	23.400	94.900
CARBONATO DE LÍTIO 300 MG COMPRIMIDO	28.080	6.920	20.500	34.580
CLONAZEPAM 2 MG COMPRIMIDO	214.690	41.340	359.020	429.020
CLONAZEPAM 2,5 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 20 ML	1.600	504	3.800	1.515
CLORPROMAZINA 25 MG COMPRIMIDO	66.560	30.820	37.740	41.120
CLORPROMAZINA 100MG COMPRIMIDO		31.600	110.860	134.940
CLORPROMAZINA 40 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 20 ML	452	90	37.740	380
DIAZEPAM 10 MG COMPRIMIDO	68.860	33.150	99.970	64.860
DIAZEPAM 5 MG COMPRIMIDO	10.200	12.120	25.890	11.000
FENITOÍNA SÓDICA 100 MG COMPRIMIDO	46.700	53.860	84.500	28.020
FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO	96.920	84.370	70.000	105.600
FLUOXETINA 20 MG CÁPSULA	173.401	67.631	56.190	10.170
HALOPERIDOL 1 MG COMPRIMIDO	46.550	21.910	47.720	94.750
HALOPERIDOL 2 MG/ML SOLUÇÃO ORAL 20 ML	568	114	500	348
HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO	105.780	29.080	95.200	113.170
HALOPERIDOL DECANOATO 50MG/ML INJETÁVEL 1ML	1.777	458	2.037	2.987
LEVOMEPRIMAZINA 100 MG COMPRIMIDO	51.470	19.040	78.370	51.065
LEVOMEPRIMAZINA 25 MG COMPRIMIDO	49.430	25.240	36.000	38.260
NORTRIPTILINA, CLORIDRATO 25 MG CÁPSULA	5265	5.070	11.550	29.110

NORTRIPTILINA, CLORIDRATO CÁPSULA	50	MG	1.920	1.800	2.490	26.910
PAROXETINA, CLORIDRATO COMPRIMIDO	20	MG	6.000	13.420	21.750	52.660
PROMETAZINA, CLORIDRATO COMPRIMIDO	25	MG	50.000	26.000	114.890	225.960
SERTRALINA COMPRIMIDO	50	MG	25.000	24.794	150.000	150.000

Fonte: Scaweb Hórus

Tabela 18 – Demonstrativo de usuários atendidos e receitas dispensadas.

	2017	2018	2019	2020
Nº de usuários atendidos pelo NUAUF	9.735	5.441	5.295	7.347
Nº de dispensações / receitas	90.226	42.659	68.907	98.881
Quantidade de medicamentos nas diversas apresentações	3.654.191	1.398.731	2.498.437	3.526.941

Fonte: Scaweb Hórus

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

São os serviços que têm a função de realizar exames de imagem, gráficos ou coleta de exames laboratoriais de baixa tecnologia e custo, de uso frequente e que podem ser realizados fora do ambiente hospitalar. Todos são regulados via Sistema de Regulação - ACONE, como RX, ultrassonografia, patologia clínica, ecografias e audiometrias, entretanto os procedimentos de alta complexidade são enviados para o NUCCAR para regulação.

Não há regulação para as coletas de exames laboratoriais e o acesso é direto do usuário ao serviço de coleta. De acordo com o Manual de Apoio aos Gestores do SUS – Organização da Rede de Laboratórios Clínicos (BRASIL, 2001b), os serviços laboratoriais devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a fim de buscar garantir a universalidade, a oportunidade de acesso dos cidadãos a todas as Ações e serviços, à integralidade da atenção, a equidade na alocação de recursos e no acesso e a subordinação das diretrizes às políticas para essa área ao controle social.

O município possui laboratório próprio, mas só executa exames de saúde pública – parasitológico para esquistossomose, baciloscopia para pesquisa de BAAR e hanseníase, teste rápido de Leishmaniose. Para atender a demanda da população e da rede de atenção à saúde básica e especializada, a Secretaria Municipal de Saúde conta com 09 laboratórios contratados.

Regulação do Sistema de Saúde

Segundo a Portaria MS/GM nº 1.559/2008 (BRASIL, 2008a), que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde é efetivada pela contratação de serviços de saúde, pelo controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, pela regulação do acesso à assistência e pela auditoria assistencial.

Contratualização dos serviços de saúde

A Portaria MS/GM nº 3.410/2013 (BRASIL, 2013c) estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar, conforme Portaria MS/GM nº 3.390/2013 (BRASIL, 2013d). No entanto, ainda não há diretrizes publicadas em relação à contratualização de serviços ambulatoriais.

No município a contratualização é realizada para serviços ambulatoriais, fisioterapia, patologia clínica e procedimentos específicos da área de oftalmologia (consultas e exames). A contratualização é composta de um instrumento contratual com cláusulas gerais de funcionamento, de obrigações a serem cumpridas por parte do contratado e da SMS e de um documento descritivo assistencial, onde constam metas físicas e financeiras.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS

A necessidade de organização dos serviços de saúde de uma forma que atenda a população de maneira mais eficaz criou a lógica das organizações de redes de atenção à saúde.

A reorganização das práticas de saúde como preceito para que as equipes possam coordenar o cuidado nas redes de atenção deve ser estimulado em nível local, de modo que ela seja capaz de acompanhar o usuário durante todo o fluxo dentro do sistema de saúde até que a demanda seja sanada. As redes contemplam indicadores - configurados na Pactuação Interfederativa e outros que permitem evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde.

Redes prioritárias para o sistema: Rede Cegonha, Rede Atenção às Urgências, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção Psicossocial, além de outras que venham ser conformadas e identificadas como prioridades, por exemplo, a Rede de Atenção às doenças crônicas que compreende a assistência à hipertensão, diabetes, cânceres, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Doença Renal Crônica, obesidade e tabagismo.

Com Plano de Ação Regional – PAR, o município possui os da Rede Cegonha, da Rede Psicossocial e de Cuidado à Pessoa com Deficiência. E outras áreas temáticas também são priorizadas pelo município: Saúde do Homem – foco nas Doenças e Condições Crônicas e Saúde da Criança e da Mulher.

Saúde do Homem

As políticas públicas de saúde voltadas ao cuidado da saúde da população masculina são muito recentes. A institucionalização formal da política deu-se pela Portaria GM/MS nº 1.944 de 27 de agosto de 2009.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) explicita o reconhecimento de determinantes econômicos, sociais, étnicos e culturais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade. Considera-se que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e risco para a saúde.

A SMS visa a implementação e consolidação dos seus eixos prioritários

- Doenças prevalentes na população masculina;
- Acesso e acolhimento do público masculino nos serviços de saúde;
- Prevenção de violências e acidentes

Saúde dos Idosos

Em Lagarto 10,38% da população geral são idosos acima de 60 anos. A capacidade funcional e o bem-estar são conceitos especialmente importantes quando pensamos saúde do idoso.

A SMS caminha no sentido de conhecer o estado funcional do idoso e as causas de morbimortalidade para poder organizar os serviços e ações de saúde e pensar em estratégias que possam reduzir os riscos e fatores que contribuem com as internações e mortalidade no idoso. O gráfico 40 demonstra o perfil da morbidade hospitalar, apontando a necessidade de fortalecer a linha de cuidado do idoso.

Tabela 19 – Internações em maiores de 60 anos no período de 2018 a 2020.

Município	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos e mais	Total
280350 Lagarto	561	552	583	476	795	2.967
Total	561	552	583	476	795	2.967

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

Tabela 20 – Número de internação em maiores de 60 anos pelas causas:

Doenças do Aparelho circulatório, Doenças do aparelho circulatório, Doenças do Aparelho respiratórios e doenças do aparelho digestivo, Doenças de pele e do tecido subcutâneo.

Município	2017	2018	2019	2020	Total
280350 Lagarto	11	84	52	32	179
Total	11	84	52	32	179

FONTE: Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS) 2018-2021

Objetivando a manutenção da autonomia e independência dos idosos, bem como a qualidade de vida no envelhecer, será reforçada por estratégias que contemplem:

- Atenção integral e integrada à Saúde da Pessoa Idosa (com foco na funcionalidade do idoso, especial atenção às especificidades desta faixa etária, assim como suas vulnerabilidades, fragilidades e síndromes geriátricas);
- Estímulo às ações intersetoriais visando à integralidade da atenção;
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco;
- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

Saúde da Criança

A Política de Saúde Integral à Criança tem por finalidade a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e assistência, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança. Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), o município prioriza alguns eixos estratégicos:

- Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
- Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral,
- Vigilância do óbito infantil e fetal – fortalecida com o Comitê de mortalidade Infantil

Saúde das Mulheres

O Objetivo da Política de Saúde da Mulher é reduzir a morbimortalidade pelos agravos mais prevalentes na população feminina, realizando ações transversais e articuladas intersetorialmente visando à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos,

diagnóstico, tratamento e recuperação de condições de saúde, qualificando assim a saúde das mulheres no município.

Principal eixo estratégico de atenção:

- Câncer Cervico uterino
- Câncer de mama

O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame Citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002). A rotina preconizada no rastreamento brasileiro, assim como nos países desenvolvidos, é a repetição do exame de Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano, em mulheres de 25 a 64 anos.

Medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008). A mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) são os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Preconiza-se a realização da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 02 em 02 anos.

Tabela 21 - Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos e Citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.

Procedimento	2017		2018		2019		2020	
	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado	Meta	Resultado
mamografia	0.44		0.14		0.29		0.18	
citologia	0.39		0.50		0.48		0.24	

FONTE: SES/SISPACTO/cides.se.gov.br

Vigilância em Saúde

O reconhecimento da Vigilância em Saúde como responsabilidade indelegável e como um componente indissociável do SUS é a base estratégica do SUS Municipal. Cabe à Vigilância em Saúde atuar no âmbito de proteção contra danos, riscos, agravos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população através da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS).

A DVS atualmente se encontra dividida em equipes nas seguintes áreas:

- Epidemiológica – com a Vigilância de Doenças Transmissíveis, Vigilância de Doenças Agudas, Doenças Endêmicas, Vigilância do Óbito e de Imunizações; vigilância de zoonoses – vigilância de vetores e
- Sanitária e Ambiental – Vigilância de Alimentos, Serviços e Produtos de Interesse à Saúde, Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano,
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Esta área é responsável por ações no âmbito das doenças transmissíveis, doenças agudas, endêmicas e imunizações e eventos vitais. Exemplos de ações são descritas a seguir.

Controle vetorial do Aedes Aegypt

O quadro epidemiológico atual da dengue no país caracteriza-se pela ampla distribuição do Aedes aegypti em todas as regiões, com uma complexa dinâmica de dispersão do seu vírus, provocando a ocorrência de epidemias nos principais centros urbanos do país, infligindo um importante aumento na procura pelos serviços de saúde, com ocorrência de óbitos.

A Dengue tem sido uma prioridade no município. E no intuito de manter a infestação do município menor que 1% e reduzir o risco de epidemia pelos agravos transmitidos pelo mosquito, o programa municipal exerce uma constante vigilância associada a ações de prevenção e atenção adequada aos casos suspeitos deve ser mantida, especialmente nos períodos de alta transmissão.

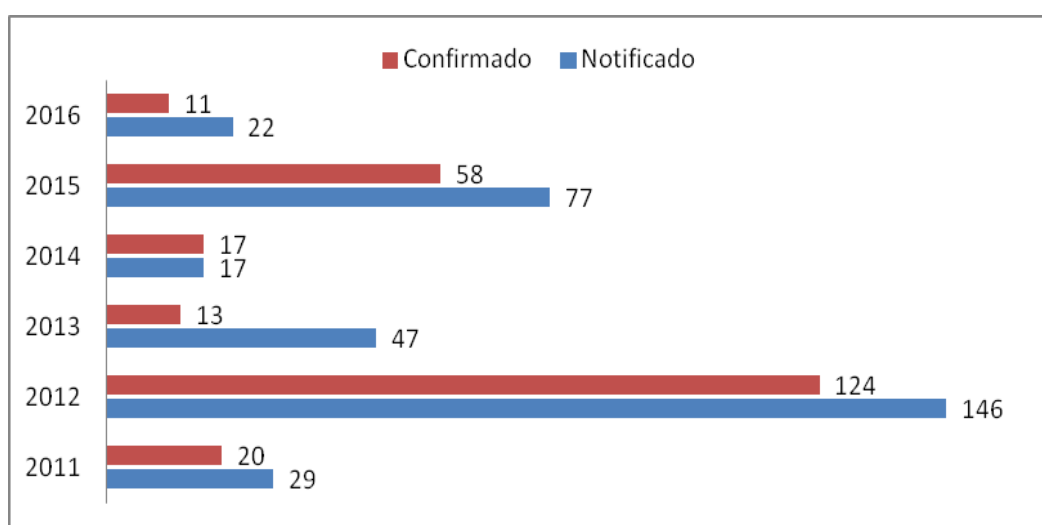
No PNCD são previstas as visitas bimestrais em, no mínimo, 80% dos imóveis da cidade para eliminar e evitar o surgimento de novos focos do mosquito Aedes aegypti, sendo

analisado o fechamento ao final do período. As ações desenvolvidas são: pesquisas larvárias para o Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti*-LIRAA com o objetivo de detectar a infestação por localidade e em toda a cidade; as visitas aos pontos estratégicos cadastrados (ferros velhos, borracharias, cemitérios, dentre outros); o bloqueio de transmissão dos casos suspeitos de Dengue utilizando UBV Portátil e UBV Pesado “Fumacê” quando há notificação, visando rápida interrupção da circulação viral e a redução do índice Predial; e o agendamento para retorno do agente de combate a endemias aos imóveis fechados para a redução do índice de pendência.

São executadas também ações de controle ambiental através do recolhimento dos pneus inservíveis nas borracharias cadastradas, e de mutirões de limpeza para retirada de possíveis criadouros.

E intensamente são desenvolvidas as atividades de comunicação, mobilização e educativas em todo o município a fim de propiciar a adesão das pessoas e da sociedade organizada, de maneira consciente e voluntária, para o enfrentamento da proliferação do *Aedes aegypti* e consequentemente redução da ocorrência dos agravos transmitidos por este vetor (dengue, zika e chikungunya).

Gráfico 27 - Distribuição dos casos prováveis Notificados e Confirmados de Dengue.



FONTE: SINAN/DVS/SES. Casos prováveis (sem os descartados) e pela data dos primeiros sintomas e os confirmados por laboratório e clínico epidemiológico.

O gráfico 27 ilustra o número de casos notificados de dengue em Lagarto de 2011 a 2016. No período avaliado, 2012 foi o ano com maior número de notificações. Dos 146 casos notificados, 85% foram confirmados, o que ilustrou um quadro de surto epidêmico de dengue no município. Mas a partir de 2013 o número de notificações voltou a cair,

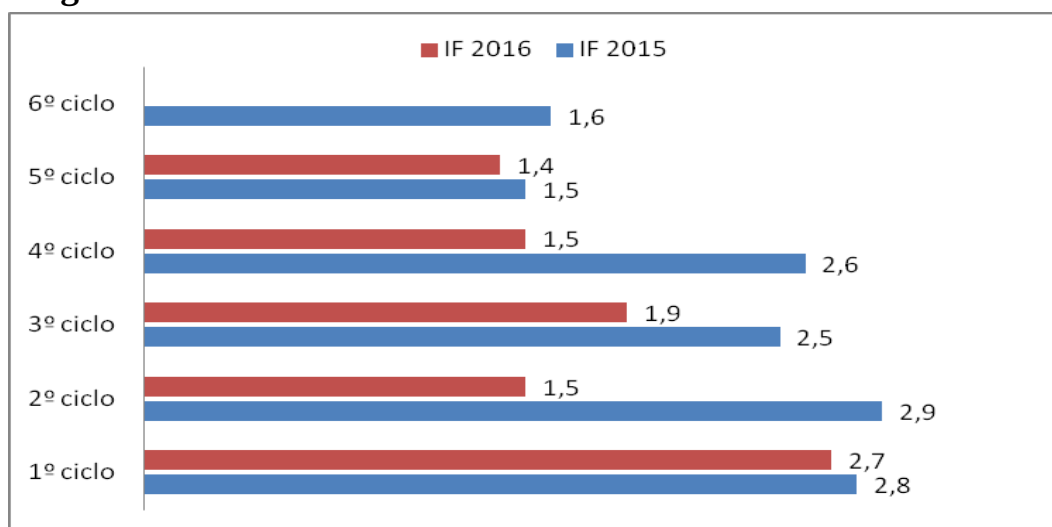
entretanto o índice de confirmação dos casos continua elevada, com 100% de confirmação dos casos notificados em 2014 e 75,3% dos casos em 2015.

Em 2015, de acordo com o SINAN, teve início as notificações de Chikungunya, também transmitido pelo *Aedes aegypti*, mas até então desconhecido. Início de forma incipiente com apenas 6 notificações nenhum caso confirmado. Em 2016 houve um aumento, 50 casos notificados e 44 confirmados. Das arboviroses trabalhadas a de menor notificação foi a doença aguda pelo vírus zika, com somente uma notificação em 2016 e não foi confirmado.

O perfil epidemiológico da dengue em Lagarto nos anos de 2015 e 2016 apresentou uma similaridade com o perfil entomológico - índice de infestação - do mesmo período (gráfico 43). Quando os índices de infestação foram acima de 2% houve um maior número de notificações e mais de 75% dos casos foram confirmados.

Necessário ampliar a vigilância do *Aedes aegypti*, com utilização da tecnologia visando à produção de mapas de infestação populacional do vetor atualizados em tempo real, índices entomológicos e epidemiológicos semanais, além da gestão de equipe de campo.

Gráfico 28 – Índice de infestação (IF) por ciclo trabalhado nos anos de 2015 e 2016. Lagarto/SE.



FONTE: SISPNCD

AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS ZOONOSES

As zoonoses são doenças que podem acometer tanto seres humanos quanto animais: ambos podem contaminar um ao outro. Isso ocorre porque alguns microrganismos, como vírus, bactérias ou fungos, têm a capacidade de afetar tanto as células de animais como as dos humanos.

O município possui um Centro de Controle de Zoonoses, ligado diretamente a Diretoria de Vigilância em Saúde, responsável pelo controle e manejo de animais domésticos e sinantrópicos (morcegos, pombos, escorpião, cobras, caramujos), visando o controle das doenças transmitidas por estes animais aos seres humanos. Além das zoonoses monitoradas por programas de vigilância e controle do

Ministério da Saúde (Doença de Chagas, febre de chikungunya, dengue), o município executa também ações de prevenção e controle para zoonoses de relevância municipal (leishmaniose visceral, esquistossomose)

Controle da Doença de Chagas

A doença de Chagas é uma infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* e transmitida pelos triatomíneos da família Reduviidae, através de sua picada, conhecidos no Brasil como barbeiro. Mas a picada por si só não transmite a doença, pois o protozoário é eliminado nas excreções dos barbeiros. Depois de se alimentar, o barbeiro defeca. Em geral, ocorre uma leve ardência ou coceira no local afetado, assim, quando a pessoa se coça, acaba por introduzir os tripanossomídeos contidos nas excreções do barbeiro no organismo, causando a infecção. Outras formas identificadas de transmissão são a transfusão de sangue, a via congênita, e mais recentemente, as que ocorrem via oral, pela ingestão de alimentos contaminados.

O município não é endêmico para a doença, mas tem ações voltadas para seu controle. O Programa Municipal de Controle da Doença de Chagas realizar visita domiciliar em imóveis na área rural. Durante a visita é feita a busca e a captura dos barbeiros nos domicílios existentes nas localidades programadas e onde foram encontrados barbeiros, dentro ou fora dos domicílios realiza-se a borrifação.

A tabela abaixo apresenta o número de localidades trabalhadas, o número de imóveis e os anexos domiciliares trabalhados no período de 2014 a 2016. Observa-se uma redução no número de ações do Programa Municipal. Além das ações de campo são efetuadas ações educativas com a comunidade e parceria com a equipe saúde da família do território onde estão executando as ações do programa.

Tabela 22 – Demonstrativo do número de ações desenvolvidas no Programa Municipal de Chagas.

ANO / AÇÃO	2018	2019	2020
Número de localidades trabalhadas	07	12	01
Número de imóveis inspecionados	936	1.467	09

Número de anexos domiciliares inspecionados	356	544	5
---	-----	-----	---

FONTE: Programa Municipal de Chagas/SMS/NVS

Controle da Leishmaniose Visceral

A leishmaniose visceral (LV) é uma protozoonose crônica, sistêmica, caracterizada em humanos por febre de longa duração, perda de peso, astenia, anemia, entre outras manifestações. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos. No cão, principal reservatório e fonte de infecção no meio urbano, a doença caracteriza-se por febre irregular, apatia, emagrecimento, descamação furfurácea e úlceras na pele (em geral, no focinho, nas orelhas e extremidades), Conjuntivite, paresia do trem posterior, fezes sanguinolentas e crescimento exagerado das unhas.

A enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães tem sido mais prevalente que no homem. As estratégias de controle dessa endemia no município estão centradas na pesquisa do vetor, diagnóstico e no tratamento precoce dos casos humanos, redução da população de flebotomíneos e nas atividades de educação em saúde.

Na suspeita clínica de cão, a área a ser delimitada para investigação do foco por meio de teste rápido TR-DPP® (Biomanguinhos/FIOCRUZ), distribuído pelo Estado. Os animais reagentes ao teste de triagem são indicados para coleta de amostra de soro para realização de teste confirmatório, enviada ao Laboratório Central de Saúde Pública.

Entre as ações voltadas para controle populacional de cães e gatos está às orientações sobre posse responsável, adoção responsável.

Controle da Esquistossomose

A esquistossomose é considerada ainda um grave problema de saúde pública no Brasil porque acomete milhões de pessoas, provocando um número expressivo de formas graves e óbitos. Causada por um parasita chamado *Schistosoma mansoni*, sua transmissão depende da existência de determinadas espécies de caramujos em rios, lagoas, córregos, represas e mangues, entre outras coleções hídricas contaminadas por esgoto sem tratamento.

O tratamento é feito com medicamento seguro e efetivo, via oral em dose única e prescrito pelo médico quando os exames tiverem resultados positivos. O remédio é gratuito e é ministrado na própria unidade de saúde.

A esquistossomose é endêmica no município, com uma média de 406 casos diagnosticados por ano. O programa municipal realiza Inquérito coproscópico censitário

e tratamento de todos os portadores, a cada 2 (dois) anos, até a interrupção da transmissão. Objetiva prevenir a ocorrência de formas graves de esquistossomose; reduzir a proporção de exames positivos, por localidade, a níveis inferiores a 5%; diagnosticar, notificar, investigar e tratar os casos; levantamento de possíveis casos entre os conviventes no domicílio; controle de caramujos (hospedeiros intermediários): educação em saúde e mobilização comunitária.

Tabela 23 – Indicadores do Programa Municipal de Esquistossomose, 2018 a 2020.

INDICADORES OPERACIONAIS	2018	2019	2020
Número de localidades trabalhadas	7	4	1
Número de Visitas domiciliares realizadas	6.408	2.782	328
Número de exames realizados	3.204	1.572	164
Número de usuários diagnosticado com <i>Schistosoma mansoni</i>	565	404	249
Número de usuários tratados para <i>Schistosoma mansoni</i>	568	345	273
Percentual de positividade para esquistossomose:	17,63%	25,69%	151,8%
Palestras educativas	5	7	1
Malacologia	6	11	5
Número de Coleções pesquisadas	23	35	9
Número de Caramujos capturados	548	273	30

FONTE: SISPCE

VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A Vigilância em Saúde Ambiental consiste em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. É também atribuição da Vigilância em Saúde Ambiental a vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana, associados a contaminantes ambientais (BRASIL, 2017). A seguir, descrevem-se algumas ações realizadas.

Fiscalização em Ambiente de Trabalho

A Vigilância em Saúde do Trabalhador está voltada para a vigilância da saúde humana exposta a riscos do ambiente natural poluído e a riscos dos ambientes de trabalho. Tem como objetivo geral identificar e monitorar fatores de riscos biológicos e não biológicos nos ambientes de trabalho, de forma a minimizar os danos causados por doenças e agravos decorrentes da exposição da população. No que diz respeito ao ambiente de trabalho, desenvolve um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção à saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos gerados pelas atividades produtivas.

Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano

A Vigilância da Qualidade da Água integra as ações de vigilância em saúde ambiental da Secretaria Municipal de Saúde e tem entre suas atribuições o monitoramento da qualidade da água para consumo humano e controle de vetores.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Desenvolve um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Baseado nisso, a Vigilância Sanitária atua principalmente junto aos estabelecimentos, realizando inspeções sanitárias seja por solicitação da própria empresa ou pelo recebimento de denúncias.

Considerando o risco sanitário dos diferentes ramos de atividade a Vigilância Sanitária de Lagarto possui uma Programação das Ações Prioritárias em Vigilância Sanitária – PAVS, a qual monitora as inspeções sanitárias de atividades de maior risco sanitário nos dez distritos sanitários do município, considerando as pactuações realizadas com a Secretaria de Saúde Estadual através do VIGIASUS, assim como a classificação de risco estabelecida em legislações sanitárias.

Algumas de suas principais ações são: cadastro de estabelecimentos sujeitos à Visa; inspeção em estabelecimentos sujeitos à Visa; atividades educativas para população; atividades educativas para o setor regulado; recebimento de denúncias; atendimento de denúncias.

Vigilância dos alimentos e serviços e produtos de interesse à saúde

1. **ÁREA DE ALIMENTOS:** Açougues, feiras e mercados, vendedores ambulantes supermercados, mercearias, panificadoras, lanchonetes restaurantes, bares, pizzarias, escolas de ensino, hotéis, motéis, pousadas, clubes e associações recreativas.
2. **ÁREA DE PRODUTOS:** Drogarias e farmácias, dedetizadoras, estabelecimentos que comercializam cosméticos, perfumes e produtos de higiene pessoal, correlatos.
3. **ÁREA DE SERVIÇOS DE SAÚDE:** Consultórios odontológicos, clínicas médicas sem internação, salões de beleza e barbearias, óticas, academias de ginásticas, lavanderias comerciais, clínicas veterinárias.

Outra ação importante desenvolvida pela Vigilância Sanitária são as inspeções em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS). Tratam-se de estabelecimentos destinados às pessoas na faixa etária acima de 59 anos, e em virtude dos riscos relacionados à esta modalidade de assistência, são serviços inspecionados regularmente pelas equipes de Vigilância Sanitária.

VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A política de saúde do trabalhador e da trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Os objetivos prioritários dessa política são o de contemplar todos os trabalhadores, priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade e aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho

infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção.

O CEREST Lagarto é um centro habilitado junto ao Ministério da Saúde como CEREST Regional, ou seja, responsável por Lagarto e referência para mais 5 municípios da região de Saúde (Poço Verde, Riachão do Dantas, Salgado, Tobias Barreto, Simão Dias).

Nesse sentido tem como responsabilidade de promover a integração da rede de serviços de saúde do SUS na incorporação da Saúde do Trabalhador em sua atuação rotineira bem como a competência de coordenar, articular e apoiar a execução da política de saúde do trabalhador e propor diretrizes para o planejamento e execução das ações na região de saúde de Lagarto. No entanto, há baixa efetivação das ações relacionadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) na região.

O desconhecimento da integralidade da PNSTT por parte dos gestores municipais, trabalhadores em saúde e controle social pode ser a causa dessa falta de efetivação das ações da Política. Tendo como efeitos diretos o não reconhecimento do trabalho como fator determinante e condicionante do processo saúde-doença; o não reconhecimento e diagnóstico do adoecimento relacionado ao trabalho pelo usuário trabalhador e também pelos serviços de saúde; a baixa e/ou ausências nas notificações de doenças e agravos em saúde do trabalhador; a fragilidade na execução de ações que contemplem a PNSTT; a insuficiência das ações de vigilância nos ambientes e processos de trabalho; a não realização de ações com foco na saúde do trabalhador na Rede de Atenção à Saúde.

Para o fortalecimento do CEREST e o avanço nas notificações na rede de atenção à saúde, a gestão visa a integração do serviço com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde. Para tanto, será necessário articular a produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação da Rede de Atenção à Saúde.

O município contará com a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST, cuja finalidade é articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Imunização

A vacinação é a maneira mais eficaz de evitar diversas doenças imunopreveníveis, como poliomielite (paralisia infantil), sarampo, tuberculose, rubéola, gripe, hepatite B, febre amarela, entre outras.

O calendário de vacinação brasileiro é aquele definido pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS) e corresponde ao conjunto de vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública do país.

Atualmente é constituído por 12 imunobiológicos recomendados à população, desde o nascimento até a terceira idade, e distribuídos gratuitamente nos postos de vacinação da rede pública.

A avaliação da cobertura vacinal inclui um conjunto de indicadores que informam a potencial proteção de crianças menores de um ano para algumas doenças imunopreveníveis, como a tuberculose, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, difteria, tétano, coqueluche, meningites e outras doenças invasivas por *Haemophilus influenzae*, doença por rotavírus, pneumonia e meningite por pneumococo, meningite meningocócica C e poliomielite.

O município em consonância com o Programa Nacional de Imunizações objetiva uma vacinação segura, garantindo a utilização de vacinas de qualidade; aplicação das boas práticas de imunização; monitoramento dos eventos adversos pós- vacinação (EAPV), divulgação nos meios de comunicação sobre a importância da vacinação.

Entretanto foi observado que apesar de estratégias realizadas pelos serviços de saúde as metas de cobertura vacinal de algumas vacinas não foram atingidas, indicando a necessidade de um repensar nas estratégias de vacinação da população em questão.

Tabela 24 – Cobertura vacinal em crianças menores de 2 anos.

Imunobiológicos	2017	2018	2019	2020
BCG	94,96	196,94	100	129,5
Meningocócica Conjugada C	89,06	97,09	90,2	79,4
Penta (DTP/Hib/HB)	85,09	95,71	87,9	73,8
Pneumocócica	92,34	99,56	90,9	81,3
Poliomielite	85,16	95,71	87,0	73,7
Rotavírus Humano	89,12	97,45	89,4	77,9
Tríplice Viral (1ª dose - D1)	90,63	102,77	91,0	80,2

FONTE: SIPNI/SES – Cobertura Vacinal 2020 em análise.

Controle dos Agravos Transmissíveis:

HIV/AIDS

Lagarto apresenta uma taxa de detecção de casos de Aids com tendência de ascensão. Com o objetivo de diminuir os casos de Aids e controlar a epidemia, foram implementadas diferentes estratégias, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, dentre elas:

- descentralização da testagem para o HIV (2014) com a implantação do uso do teste rápido (por punção digital) na atenção básica. Englobou a disponibilização de teste rápido para sífilis, a capacitação de 100% dos profissionais da AB, com recomendação da realização do teste rápido por livre demanda e sem necessidade de territorialização. Um desafio é realizar essas capacitações várias vezes ao longo dos quatro últimos anos, devido à rotatividade profissional;
- realização de eventos de testagem em grande escala em eventos municipais de maior fluxo de pessoas – Outubro Rosa, Novembro Azul, Parque de exposição, Festival da mandioca, entre outros, objetivando a ampliação do diagnóstico precoce para o HIV.
- CTA Itinerante com oferta dos testes em eventos pontuais, em áreas distantes e O CTA também realiza a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) seguindo o novo protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral no qual a escolha pela utilização do esquema profilático passou a ser baseada na avaliação do risco da exposição e não na categoria de exposição (sexual ou por acidente com material biológico)). Também realiza distribuição gratuita de insumos de prevenção (preservativos masculinos e gel lubrificante), para profissionais do sexo.

Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita

A eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV constitui uma prioridade para a região da América Latina e do Caribe e está contida no documento Iniciativa da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis nas Américas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do UNICEF (PAHO, 2014).

Em 2014, a OPAS criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis, certificando os países que alcançarem cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes 95% e taxa de transmissão vertical

do HIV $\leq 2\%$, ou taxa de incidência de até 0,3 caso/mil nascidos vivos; taxa de incidência de sífilis congênita de $\leq 0,5$ caso/ mil nascidos vivos; cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$; cobertura de TARV $\geq 95\%$ em gestantes HIV positivas e cobertura $\geq 95\%$ de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis.

O Ministério da Saúde tem desenvolvido ações e recomendações para aprimorar a prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância da sífilis, dentre as quais: a possibilidade de o teste rápido ser realizado por técnicos e auxiliares de saúde, sob supervisão de enfermeiro; a priorização do uso de penicilina benzatina para gestantes e parcerias sexuais, já que esta é a única opção de tratamento seguro e eficaz na gestação para a prevenção da sífilis congênita; e a realização de oficinas regionais do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2016b), tendo como prioridade o manejo da sífilis.

Atendendo a outra recomendação do MS, o município criou um Grupo de Trabalho (GT) para Investigação de Transmissão Vertical de sífilis congênita e HIV. Objetivando a detectar os possíveis fatores que contribuíram para sua ocorrência e as ações que podem ser realizadas para evitar casos novos.

Sífilis Adquirida

A proposta é investir em capacitação sobre manejo clínico da sífilis para médicos e enfermeiros da Atenção Básica. Em 2014, devido à diminuição da oferta de penicilina benzatina – medicação recomendada para o tratamento por ser a mais eficaz –, foram criados critérios de prioridade para tratamento com esta medicação, contemplando as gestantes e suas parcerias sexuais como populações prioritárias. No entanto, ainda se faz necessário revisar estes critérios, com vistas ao tratamento da sífilis adquirida na população em geral.

Hepatites Virais

Em 2011, o Ministério da Saúde introduziu os testes rápidos para triagem de hepatites virais B e C, sendo uma das estratégias adotadas para o enfrentamento desses agravos. A testagem rápida para HV foi implantada em 2014 no CTA. Os resultados reagentes exigem confirmação por testes moleculares para a detecção de ácidos nucleicos do HCV (HCV-RNA), comprovando a presença do vírus. Estes testes são disponibilizados no LACEN e em laboratórios conveniados.

A prevenção da hepatite C, para a qual atualmente não há vacina, se dá pela adoção de medidas como o sexo protegido, o não compartilhamento de objetos que contenham sangue ou secreção de outras pessoas, a adoção de medidas de biossegurança nos estabelecimentos de saúde, bem como o diagnóstico precoce e o tratamento dos que vivem com a doença. Assim, as estratégias de prevenção prioritárias incluem a qualificação do acesso à informação a realização de teste rápido para as hepatites B e C (juntamente com o teste rápido para sífilis e HIV). Outra medida necessária é a disponibilização da vacinação para a hepatite B para todas as faixas etárias.

Tuberculose

A tuberculose é considerada uma doença socialmente determinada, pois sua ocorrência está diretamente associada à forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, assim como à implementação de políticas de controle da doença. Os processos de produção e reprodução estão diretamente relacionados ao modo de viver e trabalhar do indivíduo. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública (BRASIL, 2011d). e apresenta relação de comorbidade com a AIDS, além de um vínculo expressivo com situações de pobreza extrema e uso de drogas.

A taxa de cura da TB em 2015 em Lagarto foi de 61,53%, estando abaixo da taxa preconizada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que é de 85% e também pela preconizada pelo Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT-SE), 75%.

O Programa Municipal de Controle da Tuberculose – PMCT foi descentralizado em 2008, quando as ações deste passaram a ser de responsabilidade da Atenção Primária. Para o diagnóstico de TB o município dispõe de laboratório que realiza baciloscopias. Para isso foi realizado capacitação de médicos, enfermeiros, na busca ativa do sintomático respiratórios - SR, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com tuberculose, avaliação dos contatos.

Hanseníase

A Hanseníase continua sendo um problema de saúde Pública. O programa Municipal de Controle da Hanseníase tem suas ações baseadas nas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase do Ministério da Saúde. Desenvolve ações de orientação,

avaliação e diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes visando atender suas necessidades.

A avaliação sistemática dos indicadores epidemiológicos e operacionais Atualmente, além das ações, vem priorizando a busca ativa de casos novos, busca dos pacientes em atraso da dose mensal de medicamento e a avaliação dos comunicantes.

O tratamento é descentralizado e desenvolvido por todas as equipes saúde da família, tendo uma referência no Centro de Especialidades Médicas para atender as intercorrências e as demandas que a atenção básica não consegue resolver.

Práticas Integrativas em Saúde

As Práticas Integrativas em Saúde (PIS) são recursos terapêuticos complexos que têm em comum uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano. A OMS também as denomina de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (WHO, 2002).

No Brasil, as técnicas de Acupuntura/Medicina Tradicional e Complementar, Medicina Antroposófica, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Homeopatia e Termalismo/Cromoterapia foram aprovadas para serem utilizadas no SUS em 2006 pela portaria ministerial nº 971 que deu origem à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) (BRASIL, 2006).

Em Lagarto as Práticas Integrativas e Complementares foram iniciadas em 2016 como piloto na Colônia treze com: terapia comunitária, oficina de massagem/automassagem, Reiki e pretende ampliar atendendo a portaria nº 145 de 11/01/2017 incluiu na atenção básica os procedimentos das PIS: meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, sessão de tratamento osteopático e reiki.

GESTÃO EM SAÚDE

O modelo de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) está inscrito na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e nas Leis Federais nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b). Tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde; a hierarquização das ações e serviços de saúde; o controle social da implementação da política de saúde e a autonomia dos gestores. Neste contexto, cabe ressaltar que o SUS realiza ações e serviços públicos de relevância pública.

A gestão municipal vislumbra uma gestão pautada nos princípios de excelência em gestão pública, com foco no planejamento integrado ao orçamento para a obtenção de

resultados eficientes, eficazes e efetivos. Bem como fortalecer os espaços dialógicos de parceria e de corresponsabilidade, potencializando a qualificação dos processos de trabalho e a produção de bens e serviços públicos de saúde que atendam as necessidades da população.

Essa excelência implica na adoção de métodos e instrumentos de gestão adequados, eficazes e eficientes, e definição de eixos prioritários que garantam um cuidado integral ao cidadão.

Faz-se necessário conceber a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado à saúde, com ampliação do acesso e da carteira de serviços; Estruturar a regulação do fluxo de pacientes entre serviços de complexidades distintas; Definir a Rede de Atenção à Saúde como integração entre os diferentes pontos assistenciais por meio de linhas de cuidado e atribuições explícitas das responsabilidades; Fortalecer as ações de monitoramento e avaliação e utilizar os sistemas de informação para tomada de decisão, dinamizar o núcleo de educação permanente, fomentar a aproximação da sociedade civil (cidadãos, prestadores e demais instituições) com a gestão; Definir as condições de saúde prioritárias – agudas (doenças causadas pelo Aedes Aegypti, IST e outras), condições crônicas (AIDS, tuberculose, hanseníase, câncer, diabetes), e causas externas (acidentes e violência).

Intersetorialidade

Um dos desafios do sistema de saúde é efetivar a intersetorialidade, principalmente entre as políticas da saúde, assistência social e educação.

A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, em seu artigo 4º, parágrafo V, tem como um dos seus princípios:

a intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (Portaria MS nº 2.446, 2014).

Outras áreas também são fundamentais nessa integração: segurança, lazer, acesso à moradia e meio ambiente para atender o princípio da universalidade e integralidade.

Portanto, é responsabilidade da gestão municipal estimular e apoiar a intersetorialidade das políticas públicas por meio de programas e ações conjuntas, entre setores da prefeitura, que possam intervir de forma efetiva e integral na melhoria das condições de vida da população mais vulnerável.

Relações Interfederativas

No Brasil, as relações interfederativas são concretizadas a partir de instâncias representativas envolvendo todos os entes federados (União, Estados e Municípios). Estes participam de forma integrada no planejamento e na tomada de decisões sobre a política pública de saúde, a partir das Comissões Intergestora: Comissão Intergestora Bipartite – CIB, Comissão Intergestora Tripartite – CIT e Comissão Intergestora Regional – CIR. Em Sergipe denominado como Colegiados Intergestores.

Os colegiados se configuram como espaço permanente de pactuação, cogestão e de decisão. O município de Lagarto é a sede do Colegiado Intergestor.

Regional – CIR, composta por seis municípios e abrange uma população de 257.634 habitantes. Juntos discorrem sobre as prioridades e organização da rede de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. O espaço consolida o processo de responsabilidade compartilhada entre todos os gestores da região.

Outras ferramentas utilizadas nas relações interfederativas como estratégias indutoras são definidas pelo Ministério da Saúde, como o ‘Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – SISPACTO (Anexo) e o Sistema de Apoio a Elaboração do Relatório de Gestão – SARGSUS.

Planejamento

O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho.

O Planejamento deve ser norteado por princípios, legislação e instrumentos específicos. Ser contínuo, integrado, articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão, alinhado às pactuações e considerar as necessidades da população.

A legislação principal que trata sobre os instrumentos de planejamento e gestão no SUS é a seguinte: Art. 165 a 169 da CF/1988; Art. 36 da Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990a); Lei nº 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990b); Decreto nº 7.508, de 2011 (BRASIL, 2011b); Lei Complementar nº 141, de 2012 (BRASIL, 2012); Portaria nº 2.135, de 2013 (BRASIL, 2013b); e Emenda Constitucional nº 95/2016 (BRASIL, 2016c).

Os indicadores para avaliação do impacto das ações na saúde da população são os estabelecidos pelo Ministério da Saúde e são acompanhados pela equipe de Gestão/Assistência composta por diretores, coordenadores, assessores e técnicos das respectivas áreas. O resultado dessas avaliações e propostas para intervenção compõe a programação anual de saúde correspondente.

Financiamento

A Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017, alterou a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. A Portaria de Consolidação nº 6 havia incorporado o texto da Portaria 204/2007. Desde a Portaria 204/2007, o financiamento e as transferências dos recursos federais para ASPS eram realizados através de seis blocos de financiamento ou blocos financeiros. Para a recepção dos recursos federais, o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, abria para cada bloco uma conta bancária e, no caso do bloco de investimento, uma conta financeira para cada um dos projetos aprovados com plano de aplicação e prestação de contas específicas, o que muitas vezes poderia ser confundido com a transferência de recursos financeiros realizada por meio do instrumento tipo convênios.

Das ações e dos serviços públicos de saúde

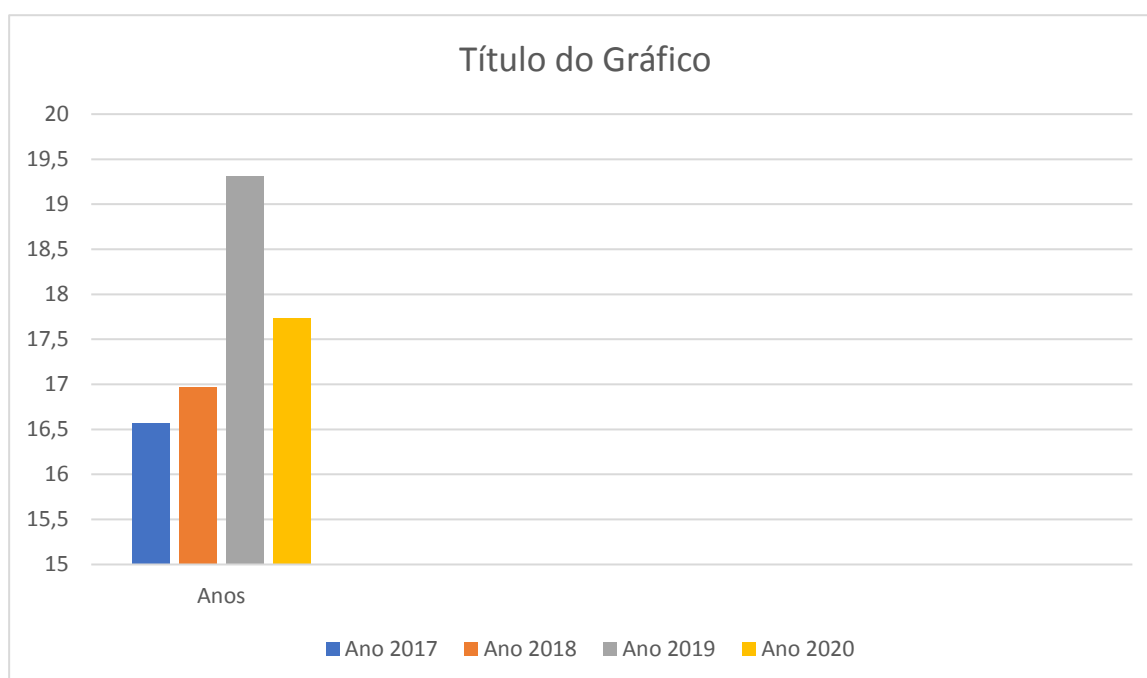
A definição de ações e serviços públicos de saúde (ASPS) já estava bem clara na própria Constituição Federal e na Lei 8080/90 e posteriormente na Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, entretanto, a partir da publicação da referida Lei foi determinado efetivamente quais são as despesas que podem ser consideradas ações e serviços de saúde. Desse modo, são consideradas ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:6/7.

- a. sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- b. estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- c. sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes

sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Dessa forma, para serem consideradas ASPS, as ações devem estar disponíveis a toda a população de forma gratuita, constar no plano de saúde, ser de responsabilidade do setor de saúde e serem fiscalizadas e aprovadas pelo Conselho de Saúde além de executadas com recursos movimentados até sua destinação final nos fundos de saúde.

Gráfico 29 - Percentual de aplicação municipal em saúde em Lagarto



FONTE: SIOPS/DATASUS

Na análise do percentual mínimo, preconizado 15%, aplicado em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) podemos observar o cumprimento da lei no ano de 2017 foram repassados 16,57%, no ano de 2018 foram aplicados 16,97%, no ano de 2019 foram aplicados 19,31%, e no ano de 2020 foram aplicados em ações e serviços de saúde 17,74%.

Blocos de Financiamento

A Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017, alterou a Portaria de Consolidação 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. A Portaria de Consolidação nº 6 havia incorporado o texto da Portaria 204/2007. Desde a Portaria 204/2007, o financiamento e as transferências dos recursos federais para ASPS eram realizados através de seis blocos de financiamento ou blocos financeiros. Para a recepção dos recursos federais, o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, abria para cada bloco uma conta bancária e, no caso do bloco de investimento, uma conta financeira para cada um dos projetos aprovados com plano de aplicação e prestação de contas específicas, o que muitas vezes poderia ser confundido com a transferência de recursos financeiros realizada por meio do instrumento tipo convênios.

Os recursos para manutenção da prestação dos serviços das ações e do serviço de saúde foram transferidos para uma só conta-corrente no Bloco de Custeio. Os recursos para investimento em saúde foram transferidos para uma só conta-corrente no Bloco de Investimento. A mudança promoveu o fortalecimento dos instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, além de permitir ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas. As ações e os serviços devem constar no plano de saúde do Município e na Programação Anual de Saúde que deverão ser aprovadas pelo Conselho de Saúde.

O Bloco de Custeio é composto pelos recursos oriundos dos programas, das estratégias e das ações que integravam os Blocos de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS. Todas as ações que integravam os antigos blocos de financiamento agora fazem parte do mesmo grupo, compondo o Bloco de Custeio; dessa forma, os recursos que eram disponibilizados separadamente agora são disponibilizados em uma única conta. Com a mudança, tornam-se fundamentais a organização e o controle por parte dos gestores e dos contadores municipais no que diz respeito às entradas e às saídas dos recursos federais no Fundo de Saúde. Isso porque em uma única conta serão recebidos recursos de diversas estratégias ou ações, para as quais existem programações ou planos de trabalho específicos para a utilização. A utilização dos recursos deve corresponder e estar vinculada às ações inseridas no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde. O modelo atual de repasses separa de forma transparente os fluxos orçamentários e financeiros, possibilitando uma melhor gestão financeira da saúde.

O novo regramento determina uma única conta para recebimento de todos os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde. Anteriormente, cada objeto pactuado possuía uma conta específica para o recebimento dos repasses. Por exemplo: para a construção de uma Unidade Básica de Saúde, uma conta era aberta para o recebimento do recurso financeiro e perdurava até o final da execução da obra pelo Município. Atualmente, independente de quantos diferentes repasses o Município receber, todos os recursos ficarão disponíveis em uma única conta. Caberá ao gestor municipal identificar junto ao plano de trabalho inserido nos sistemas de monitoramento ou nas portarias do Ministério da Saúde que normatizaram os repasses a correta utilização do dinheiro.

Com a emissão da nova Portaria Nº 828 de 17 de abril de 2020, os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento serão transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta corrente específica e única para cada Bloco, mantidas em instituições financeiras oficiais federais e movimentadas conforme disposto no Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011. Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observado o Plano Municipal de Saúde. Ainda de acordo com a Lei Complementar 141/2012 de âmbito nacional estabelece o percentual mínimo a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

CAPTAÇÃO DE RECURSOS

A captação de recursos de investimentos e custeio para o financiamento do sistema de Saúde no município ocorre mediante a oportunidade de Portarias de Incentivos lançadas pelo Ministério da Saúde ou Emendas Parlamentares Federais (§ 9º, Art. 166, da CF/88). As propostas de captação são realizadas através do alinhamento junto às Áreas Técnicas da SMS, considerando os Instrumentos de Planejamento (Plano Municipal de Saúde, PAS).

Os instrumentos utilizados para captação dos recursos são:

- FNS - Fundo Nacional de Saúde: Portarias de Incentivo de investimentos/custeio lançadas pelo Ministério da Saúde ou Emendas Parlamentares Federais cadastradas no Sistema de Gerenciamentos de Objetos e Propostas;
- SISMOB – Sistema de Monitoramento de Obras: Portarias/Emendas Parlamentares de Incentivo para Investimento em Construção, Ampliação e Reformas;
- SAIPS – Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde: Refere-se a incentivo para implantação de serviço ou componente de rede, transferido em parcela única do Fundo Nacional de Saúde para o município, recurso de custeio transferido mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o município ou recurso de habilitação mediante Portaria específica de serviço de saúde executado pelo estabelecimento de saúde, equipe, ou serviço/componente de rede enquanto prestadores ou integrantes do Sistema Único de Saúde.
- SICONV – Sistema de Convênios: O Sistema de Convênio – SICONV foi implantado através do Decreto Presidencial nº 6.170 de 25 de julho de 2007. Este Decreto regulamenta os convênios, contratos de repasse e termos de execução descentralizada, celebrados pelos órgãos e entidades da administração pública federal com órgãos ou entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos, para a execução de programas, projetos e atividades que envolvam a transferência de 146 recursos ou a descentralização de créditos oriundos dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social da União.

Auditoria

Auditoria é um componente do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), e deve atuar de forma sistêmica e integrada com os demais componentes (Estadual e Federal). São realizadas auditorias de conformidade e operacionais com atuação preventiva e corretiva, com as seguintes finalidades: preservar padrões estabelecidos, apontar não conformidades; avaliar a qualidade, propriedade e efetividade dos serviços; bem como produzir informações que contribuam para o aperfeiçoamento de gestão do sistema.

As auditorias são realizadas por dois auditores do quadro municipal. Atualmente não há programação anual estabelecida, trabalhando a equipe com demandas ordinárias, onde realizam vistoria in loco, faz entrevista com profissionais e usuários, e, após a análise técnica, emite relatório preliminar sobre as constatações observadas.

As ações da auditoria eram prioritariamente voltadas para a Atenção Hospitalar. Com a mudança de gestão da rede hospitalar para a Secretaria de Estado da Saúde, identifica-se a necessidade de ampliação do escopo de atuação da auditoria, seja nos processos bem como nas áreas de atuação para os serviços de Atenção Básica e Especializada. Dentre eles o Serviço de Tratamento Fora do Domicílio.

Tratamento Fora de Domicílio

O Tratamento Fora de Domicílio é o instrumento legal que visa garantir o tratamento ambulatorial de média e alta complexidade a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município e nas unidades vinculadas ao SUS e autorizadas por Comissão Municipal de TFD. As despesas relativas ao deslocamento de usuários quando esgotado todos os meios de tratamento no próprio município, procederá segundo o que determina o regimento. **Terão direito ao Tratamento Fora do Domicílio:** Os pacientes residentes e domiciliados no município de Lagarto; os pacientes atendidos, exclusivamente, na rede pública ou conveniados / contratados do SUS; e os pacientes somente terão direito a um acompanhante.

Judicialização da Saúde

A judicialização da saúde refere-se à busca do Judiciário como a última alternativa para obtenção do medicamento ou tratamento ora negado pelo SUS, seja por falta de previsão na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), seja por questões orçamentárias.

Sendo o município o principal executor dos serviços de saúde, esse sofre a pressão dos cidadãos e, conseqüentemente, é alvo direto de demandas judiciais. E a expansão da judicialização tem preocupado gestores, pois, sem critérios, pode conduzir a um desequilíbrio do orçamento, prejudicando políticas públicas.

O acesso à medicação é o tema mais judicializado da saúde do município, seguindo de exames de alta complexidade. Destaca-se que a SMS ainda não possui dados suficientes quanto ao impacto financeiro dessas ações judiciais nos últimos anos.

A proposta da gestão é elaborar instrumento para o controle e monitoramento, com mapeamento dos processos judiciais e quantificação dos gastos. De posse das informações, será possível traçar estratégias de racionalização da judicialização como, por exemplo: melhorar o planejamento e a gestão dos recursos, ampliar a comunicação

pública, em linguagem acessível e que atinja ao maior número de pessoas sobre o funcionamento, acessos e ofertas nos serviços públicos.

Humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) nasceu em 2003 no Ministério da Saúde com a proposta de alterar padrões de atenção à saúde dos usuários, mas também de qualificar a participação de trabalhadores, gestores e usuários na gestão das práticas de saúde (BRASIL, 2004).

Por Humanização compreendem-se as atitudes que valorizam dimensões subjetivas e sociais em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS. Envolve a oferta de atendimento de qualidade que fortaleça o compromisso com os direitos do cidadão e articule os avanços tecnológicos com acolhimento, a ambiência adequada do local de atendimento e das condições de trabalho dos profissionais. O estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão e da atenção estimula o aumento do grau de corresponsabilização na produção de saúde (BRASIL, 2004).

A diretriz mais desenvolvida da PNH pela SMS é a do acolhimento. Foram estabelecidas formas de acolhimento e inclusão do usuário, com destaque para as Unidades de Saúde, de forma a promover à otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema. Visando a ampliação da política os desafios para o próximo quadriênio, estão:

- Priorização da proposta da PNH como estratégia para a consolidação do SUS, incluindo o acolhimento, a valorização do trabalho em saúde, a educação permanente e, especialmente, a criação e o fortalecimento do vínculo do profissional com o usuário, medida está fundamental para a humanização das relações;
- Fortalecer as ações de monitoramento e discussão qualificada com as equipes de saúde;
- Fomento à Educação Permanente em Saúde sobre Humanização.

Gestão do Trabalho

Gerência de Recursos Humanos executa a gestão do trabalho e pessoas, voltadas para o desempenho setorial das unidades de saúde e departamentos relacionados a Secretaria Municipal de Saúde; acompanha e realiza os processos de férias prêmio, licença saúde,

licença para tratar de interesses pessoais - LIP, gratificação de incentivo, adicional de insalubridade e periculosidade, averbação de tempo e quinquênio; realiza a conferência da folha de ponto, ponto eletrônico e fechamento da planilha para concessão de pagamento aos servidores; atualiza a situação funcional dos servidores, como remoção, exoneração, admissão e nomeação; acompanha e analisa o quantitativo de horas extras; prepara e encaminha os formulários relativos à programação de férias e folhas de ponto e compila os dados referentes aos dias trabalhados para processamento da folha de pagamento.

A força de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde compõe-se de servidores efetivos (municipais e estaduais), cargos em comissão, servidores com contrato temporário e funcionários celetistas contratados. O Sistema Único de Saúde em Lagarto, no somatório dos vínculos de contratação apontados, conta com uma força de trabalho de 1.082 trabalhadores envolvidos com a saúde pública no Município, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para o período de competência dezembro/2016.

Destacam-se, por categorias profissionais, os médicos, que apresentam importante rotatividade, muitos ingressam e logo se exoneram.

Tabela 25 – Distribuição do número de profissionais por tipo de gestão.

Ocupações em geral	Estadual	Municipal	Total
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL SUPERIOR			
Assistente Social	6	16	22
Biólogo	-	5	5
Biomédico	3	1	4
Cirurgião dentista - clínico geral	-	14	14
Cirurgião dentista - odontologia para pacientes especiais	-	1	1
Cirurgião dentista - periodontista	-	1	1
Cirurgião dentista - radiologista	-	3	3
Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial	-	1	1
Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família	-	6	6
Enfermeiro	47	4	51
Enfermeiro da estratégia de saúde da família	-	22	22
Enfermeiro de centro cirúrgico	1	-	1
Enfermeiro do trabalho	-	1	1
Enfermeiro neonatologista	1	-	1

Enfermeiro obstétrico	3	-	3
Farmacêutico	3	2	5
Fisioterapeuta geral	4	11	15
Fonoaudiólogo	1	12	13
Médico cardiologista	3	-	3
Médico Cirurgião Geral	1	-	1
Médico Clínico	24	8	32
Médico da estratégia de Saúde da Família	-	14	14
Médico do trabalho	-	2	2
Médico em cirurgia vascular	1	-	1
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	1	-	1
Médico geriatra	-	1	1
Médico Ginecologista Obstetra	1	2	3
Médico neurologista	2	-	2
Médico ortopedista e traumatologista	4	-	4
Médico Pediatra	4	1	5
Médico pneumologista	1	-	1
Médico psiquiatra	-	3	3
Médico veterinário	-	1	1
Nutricionista	2	4	6
Preparador Físico	-	2	2
Psicólogo Clínico	1	8	9
Psicólogo Hospitalar	1	-	1
Psicopedagogo	-	1	1
PESSOAL DE SAÚDE - NÍVEL TÉCNICO/AUXILIAR			
Auxiliar de Enfermagem	85	21	106
Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família	-	4	4
Visitador Sanitário	-	6	6
Técnico de enfermagem	117	24	141
Técnico de enfermagem de saúde da família	-	16	16
Socorrista (exceto médicos e enfermeiros) habilita	10	3	13
Auxiliar de Farmácia de Manipulação	2	-	2
Técnico em Farmácia	3	-	3
Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas	-	1	1
Auxiliar Técnico em Patologia Clínica	-	1	1
Técnico em patologia clínica	2	4	6
Dietista	1	-	1
Técnico em saúde bucal	-	4	4
Auxiliar de Radiologia (Revelação Fotográfica)	1	-	1

Técnico em radiologia e imagenologia	7	1	8
Instrumentador Cirúrgico	1	-	1
PESSOAL DE SAÚDE - QUALIFICAÇÃO ELEMENTAR			
Agente comunitário de saúde	-	183	183
Atendente de consultório dentário	-	6	6
Assistente técnico administrativo	10	50	60
Atendente de ambulatório ou clínica	-	1	1
Diretor administrativo	1	3	4
Diretor de serviços de saúde	3	1	4
Gerente administrativo	1	23	24
Gerente de almoxarifado	-	1	1
Gerente de compras	-	1	1
Gerente de serviços de saúde administrado	-	10	10
Gerente financeiro	-	2	2
Recepcionista em geral	-	46	46
Secretaria executiva	-	1	1
Supervisor de controle patrimonial	-	1	1
Técnico de contabilidade	-	1	1
Técnico em manutenção de equipe informática	-	1	1

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Tabela 26 – Tabela 18 Profissionais do SUS

Tabela 18 – Profissionais do SUS.

PROFISSIONAIS SUS	476	471
Tipo	2015	2016
Autônomo		
Pessoa física	4	9
Pessoa jurídica	1	2
Sem tipo	3	0
Total	8	11
Bolsa		
Bolsista	12	10
Total	12	10
Intermediado		
Autônomo	20	12
Cargo comissionado	1	1
Cooperado	14	14
Empregado publico celetista	237	236
Total	272	263
VINCULO EMPREGATICIO		
Cargo comissionado	41	43
Celetista	75	83
Contrato por prazo determinado	493	482
Emprego público	2	2
Estatutário		
Sem tipo	2	1
Total	1.089	1.082

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Educação Permanente

A Educação Permanente na SMS está sendo reestruturada para dois eixos de atuação: a Qualificação Profissional e a Integração Ensino e Serviço, sendo que há um processo de aproximação e articulação visando definir e instituir a Política de Educação permanente da SMS.

O Núcleo realiza e gerencia ações votadas ao desenvolvimento do conhecimento técnico e científico de seus servidores e trabalhadores. Promove ações voltadas ao desenvolvimento de pessoas, alinhadas aos princípios da Educação Permanente e Continuada, organizando e gerenciando a realização de cursos e capacitações, oportunizando ao servidor municipal a participação em atividades de formação, muitas delas ofertadas pela Fundação Estadual de Saúde.

A parceria com a Universidade Federal de Sergipe fortalecerá o desenvolvimento de ações que promovam a integração ensino-serviço, realizando o gerenciamento de

estágios e possibilitando acesso aos diferentes cenários para atividades práticas curriculares da universidade, com vistas a possibilitar a utilização dos diferentes setores da SMS Lagarto para promoção de adequada formação acadêmica, voltada as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destacam-se como desafios para o quadriênio:

- Elaborar a Política de Educação Permanente da SMS.
- Construir o Plano Municipal de Educação permanente
- Avançar na discussão e possível implementação do Calendário Único de atividades de capacitações/formação dos servidores da SMS.
- Elaborar estratégias que deem visibilidade às ações de educação permanente, incentivando os trabalhadores a participarem de momentos de discussões, troca de conhecimentos e experiências.
- Promover espaços de formação para Coordenadores, Gerentes, Coordenadores da AB e vigilância.
- Avançar nas parcerias com as Instituições de Ensino para promoção de atividades de capacitação e desenvolvimento dos colaboradores.

Ouvidoria

A Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o canal de comunicação por onde os usuários dos serviços públicos de saúde buscam informações, esclarecem dúvidas e encaminham reclamações, solicitações e sugestões para melhoria do atendimento. Representa um democrático canal de atendimento, sem impor obstáculos para o acolhimento ao cidadão que se manifesta. A aproximação com a população é um dos principais objetivos da atual gestão.

Este canal de comunicação pode ser acessado pelo telefone 08000731869, pela internet, por carta ou pelo atendimento presencial e após a escuta do cidadão, a equipe da Ouvidoria registra, analisa, encaminha e acompanha os processos até sua finalização, garantindo a resposta ao manifestante. As solicitações e reclamações são as que aparecem em maior número, mas há também elogios e pedidos de informação. Em todos os atendimentos, o cidadão recebe um número de protocolo para acompanhamento do processo e garantia da resolução da demanda.

Conceitualmente podemos entender que a ouvidoria do SUS atua como instrumento de gestão, na proporção em que podem subsidiar as tomadas de decisão dos gestores.

Considerando todas as formas de acesso, foram recebidas 212 demandas em 2016, ficando com 121 a menos em comparação a 2015, que teve total de 333 demandas. Entre todas as formas de acesso dos usuários à Ouvidoria, destaca-se o atendimento presencial que alcançou 79,87% em 2015 e 80,39% em 2016.

O desafio será ampliar a comunicação da Ouvidoria com os cidadãos através de divulgação na mídia dos serviços prestados por este importante canal de comunicação e incentivar a população a utilizá-los. Essa nova postura da população deverá contribuir no aperfeiçoamento e melhoria contínua da prestação de serviços do SUS, sua estruturação, acolhimento e articulação com a comunidade, e servirá como mediadora na relação entre usuários, trabalhadores e SMS.

Participação e Controle social

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, previstos na Legislação Federal, Estadual e Municipal, compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que cumprem a função de representação da sociedade no controle da Política Pública de Saúde, atuando na formulação de estratégias para o planejamento e execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Tem papel estratégico no controle e fiscalização da gestão e da prestação das ações e serviços de saúde. Para atender essa finalidade, o Conselho de Saúde deve ter assegurada a estrutura e capacidade operacional adequada ao cumprimento dessas funções.

Além disso, a Lei Federal 141/2012, em seu Art. 44 prevê que “no âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990”(BRASIL, 1990b).

O Conselho Municipal de Saúde de Lagarto (CMS) foi criado a partir da lei municipal nº 20 de 2 de fevereiro de 1998. Composto por 12 membros titulares e 12 suplentes, considerando a paridade de 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores, 12,5% de gestores e 12,5% de prestadores de serviços na área da saúde.

Ordinariamente estes conselhos têm reuniões mensais, constituindo-se em espaço de discussão e encaminhamento dos problemas de saúde das comunidades atendidas pelas

Unidades de Saúde. A partir da 13ª Conferência, em 2015, ficou definido que as conferências de Saúde serão a cada quatro anos. As conferências Municipais de Saúde realizadas demonstram a evolução da efetiva participação da comunidade na gestão do SUS. Em 2019 o município de Lagarto realizou a Conferência Municipal de Saúde e em 2022 o município deverá realizar sua próxima conferência municipal.

Atualmente o CMS possui 01 Comissão Intersetorial e 04 Comissões Permanentes. A Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST tem como atribuição elaboração de Normas Técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador, participar da formulação e na implementação das políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho e participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho. As demais Comissões Permanentes são: A Comissão de Fiscalização que acompanha e fiscaliza a infraestrutura, as atividades desenvolvidas e as condições de trabalho e de assistência dos estabelecimentos de saúde do município; A Comissão de Planejamento e Finanças que avalia e aprecia o planejamento e execução do pactuados no Plano Anual de Saúde e assuntos pertinentes; A Comissão de Educação Permanente que tem o objetivo de garantir a educação continuada aos conselheiros municipais, e a Comissão de Ética que resguarda e respalda as relações interpessoais, garantindo um espaço democrático de discussão e pactuação dentro da ética e do respeito mútuo.

DIRETRIZES, OBJETIVOS, INDICADORES, METAS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento, e a avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão, e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. Requerendo monitoramento e avaliações periódicas.

O **monitoramento** do SUS é o acompanhamento dos compromissos (objetivos, metas, ações e indicadores), explicitados nos Instrumentos Básicos do Planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão) e nos pactos firmados entre os entes federativos. Enquanto processo sistemático e contínuo que, ao produzir informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas.

Desta forma o monitoramento mostra-se como importante estratégia no processo de avaliação, com registros sistemáticos (anuais), com relação ao alcance das metas propostas, podendo indicar mudanças de rumo, com inclusão de novas ações, nas Programações Anuais de Saúde.

Todos os indicadores pactuados serão apurados e avaliados anualmente e seus resultados comporão o Relatório Anual de Gestão, a ser enviado ao Conselho de Saúde até 30 de março do ano subsequente ao da execução financeira, conforme artigo 36, § 1º da Lei Complementar nº. 141/2012. Uma vez que o Relatório de Gestão é a principal ferramenta de acompanhamento da gestão na saúde, do âmbito do planejamento, conforme item IV do art. 4º da Lei Nº 8.142/90, referenciado também na Lei Complementar 141/2012 e Portaria 575/2012 do Ministério da

Saúde, e tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, orientar a elaboração da nova programação, bem como eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, cabendo assim, revisá-lo anualmente.

Alguns indicadores também foram selecionados para acompanhamento nas audiências trimestrais atendendo também a Lei Complementar nº. 141/2012.

O acompanhamento e avaliação do Plano deverão ser realizados por meio de reuniões ampliadas com todas as diretorias, gerentes, coordenadores e controle social. O instrumento para avaliação será a programação anual de saúde e as respectivas ações pactuadas para o alcance dos objetivos propostos. A realização das audiências públicas apresentará os dados quantitativos e financeiros trimestralmente. O Relatório Anual de Gestão apresentará a consolidação dos dados e análise dos resultados alcançados.

A prática de **monitoramento e avaliação** nos serviços de saúde vem sendo implementada a partir do estabelecimento de indicadores de saúde e de compromissos

estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde. O acompanhamento e avaliação de processos de trabalho são desenvolvidos conforme programação dentro das diretorias e com objetivos específicos de modo a identificar desvios e possibilitar correções/intervenções.

A avaliação de resultados é feita dentro do que é estabelecido nos programas de atenção à saúde e principalmente a partir dos indicadores de saúde pactuados anualmente conforme portarias ministeriais e orientações da Secretaria Estadual de Saúde. A prática da avaliação e monitoramento no Sistema Único de Saúde vem sendo aperfeiçoada dentro da rotina dos serviços de forma sistemática incorporando conhecimento pré-existente, adequando programas às particularidades local regional para se tornar efetivo instrumento de planejamento das ações de saúde e proporcionando melhor utilização dos recursos financeiros.

Desta forma, o monitoramento e a avaliação são práticas importantes na busca de melhorias da qualidade das ações e serviços de saúde, devendo retroalimentar o planejamento com informações que permitam os ajustes estratégicos necessários fundamentando a tomada de decisão.

Busca-se então, essencialmente, induzir a adoção do monitoramento e avaliação como procedimentos de rotina, habituais e cotidianos na rede, com resultados que contribuam e repercutam em termos de melhoria e aperfeiçoamento da própria gestão, assim como das ações e serviços prestados à população.

GLOSSÁRIO

ACS – Agente Comunitário de Saúde
 AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 APS – Atenção Primária a Saúde
 CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
 CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
 CCZ – Centro de Controle de Zoonoses
 CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
 CEREST – Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador
 CIR – Colegiado Interfederativo Regional
 CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
 CMS – Conselho Municipal de Saúde
 CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
 CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
 DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis
 DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
 DDA – Doenças Diarreicas Agudas
 DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
 eSB – Equipe Saúde Bucal
 ESF – Estratégia de Saúde da Família
 FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
 FNS – Fundo Nacional de Saúde
 HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
 HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição
 HORUS - Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica
 HPV – Human Papiloma Virus – papilomavirus humano
 HV – Hepatites Virais
 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
 ICSAB - Internações por condições sensíveis à Atenção básica
 IDMH Educação - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da Educação no Brasil.
 IF - Índice de Infestação
 IST – Infecção Sexualmente Transmissíveis
 LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
 LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
 LIRAa – Levantamento de Índice Rápido *Aedes aegypti*

LV - Leishmaniose Visceral
 MDDA – Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas
 MS – Ministério da Saúde
 MZJ – Maternidade Zacarias Júnior
 NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
 OMS – Organização Mundial da Saúde
 ONU – Organização das Nações Unidas
 OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
 PBF – Programa Bolsa Família
 PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
 PIS - Práticas Integrativas em Saúde
 PMAQ – Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade
 PMCT - Programa Municipal de Controle da Tuberculose
 PNH - Política Nacional de Humanização
 PNI – Programa Nacional de Imunização
 PNSTT - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
 PPA – Plano Plurianual de Ações
 PPI – Programação Pactuada e Integrada
 PQAVS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
 PSE – Programa Saúde na Escola
 REMUME – Relação Municipal de Medicamentos
 SAIPS- Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde
 SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
 SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
 SICONV- Sistema de Convênios
 SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
 SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
 SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
 SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização
 SISÁGUA – Sistema de Informação sobre a Qualidade da Água para Consumo Humano
 SISMOB- Sistema de Monitoramento de Obras
 SISREG- Sistema de Regulação
 SR - Sintomático Respiratório
 SUS – Sistema Único de Saúde
 TB - Tuberculose

UBS – Unidade Básica de Saúde
 UFS - Universidade Federal de Sergipe
 UNAIDS- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
 UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
 VDRL – Exame para diagnosticar Sífilis
 VISA – Vigilância Sanitária

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. (1990b). **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.

BRASIL (2011b). **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília,DF,28jun.2011.Disponívelem:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>.

BRASIL. Casa Civil. Constituição (2012). **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>.

CAMPOS GWS, DOMITTI AC. **Apoio matricial e equipes de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Caderno de Saúde Pública, 2007.

Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.

Teixeira MG, Risi Júnior JB, Costa MCN. Vigilância epidemiológica. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 313-356.

World Health Organization, WHO. Global status report on road safety: Geneva: World Health Organization, 2015. In: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/

World Health Organization, WHO. Global status report on road safety: supporting a decade of action. Geneva: World Health Organization, 2013

World Health Organization, WHO. Global status report on road safety: time for action. Geneva: World Health Organization; 2009.

Duncan BB, Stevens A, Iser BPM, Malta DC, Silva GA, Schmidt MI. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2012 jun 17]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_5_saude_brasil_2010.pdf

World Health Organization. WHO Global action plan for the prevention and control of no communicable disease 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2014 Feb 20]. Available. from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

RESOLUÇÃO Nº 8, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2016 - Dispõe sobre o processo de Pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017- 2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde.

Marlysson Talluanno Magalhães de Souza
Secretário Municipal de Saúde

